

Drogues, santé et société

Point de vue des usagers sur une procédure d'évaluation clinique basée sur l'*Indice de gravité d'une toxicomanie (IGT)*

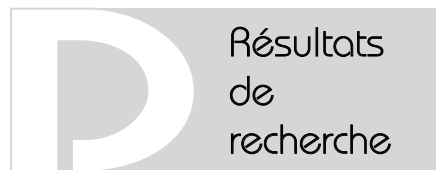
Michel Perreault

Pascal Schneeberger

Nicole Hamel-Jutras

Michel Rousseau

Marie-Christine Héroux



Point de vue des usagers sur une procédure d'évaluation clinique basée sur l'*Indice de gravité d'une toxicomanie (IGT)*

Michel Perreault,
Ph. D, Psychologue-chercheur,
Centre de recherche de l'Hôpital Douglas,
Professeur agrégé, Département de psychiatrie, Université McGill

Pascal Schneeberger,
M. Sc., Agent de recherche,
Groupe de recherche et intervention sur les substances psychoactives-Québec

Nicole Hamel-Jutras,
T.E.S., Éducatrice spécialisée, Centre Dollard-Cormier

Michel Rousseau,
M. Sc., Coordonnateur de recherche,
Centre de recherche de l'Hôpital Douglas, Faculté des Sciences de l'Éducation,
Université Laval

Marie-Christine Héroux,
M. Sc., Coordonnatrice de recherche, Centre de recherche de l'Hôpital Douglas

Adresse de correspondance

Michel Perreault, Ph. D.
Hôpital Douglas
6875, boulevard LaSalle
Verdun (Québec)
Canada
H4H 1R3
Téléphone : (514) 761-6131 # 2823
Télécopieur : (514) 888-4063
Courriel : michel.perreault@douglas.mcgill.ca

Remerciements

Les auteurs tiennent à remercier les usagers du Centre Dollard-Cormier (CDC) qui ont accepté de remplir le questionnaire sur lequel repose cette étude et plus particulièrement, ceux qui ont participé au groupe de discussion.

Les auteurs remercient également mesdames Brigitte Anctil, Céline Frigon-Basque, Jeanne Longpré, Lorraine Mantha, Michelle Morin et monsieur Patrice Rochefort pour leur collaboration au projet, tant au plan de la transmission de leur expérience, comme évaluateurs de l'équipe du service d'accueil, d'évaluation et d'orientation (AEO) du Centre Dollard-Cormier, que pour les efforts investis dans le recrutement des participants et l'implantation du projet.

Résumé

L'*Indice de gravité d'une toxicomanie* (IGT) est l'un des instruments les plus utilisés pour l'évaluation et l'orientation des personnes toxicomanes. Puisque l'évaluation constitue le premier contact entre la personne en demande d'aide et le milieu clinique, elle s'avère déterminante quant à l'implication du client dans le traitement. La présente étude s'intéresse spécifiquement à la perspective des usagers au sujet de leur évaluation menée avec l'IGT. Au total, 306 participants ont rempli un questionnaire à la suite de leur rencontre d'évaluation. Neuf d'entre eux ont été invités à se joindre à un groupe de discussion. Les résultats indiquent que 80% des clients se disent très satisfaits de leur contact avec l'évaluateur. Un peu plus de 74% des répondants ont indiqué que l'entrevue IGT leur a permis d'avoir une meilleure compréhension de leurs difficultés. Les questions qu'il comporte sont jugées claires et pertinentes. Des usagers soulignent qu'il leur a été difficile de se remémorer quelques faits en relation avec leur dépendance à l'alcool ou aux drogues. Les femmes, les personnes plus âgées et celles orientées vers des services de santé mentale rapportent avoir eu plus de difficultés à compléter certaines parties de l'IGT. En dépit de la lourdeur de l'outil et du caractère intrusif de certaines questions, l'IGT semble être bien accueilli par les usagers parce qu'il est administré dans une ambiance conviviale par des évaluateurs qui font preuve d'empathie. Ce contexte serait propice au développement d'un lien thérapeutique entre le client et l'intervenant.

Mots-clés : perspective clientèle, IGT, ASI, évaluation clinique, traitement des toxicomanies, alliance thérapeutique.

Keywords : client's perspective, IGT, ASI, clinical evaluation, drug and alcohol treatment, therapeutic alliance.

Users' opinions concerning a clinical assessment procedure based on the *Indice de gravité d'une toxicomanie (IGT/ASI)*

Abstract

The Addiction Severity Index (ASI), in French the Indice de gravité d'une toxicomanie (IGT), is one of the tools most frequently used to evaluate and refer drug addicts. Since evaluation is the first contact between the person asking for help and the clinical environment, it is a determining factor in the client's involvement in his treatment. This study specifically focuses on the user's perspective in regard to the IGT evaluation. In all, 306 participants completed a questionnaire following their evaluation meeting. Nine of them were invited to join a discussion group. The results indicated that 80% of the clients were very satisfied with their contact with the evaluator. A little more than 74% of the respondents indicated that the IGT interview enabled them to acquire a better understanding of their difficulties. The questions it involved were considered clear and relevant. The users emphasized that it had been difficult for them to remember certain facts related to their dependence on alcohol or drugs. Women, the elderly and users referred to mental health services reported having more difficulty in completing certain portions of the IGT. In spite of the weight of the tool and the intrusive nature of certain questions, it appears that it was well accepted by users because it is administered in a friendly environment by evaluators who are empathetic. This context is conducive to the development of a therapeutic relationship between the client and the practitioner.

Keywords : *client's perspective, IGT, ASI, clinical evaluation, drug and alcohol treatment, therapeutic alliance.*

Punto de vista de los usuarios sobre un procedimiento de evaluación clínica basado sobre el Índice de Gravedad de la Adicción (ASI)

Resumen

El Índice de Gravedad de la Adicción (ASI) es uno de los instrumentos más utilizados para la evaluación y la orientación de los toxicómanos. Puesto que la evaluación constituye el primer contacto entre la persona que requiere ayuda y el medio clínico, la misma es determinante en lo que respecta a la implicación del cliente en el tratamiento. El presente estudio se interesa específicamente en la perspectiva de los usuarios con respecto a su evaluación realizada con el ASI. En total, 306 participantes llenaron un cuestionario luego de su reunión de evaluación. Nueve de ellos fueron invitados a unirse a un grupo de discusión. Los resultados indican que el 80% de los clientes se dicen muy satisfechos de su contacto con el evaluador. Un poco más de 74% de los entrevistados indicaron que la entrevista ASI les permitió tener una mejor comprensión de sus dificultades. Se juzgó que las preguntas que incluye son claras y pertinentes. Los usuarios destacaron que les fue difícil recordar algunos hechos relacionados con su dependencia al alcohol y a las drogas. Las mujeres, las personas de edad y quienes están orientados hacia los servicios de salud mental declaran haber tenido más dificultades para completar ciertas partes del ISA. A pesar de la pesadez del instrumento y del carácter intrusivo de ciertas preguntas, el ISA parece ser bien recibido por los usuarios porque es administrado por evaluadores que demuestran empatía en un ambiente amistoso. Este contexto sería propicio para el desarrollo de un vínculo terapéutico entre el cliente y el interviniente.

Palabras clave: *perspectiva clientela, IGT, ASI, evaluación clínica, tratamiento de toxicomanías, alianza terapéutica.*

On considère généralement qu'une intervention efficace dans le domaine des psychothérapies et de la relation d'aide passe par une évaluation approfondie de la problématique des individus en demande d'aide (Schneeberger, Brochu, 1999; Landry, Bergeron, Brochu, 1998; Landry, Cournoyer, Bergeron et Brochu, 2001). Les informations recueillies lors de cette évaluation permettent aux intervenants d'identifier les problèmes particuliers des usagers, de leur offrir une aide personnalisée ou de les orienter adéquatement vers les services requis. Dans le secteur de l'intervention en toxicomanie, comme le phénomène ne cesse d'évoluer et de se complexifier (Brochu, Girard, Gravel et Mercier, 1995), il est impératif de mettre en place des procédures d'évaluation adéquates pour offrir aux usagers des programmes d'intervention adaptés à leurs besoins.

Au Québec, l'IGT a été adopté par l'ensemble des centres offrant des programmes en toxicomanie (Landry, Bergeron et Brochu, 1998). Tout comme aux États-Unis, l'IGT est au Québec l'un des instruments les plus utilisés pour l'évaluation des personnes toxicomanes. La version originale, l'*Addiction Severity Index* (ASI), a été développée par McLellan, Luborsky, Woody et O'Brien (1980). Au Québec, l'IGT a été validé par Bergeron, Landry, Ishak, Vaugeois et Trépanier (1992). Il s'agit d'une entrevue structurée, composée de 190 questions, d'une durée d'une heure et demie. L'entrevue comporte des questions à caractère subjectif et objectif. L'outil vise à évaluer la gravité de la toxicomanie et des problèmes connexes qui conduisent la personne à présenter

une demande d'aide. Chacune des sept sphères suivantes y est abordée : consommation d'alcool, consommation de drogue, état médical, relations familiales et sociales, état psychologique, emploi et revenus, ainsi que situation judiciaire. Une première section de l'instrument évalue le nombre, l'étendue et la durée des symptômes pour chacun des problèmes au cours des 30 derniers jours. Une deuxième section couvre la perception qu'a la personne de son problème et la nécessité qu'elle ressent d'être traitée. Cette dernière est remplie à l'aide d'une échelle de type Likert, numérotée en 4 points, de 0 «Pas du tout» à 4 «Extrêmement». Par la suite, l'interviewer est appelé à assigner un score décrivant sa propre perception de la gravité de la problématique de la personne en demande d'aide. Cette dernière dimension est spécifique à la version francophone de l'instrument. Un profil fonctionnel est ainsi établi dans chacune des sept sphères, sur une échelle de 0 «Pas de problème réel, traitement non indiqué» à 9 «Problème extrême, traitement indispensable».

L'évaluation clinique effectuée à l'aide de l'IGT représente souvent l'un des premiers contacts de la personne en demande d'aide avec un intervenant. La qualité de ce contact et l'expérience vécue par le client à ce moment s'avèrent donc déterminantes pour la participation et la persévérance de ce dernier dans le programme. L'instrument et son contexte d'utilisation peuvent ainsi servir à amorcer l'alliance thérapeutique nécessaire à la tenue du traitement. Bien que les effets de l'alliance thérapeutique développée entre le

thérapeute et le client sur les résultats de la thérapie ne fassent pas l'unanimité (Miller, 2004), de nombreux auteurs ont toutefois démontré son importance en ce sens. À ce propos, Orlinsky et Howard (1987), Horvath et Symonds (1991), Horvath (2001), de même que Ackerman, Hilsenroth, Baity et Blagys (2000) ont démontré que le succès de l'intervention psychothérapeutique est favorisé par la relation entre l'intervenant et le client en phase initiale de traitement.

Dans le secteur de la toxicomanie, Simpson, Joe, Dansereau et Ghotham (1997) ont mis en évidence l'importance de l'implication thérapeutique dans la phase d'intervention initiale et son association à la rétention en cours de traitement. De manière plus précise, l'étude de Bouchard et Savard (1996) traite de l'importance de développer des liens affectifs et relationnels, non seulement dans le cadre de l'accompagnement thérapeutique, mais également lors de la phase initiale d'évaluation dans le cadre d'un traitement à la méthadone. Selon ces auteurs, une évaluation ne se limitant qu'à des éléments objectifs, c'est-à-dire une pure observation, des prises de mesures, une sélection et une énumération de symptômes, risque de créer une insatisfaction et parfois même de la colère chez les personnes en demande de services. Dans un même ordre d'idées, Ackerman et ses collaborateurs (2000) concluent que les clients évaluent positivement le clinicien s'ils considèrent qu'il y a eu collaboration entre eux. Les résultats de l'évaluation, de même que le type d'évaluation administré, sont jugés secondaires à la relation qui s'établit entre l'intervenant et l'utilisateur, ainsi que la profondeur avec laquelle les différents thèmes sont abordés. Une procédure d'évaluation clinique appropriée doit être considérée comme satisfaisante pour la personne en demande d'aide afin de faciliter sa participation dans l'ensemble du programme de réadaptation.

L'instrument d'évaluation IGT offre de nombreux avantages, mais aussi quelques inconvénients. Sur le plan des avantages établis, et ce, tant pour les chercheurs que pour les cliniciens, plusieurs études témoignent de la pertinence et des multiples utilités de l'IGT (Appleby, Dyson, Altman et Luchins, 1997; Grissom et Bragg, 1991; Weisner, McLellan et Hunkeler, 2000;

Stoeffelmayr, Mavis et Kasim, 1994). En effet, son utilisation s'applique aux études descriptives et épidémiologiques, à l'analyse et à l'évaluation de programme, à l'établissement du plan d'intervention des usagers ainsi qu'à leur orientation vers les différents services disponibles (Hamel-Jutras, 1996; Martin et al. 1996). Plusieurs intervenants perçoivent l'IGT comme un instrument qui permet d'aborder, de façon systématique et approfondie, les difficultés vécues par la clientèle. Son utilisation permet une orientation plus adéquate du client vers les services qui lui seraient bénéfiques, et facilite le suivi individuel. Il permet également de générer des renseignements descriptifs sur la population desservie qui sont utilisées par la suite comme base de données aux fins de recherche et d'évaluation de programme.

Depuis plusieurs années, l'utilité et les procédures de l'IGT sont néanmoins remises en question (Hamel-Jutras, 1996). Certains intervenants y voient un outil trop structuré et contraignant et considèrent que plusieurs questions présentent un caractère intrusif. Les évaluateurs ne posséderaient pas toujours la formation requise, voire le temps nécessaire, pour fournir un soutien adéquat devant l'introspection suscitée par certaines questions. Finalement, l'instrument s'est avéré plus ou moins adapté à une clientèle psychiatriquée, peu scolarisée ou présentant une déficience légère. Une étude de Le Brun (2000) évoque également la lourdeur et les contraintes de son utilisation, lesquelles nuisent souvent à l'établissement de la relation thérapeutique.

À la lumière de l'ensemble des critiques formulées à l'endroit de l'IGT, certaines questions s'imposent : comment la clientèle perçoit-elle cet outil? Compte tenu du nombre élevé de questions portant sur les antécédents et les comportements de consommation, les clients ont-ils l'impression que ce type d'évaluation détaillée et standardisée alourdit la rencontre initiale? Le cheminement prédéterminé du questionnement induirait-il chez le client une impression de non-écoute de la part de l'évaluateur? Si un outil peut être évalué à partir de critères tels que ses qualités et sa capacité à guider le choix et le contenu d'intervention, des questions peuvent aussi être soulevées. Sa

convivialité pour les clients demeure également un point incontournable : l'outil peut-il nuire au processus de participation dans le traitement, en raison du fardeau cognitif qu'il implique et du contexte rigide de la démarche imposée aux évaluateurs? Au contraire, peut-il favoriser l'adhésion du client en phase initiale de traitement? Dans ce contexte, la présente étude vise à documenter la perspective de la clientèle évaluée à l'aide de l'IGT. Plus spécifiquement, il s'agit de documenter les principaux aspects de l'évaluation clinique qui sont les plus appréciés des usagers de même que les principales sources d'insatisfaction.

Méthode

Milieu

L'étude s'est déroulée au Centre Dollard-Cormier (CDC). Ce centre dessert la région de Montréal et est membre de la Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes (FQCRPAT). Plus précisément, l'étude regroupe des personnes alcooliques ou toxicomanes recrutées de mai à septembre 1998 au service d'accueil, d'évaluation et d'orientation (AEO), qui représente la porte d'entrée principale pour accéder aux services du CDC. L'évaluation clinique initiale y est effectuée à l'aide de l'IGT par une équipe d'éducateurs spécialement formés pour l'utilisation de cet outil.

Procédures

La perspective des usagers a été documentée à partir d'un questionnaire autoadministré sur la satisfaction et d'un groupe de discussion. Les répondants au questionnaire ont été sollicités par l'un des intervenants de l'AEO dès la fin de leur entrevue d'évaluation. Laissés seuls dans le bureau, les usagers étaient invités à remplir anonymement le questionnaire, d'une durée d'environ 5 minutes, à l'endroit même où ils avaient été évalués. Par la suite, ils le glissaient dans une enveloppe qu'ils scellaient et qu'ils joignaient aux autres

réponses. Tous ont été informés que leurs réponses n'affecteraient en rien les services futurs auxquels ils auraient droit.

Les participants au groupe de discussion ont également été recrutés par le personnel de l'AEO, à la suite de leur évaluation. Les critères de recrutement étaient de posséder une bonne capacité d'expression orale et d'avoir complété l'évaluation IGT dans les trois semaines précédant la rencontre de groupe. Un chercheur (MP) et une intervenante de l'équipe de l'AEO (NHJ) ont animé la rencontre. Un agent de recherche (PS) fut mandaté pour prendre des notes et rédiger un compte rendu. Les participants ont tous accepté que leurs propos soient enregistrés sur une bande sonore. Ils ont reçu une compensation symbolique comme dédommagement pour le temps consacré au groupe de discussion.

Instruments de mesure

Le questionnaire autoadministré a pour objet d'évaluer la perception de la clientèle à l'égard des modalités d'évaluation entourant l'IGT. Une première section du questionnaire comporte cinq items. Ces items portent sur :

- 1) la durée de l'évaluation;
- 2) le contenu couvert par les questions de l'IGT;
- 3) l'attitude et l'écoute de la personne chargée de l'évaluation;
- 4) la section qui a été la plus difficile à remplir;
- 5) la capacité de l'outil à améliorer la compréhension qu'a l'utilisateur de ses difficultés.

Une deuxième section de l'instrument est composée de trois questions ouvertes, soit :

- 1) Qu'est-ce que vous avez le plus aimé au cours de l'entrevue d'évaluation?
- 2) Qu'est-ce qui pourrait être amélioré?
- 3) Y a-t-il une partie du questionnaire qui a semblé plus difficile? et si oui, laquelle?

Le groupe de discussion vise l'approfondissement et la validation de certains thèmes et résultats provenant du questionnaire autoadministré. Il s'agit d'explorer plus à fond les perceptions du participant. Le canevas d'entrevue couvre les thèmes suivants :

- 1) ce qui a été le plus apprécié dans la procédure d'évaluation ;
- 2) ce qui pourrait être amélioré ;
- 3) le contenu des questions ;
- 4) l'écoute de l'intervenant ;
- 5) le résultat et l'utilité de l'entrevue ;
- 6) la partie qui a semblé la plus difficile ;
- 7) le fait de devoir être suivi par un intervenant différent de celui qui a procédé à l'évaluation.

Participants

L'échantillon total est composé de 306 clients, soit 193 hommes (64,8%) et 105 femmes (35,2%). Afin de vérifier la représentativité du groupe de participants (306) ayant rempli le questionnaire autoadministré par rapport à la population globale évaluée au CDC, la proportion d'hommes et de femmes a été comparée dans les deux groupes. Elle s'est avérée identique ($z=0,147$, $p=44$; voir tableau I). Pour ce qui est de l'âge, la moyenne des participants (34 ans) est légèrement inférieure à celle de l'ensemble des usagers du Centre (35,9 ans). En ce qui a trait aux références dans les différents programmes, les proportions sont sensiblement les mêmes pour les participants de l'étude et pour la clientèle globale du centre. Parmi les participants à l'étude, 141 (48,4%) ont été dirigés vers le Programme adulte, 73 (25,0%) au Programme santé mentale, 62 (21,3%) au Programme justice, 14 (4,8%) au Programme 55 ans et plus et 1 (0,3%) au Programme itinérance – sans domicile fixe.

Neuf usagers (8 hommes et 1 femme) ont participé au groupe de discussion. La majorité des participants avait été dirigée vers le Programme adulte (7), alors qu'une personne avait été orientée vers le

Programme 55 et plus et une autre vers le Programme santé mentale.

Résultats

1. Les caractéristiques des évaluateurs

Les réponses au questionnaire sur la perception de l'IGT révèlent que 80% des usagers ($n=244$) se disent très « satisfaits » du contact avec l'évaluateur. Plus de 95% ($n=280$) indiquent aussi que l'évaluateur est à leur écoute (« assez » ou « beaucoup »).

Cette appréciation envers les évaluateurs se reflète également dans les commentaires émis à la question « Qu'est-ce que vous avez le plus aimé au cours de l'entrevue d'évaluation ? », où 85,3% des répondants rapportent au moins un élément qu'ils apprécient de l'évaluation IGT pour un total de 327 commentaires (voir tableau II). Près des trois quarts (72%) des commentaires exprimant de la satisfaction se rapportent aux caractéristiques des évaluateurs. Les participants indiquent s'être sentis écoutés par l'évaluateur (51 commentaires) ou soulignent sa gentillesse (43 commentaires). Les autres commentaires portent sur le contact positif perçu, le sentiment de confiance ressenti en entrevue, l'impression de ne pas être jugé et l'ambiance calme lors de l'entretien.

La satisfaction envers les évaluateurs a aussi été relevée par les participants lors du groupe de discussion. Il ressort de la démarche d'évaluation qu'elle semble se réaliser plus facilement grâce à l'accompagnement des évaluateurs de l'AEO. Les participants soulignent ainsi l'aide du personnel quant à la clarification de leurs pensées ou de leurs idées moins structurées.

Pis quand je ne répondais pas comme du bon sens d'après elle, elle me revirait le carton pis elle me reposait la question sous une autre forme, pis ma réponse était complètement différente de la première parce qu'elle s'apercevait que je ne cliquais pas la question comme du bon sens pis elle, elle savait que la réponse que je donnais ça n'avait pas d'allure.

Tableau 1 : Caractéristiques des participants à l'étude et de la clientèle du Centre Dollard-Cormier (CDC)

	Échantillon de recherche		Clientèle du CDC
	N	%	%
SEXE¹			
Féminin	105	35,2	34,8
Masculin	193	64,8	65,2
Manquant	8	—	—
	306	100	100
ÂGE²			
21-29	53	18,3	—
30-39	129	44,5	—
40-49	82	28,3	—
50-59	20	6,9	—
60 et +	6	2,1	—
Manquant	16	—	—
	306	100	—
Moyenne d'âge	34 ans		35,9 ans
PROGRAMME VERS LEQUEL ILS ONT ÉTÉ DIRIGÉS³			
Adulte	141	48,5	43,0
Santé mentale	73	25,1	28,8
Justice	62	21,3	25,3
55 ans et +	14	4,8	0,6
Autres	1	0,3	2,3
Manquant	15	—	—
	306	100	100

¹ Selon Bergeron, J., Landry, M., Brochu, S. & Cournoyer, L.G. (1997). *Les déterminants de la persévérance dans les traitements de réadaptation pour l'alcoolisme et la toxicomanie : une approche multidimensionnelle*. Montréal: RISQ. (n=851)

² Selon les statistiques administratives du Regroupement en 1996-1997 (n=303).

³ Selon les statistiques administratives du Centre Dollard-Cormier en 1997-1998. (n=1944).

Tableau 2 : Distribution des réponses au questionnaire d'évaluation de l'IGT

	N	%
Que pensez-vous de la longueur de l'entrevue ?		
Trop longue	15	5,0 %
Correcte	282	93,0 %
Trop courte	6	2,5 %
Ne sais pas/Manquant	3	—
Croyez-vous que les questions sont...		
Trop personnelles	11	3,7 %
Correctes	281	93,7 %
Pas assez personnelles	8	2,7 %
Je ne sais pas	6	—
Que pensez-vous du contact avec l'intervenant ?		
Très satisfaisant	244	80,0 %
Assez satisfaisant	57	18,7 %
Peu satisfaisant	4	1,3 %
Je ne sais pas	1	—
Avez-vous l'impression qu'on a été à l'écoute de vos problèmes ?		
Beaucoup	178	60,5 %
Assez	102	34,7 %
Pas vraiment	14	4,8 %
Je ne sais pas	12	—
Y a-t-il une partie du questionnaire qui vous a semblé plus difficile ?		
Oui	98	33,3 %
Non	196	66,7 %
Manquant	12	—
Avez-vous l'impression de mieux connaître vos difficultés ?		
Beaucoup mieux	81	29,0 %
Un peu mieux	124	45,4 %
Pas mieux	68	24,9 %
Je ne sais pas/Manquant	33	—

Les répondants rapportent aussi ne pas se sentir jugés ou piégés au cours de l'entretien. La façon d'être des intervenants contribue à réduire la gêne qu'ils peuvent éprouver. Un des participants a d'ailleurs déclaré que, la plupart du temps, il ne s'extériorise pas de la sorte. Cette habileté des évaluateurs est d'autant plus appréciée du fait que les usagers affirment qu'il leur est déjà difficile de franchir la porte du centre d'aide. Certains des participants au groupe de discussion soulignent également la capacité des évaluateurs à saisir la véracité de leurs propos. L'approche du personnel de l'AEO est qualifiée de professionnelle, humaine et rassurante.

Aucun des participants au groupe de discussion ne s'est dit préoccupé par le changement d'intervenant qui suivra la procédure d'évaluation, laquelle est effectuée par des intervenants spécialisés.

Recueillis à l'aide des questions ouvertes du questionnaire autoadministré, les commentaires concernant les évaluateurs portent dans 19% (n=12) des cas sur les aspects à améliorer. Ils se rapportent principalement à la froideur de l'entretien (5), aux explications données (3) et au fait que l'évaluateur soufflait la réponse (2).

2. Les caractéristiques de l'outil

Selon les résultats du questionnaire d'évaluation de l'IGT, la longueur de l'entrevue et la qualité des questions sont qualifiées de « correctes » par la grande majorité des répondants, soit 93% (n=282) pour la longueur de l'entrevue et 93,7% (n=281) pour la qualité des questions. L'instrument de mesure IGT comme tel a suscité 102 commentaires, dont 72 (22%) portent sur les aspects appréciés de l'évaluation et 30 sur les aspects à améliorer (voir tableau II).

Les répondants expriment des commentaires d'appréciation au sujet de la pertinence, de la précision et de la clarté des questions, ainsi que sur l'occasion de faire une rétrospective de leur vie et sur la rapidité de l'entretien. Certains participants déclarent que les questions sont compréhensibles, qu'elles vont droit au but et

affirment être à l'aise avec l'instrument. Ils mentionnent en outre que l'entrevue se déroule rapidement.

Les commentaires exprimés lors du groupe de discussion soulèvent plusieurs points de satisfaction en regard de la structure même de l'entrevue. Ils évoquent plus précisément l'enchaînement et la progression des questions parmi les caractéristiques « positives » de l'IGT. Par exemple, un participant mentionne avoir apprécié le fait que l'IGT explore d'abord les événements récents (30 derniers jours) pour ensuite s'intéresser aux éléments du passé. De plus, certains participants affirment que la démarche d'évaluation provoque une introspection qu'ils jugent bénéfique. Un des répondants déclare que l'évaluation lui a permis de prendre conscience que l'ensemble de ses problèmes a pris naissance à une même période de sa vie et que ses difficultés se sont ensuite succédées :

...c'est tellement en profondeur que c'est là que tu peux analyser quelqu'un. Ce n'est pas juste superficiel. C'est que tu fais une recherche sur toi-même, en voulant dire... faut que t'aïlles chercher loin, c'est pas juste hier là. C'est avant, pis avant-hier pis encore plus loin que ça, pis là tu t'dis tabarouette, y'a des choses que... tu t'dis comment j'ai fait pour arriver à ce point-là.

Près de la moitié des 63 commentaires sur les aspects à améliorer dans l'évaluation basée sur l'IGT (47,6%) se rapporte à l'instrument lui-même. Ces commentaires ont été émis par 55 participants, soit 18% de l'échantillon. Ils concernent principalement la longueur du questionnaire, la clarté des questions, le fait de ne pas y retrouver l'occasion de nuancer les réponses ou d'approfondir les questions, la difficulté de se souvenir de certaines dates et du nombre d'années, de même que l'impression de répéter des réponses déjà fournies et le peu de place accordée à la communication.

L'aspect des modalités d'administration de l'entrevue d'évaluation compte pour 19% des commentaires sur les aspects à améliorer. Les répondants soulignent principalement le désir d'avoir la

permission de fumer ou d'avoir une pause au cours de l'entrevue d'évaluation.

Les participants au groupe de discussion reconnaissent que l'outil contient une quantité importante de dates et d'années à se remémorer et qu'il y a beaucoup de calculs à exécuter. L'un des points relevés concerne la difficulté de se souvenir de détails précis demandés lors de l'entrevue, comme le nombre exact de consommations absorbées. L'équivalence des quantités d'alcool semble en effet parfois difficile à établir :

Moi, je consommait dans un bar. Quand t'es chez vous, c'est facile. Tu vois la caisse de 24 qui traîne à terre. Mais quand t'es dans un bar, ton chum arrive avec un pichet, pis tu cut les pichets avec le monde, whop une draft qui s'en vient, whop un cognac qui arrive, whop, whop. Combien de consommations que t'as pris la semaine dernière? Ce n'est pas évident.

Les participants soulignent également qu'une évaluation de leur consommation dans les trente derniers jours leur est difficile à établir, d'autant plus qu'ils ne peuvent tenir compte de certaines nuances telles que la fréquence des consommations variant d'une journée à l'autre ou une consommation effective uniquement certains jours de la semaine.

Au niveau du contenu de l'outil, un des participants a mentionné qu'il espérait être davantage interrogé sur les motivations sous-jacentes à sa demande d'aide. Il s'est avéré que la plupart des participants souhaitent explorer cette dimension lors du début de leur suivi thérapeutique.

3. Les parties les plus difficiles du questionnaire IGT

Une plus grande proportion de femmes que d'hommes rapporte qu'une partie de l'IGT était plus difficile à répondre (41 % des femmes comparativement à 29 % des hommes ; $\chi^2=4,65$, d.f. 1, $p=.03$). Une plus grande proportion de répondants âgés de 50 ans et plus ($\chi^2=9,67$, d.f. 4, $p=0,46$) et d'utilisateurs dirigés vers le Programme santé mentale ($\chi^2=13,28$, d.f. 4, $p=.010$) indiquent également qu'ils perçoivent une

partie du questionnaire comme étant plus difficile. Au total, 98 répondants (32,0 %) affirment éprouver des difficultés à répondre à certaines parties du questionnaire (voir tableau II), pour un total de 108 commentaires à ce sujet.

Les commentaires les plus fréquents concernent la difficulté à se souvenir de renseignements très précis tels des dates, des âges, des quantités, et la fréquence des événements (46 commentaires). Quarante-neuf commentaires ont aussi trait à des difficultés avec l'une ou l'autre des échelles de l'IGT, particulièrement la section familiale (21 commentaires). Un participant mentionne à cet égard les situations où l'on a de très bonnes relations avec certaines personnes, mais pas avec d'autres. Les choix de réponses présentés ne permettraient pas de refléter cette nuance. Des difficultés sont aussi mentionnées avec les échelles se rapportant à la consommation (8 commentaires), à la justice (6 commentaires) ou à certaines questions personnelles (abus sexuel, suicide, conflit avec un parent ou un conjoint). Une autre difficulté soulevée par les répondants s'applique aux sentiments qui ont émergé chez eux en cours d'évaluation (9 commentaires). À titre d'exemple, l'un d'eux affirme avoir trouvé difficile de vivre de la culpabilité par rapport à sa consommation alors que pour un autre, c'était de se rendre compte de toutes les souffrances qu'il a vécues.

Discussion

La présente étude visait à documenter la perspective des usagers à l'endroit d'une procédure d'évaluation basée sur l'*Indice de gravité d'une toxicomanie* (IGT). À partir d'une enquête effectuée auprès de 306 usagers évalués en début de traitement par l'équipe du service d'accueil, d'évaluation et d'orientation (AEO) du Centre Dollard-Cormier, l'étude a permis de documenter les principaux éléments de satisfaction et d'insatisfaction de la clientèle par rapport à l'ensemble du processus.

Contrairement à ce qui pouvait être évoqué en lien avec les aspects plus controversés de l'utilité et des procédures associées à l'IGT, les résultats indiquent

que, de façon générale, les usagers interrogés sont satisfaits du processus d'évaluation. Ces éléments de satisfaction se reflètent tant au niveau du contenu du questionnaire basé sur l'IGT, qu'en ce qui a trait au contact établi avec le personnel du service d'évaluation (AEO) du Centre. Contrairement aux conclusions de Le Brun (2000), les résultats révèlent que malgré sa lourdeur, les nombreux détails sollicités par les questions qui le composent, la structure d'entrevue serrée qu'il impose et le caractère intrusif de certaines questions, l'IGT demeure un instrument qui peut être utilisé dans un contexte d'évaluation convivial, où les clients ressentent l'empathie de l'évaluateur. Cette perception positive sous-tend la présence d'un climat qui serait propice à la création d'un lien thérapeutique avec l'intervenant, et ce, à l'intérieur d'un court laps de temps suivant la demande d'aide initiale. Ce constat s'inscrit dans le prolongement des conclusions de Ackerman et ses collaborateurs (2000) voulant que la forme et les modalités de l'évaluation sont secondaires au lien développé entre le clinicien et le client.

Il convient de mentionner que plusieurs facteurs contribuent sûrement à cette appréciation positive. En effet, les évaluateurs de l'AEO possèdent une formation approfondie de l'outil IGT; ils l'utilisent quotidiennement et le maîtrisent, c'est ainsi qu'un processus d'appropriation s'est opéré lors de la démarche évaluative. La facilité des évaluateurs à utiliser l'instrument et leur enthousiasme à propos de ce dernier sont certainement communiqués aux usagers lors de l'évaluation. Il est donc difficile de déterminer si ce sont les caractéristiques de l'outil, la façon d'être des intervenants, ou même le simple fait d'être rencontré en face à face pour l'évaluation qui suscite cette impression favorable du processus par la majorité des usagers.

Il n'en demeure pas moins que la procédure d'entrevue structurée basée sur l'IGT, telle qu'utilisée à l'AEO, éveille une appréciation positive de la part des usagers. Malgré le fait que la procédure évaluée ne visait pas à fournir une rétroaction directe aux clients sur leur situation, les résultats obtenus s'apparentent à ceux de Finn et Tonsager (1992, 1997) dans une étude portant sur le retour d'information aux patients évalués à l'aide du MMPI-2 (questionnaire d'évaluation

psychopathologique). Ceux-ci ont étudié les effets thérapeutiques qui découlent de cette démarche. Ils concluent que la phase d'évaluation du patient peut constituer, en elle-même, une intervention thérapeutique. À partir d'un questionnaire d'évaluation, ils ont constaté que les indicateurs de détresse psychologique des participants s'étaient atténués lors du suivi deux semaines après la passation du questionnaire d'évaluation clinique. Ces résultats ont été reproduits dans un contexte expérimental par Newman et Greenway (1997) qui ont clairement établi le lien entre les améliorations enregistrées et la rencontre de rétroaction de l'évaluation avec le clinicien. Les patients ayant été informés des résultats obtenus au test présentaient moins de détresse psychologique après la rencontre, ainsi qu'au moment du suivi après deux semaines. D'ailleurs, à partir des résultats de leur étude de 1992, Finn et Tonsager (1997) ont développé un modèle d'intervention thérapeutique. Plutôt que de conduire à une simple collecte d'information, les auteurs indiquent que le processus d'évaluation, s'il implique la participation active du client, peut contribuer à opérer des changements chez ce dernier et s'inscrire dans le cadre du processus thérapeutique. Il semble que la procédure utilisée pour administrer l'IGT, dans le cadre de la présente étude, ait pu initier une alliance thérapeutique entre certains clients et l'évaluateur. Les interactions créées et la richesse des échanges occuperaient une place plus importante que la relative lourdeur de l'outil dans l'appréciation de la procédure d'évaluation par les clients, tel qu'il a été suggéré par Ackerman et ses collaborateurs (2000).

Si la majorité des résultats de la présente étude converge vers une appréciation positive de la part des répondants, il convient de noter qu'environ un participant sur cinq souligne des aspects à améliorer et que près du tiers des participants rapportent des difficultés à propos de certaines questions de l'évaluation. Les répondants suggèrent principalement d'apporter des améliorations au niveau des échelles qui demandent une remémoration d'événements, de dates et de nombres précis. Les résultats obtenus au niveau des sections plus difficiles à compléter portent sur les mêmes points en plus d'aborder la clarté de certaines questions

qui laissent à désirer, la longueur du processus d'évaluation, le manque de nuance de certaines échelles et la répétition de certains thèmes. De plus, soulignons qu'une partie du groupe des répondants, notamment les gens plus âgés et ceux étant orientés vers le Programme santé mentale, rapporte des difficultés à bien répondre à certaines questions de l'évaluation IGT. Il semble pertinent de poursuivre plus à fond l'étude de ces points afin de vérifier comment l'outil d'évaluation IGT pourrait être mieux adapté à ces clientèles.

Quelques commentaires émis par les participants méritent d'être approfondis. Certaines sections du questionnaire ont induit un malaise chez des répondants, notamment à l'égard des aspects familiaux, de la consommation, de la justice, des abus sexuels, du suicide et de conflits avec un parent ou un conjoint. Quels sont les facteurs qui génèrent ce type de difficultés? De quels types de troubles s'agit-il au juste? Ces difficultés sont-elles reliées aux qualités de l'évaluateur ou plutôt à l'instrument d'évaluation IGT? Comment améliorer cette situation? Des démarches plus précises se rapportant à ces questions mériteraient d'être poursuivies. D'autre part, comme l'appréciation positive de la majorité des participants est, dans une certaine mesure, possiblement attribuable à l'expertise et à l'enthousiasme des évaluateurs, il importe d'examiner non seulement les caractéristiques de l'outil d'évaluation, mais également le niveau d'appropriation de ceux qui l'administrent. Ce facteur semble prépondérant dans la capacité de la procédure d'évaluation à susciter l'adhésion des répondants. Dès lors, l'impact de l'évaluation auprès de la clientèle ne reposerait pas uniquement sur les qualités intrinsèques de l'outil d'évaluation, mais également sur l'appropriation opérée par les évaluateurs qui l'utilisent. Il convient d'examiner les conditions nécessaires pour susciter l'appropriation de l'outil par les intervenants chargés de l'évaluation et du traitement clinique. Cette question devrait être directement abordée lors des prochaines études concernant ce phénomène.

L'étude présente certaines limites sur le plan méthodologique. D'une part, le questionnaire utilisé pour recueillir le point de vue des usagers au sujet de la procédure d'évaluation clinique basée sur l'IGT

n'a pas été validé. Le recours à une combinaison de questions ouvertes et fermées permet cependant de tirer avantage des deux méthodologies et de renforcer la validité des résultats obtenus. Tel qu'il a été présenté dans la littérature, les questionnaires standardisés génèrent des scores de satisfaction élevés et présentent peu de distinction entre les clients satisfaits et insatisfaits (Avis et ses collaborateurs, 1997; Ford, Bach et Fottler, 1997; Perreault, Leichner, Sabourin et Gendreau, 1993; Senf et Weiss, 1991). Le recours à des questions ouvertes permet de contrecarrer en partie ces limites. Le matériel qualitatif présente généralement un niveau de satisfaction moins élevé qu'un questionnaire standardisé en permettant au répondant d'exposer un point de vue plus nuancé (Perreault et ses collaborateurs, 1993). Il semble que les questions ouvertes soient propices à une prise de position plus critique de la part des répondants (Connors et Franklin, 2000; Perreault et ses collaborateurs, 1993). Il est cependant à noter que certains biais peuvent être difficilement contrôlés, en raison de la participation des intervenants à l'administration des questionnaires. Malgré le fait que les questionnaires aient été anonymes et laissés dans une enveloppe scellée, ils ont tout de même été remplis immédiatement après l'évaluation IGT, dans les mêmes lieux, et l'enveloppe scellée a été laissée à l'intervenant concerné. Un tel contexte favorise un taux élevé de participation, mais ne contribue pas de façon significative à diminuer l'effet de la désirabilité sociale et la crainte de perdre des services qui caractérisent les études sur la satisfaction de la clientèle (Avis et ses collaborateurs, 1997).

Globalement, il appert que, dans la mesure où l'IGT est bien intégré aux procédures d'évaluation et de traitement, les usagers semblent l'apprécier, tout comme l'ensemble de la procédure d'évaluation. Il serait opportun d'examiner différents modes de rétroaction des résultats aux usagers, au cours de l'évaluation, afin de favoriser leur adhésion au traitement.

Références

- Ackerman, S.J., Kilsenroth, M.J., Baity, M.R., Blagys, M.D. (2000). Interaction of therapeutic process and alliance during psychological assessment. *Journal of Personality Assessment*, 75 (1), 82-109.
- Appleby, L., Dyson, V., Altman, E., Luchins, D.J. (1997). Assessing substance use in multiproblem patients: Reliability and validity of the Addiction Severity Index in a mental hospital population. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185 (3), 159-165.
- Avis, M., Bond, M., Arthur, A. et al., (1997). Questioning patient satisfaction: An empirical investigation in two outpatient clinics. *Social Science Medicine*, 44, 85-92.
- Bergeron, J., Landry, M., Brochu, S., Cournoyer, L.G. (1997). *Les déterminants de la persévérance dans les traitements de réadaptation pour l'alcoolisme et la toxicomanie : une approche multidimensionnelle*. Montréal : RISQ.
- Bergeron, J., Landry, M., Ishak, I., Vaugeois, P. & Trépanier, M. (1992). *Validation d'un instrument d'évaluation de la gravité d'une toxicomanie (IGT)*. Les Cahiers de recherche du RISQ.
- Bouchard, M., Savard, P. (1996). Et si on parlait de la demande? *Psychotropes. Revue internationale des toxicomanies*, 4 (2), 15-23.
- Brochu, S., Girard, M., Gravel, J., Mercier, C. et al. (1995). Severity of alcohol dependence in an inpatient population. A Canadian perspective. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 12 (4), 79-88.
- Connors, N. A., Franklin, K. K. (2000). Using focus groups to evaluate client satisfaction in an alcohol and drug treatment program. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 18, 313-320.
- Finn, S.E., Tonsager, M.E. (1997). Information-Gathering and Therapeutic Models of Assessment: Complementary Paradigms, *Psychological Assessment*, 9 (4), 374-385.
- Finn, S.E., Tonsager, M.E. (1992). Therapeutic Effects of Providing MMPI-2 Test Feedback to College Students Awaiting Therapy. *Psychological Assessment*, 4 (3), 278-287.
- Ford, R. C., Bach, S. A., Fottler, M. D. (1997). Methods of measuring patient satisfaction in health care organizations. *Health Care Management Review*, 22, 74-89.
- Hamel-Jutras, N. (1996). Présentation de l'I.G.T. dans un contexte clinique francophone. *Psychotropes : Revue internationale des toxicomanies*, 2 (2), 67-74.
- Horvath, A.O. (2001). The Alliance. *Psychotherapy*, 38 (4), 365-372.
- Horvath, A.O., Symonds, B.D. (1991). Relation between alliance and outcome in psychotherapy: a meta analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 139-149.
- Landry, M., Bergeron, J., Brochu, S. (1998). La place de l'ASI/I.G.T. dans une perspective globale d'évaluation en toxicomanie in L. Guyon, M. Landry, S. Brochu et J. Bergeron (Éds.), *L'évaluation des clientèles alcooliques et toxicomanes*. St-Nicolas : Les Presses de l'Université Laval.
- Landry, M., Cournoyer, L.-G., Bergeron, J., Brochu, S. (2001). Retention in a treatment center for substance abuse: Effects of comorbidity, structure of treatment and biopsychosocial profile. *Science et Comportement*, 28 (3), 115-143.
- Lebrun, H. (2000). L'I.G.T. ou l'indescriptible gérance toxique. *Cahier santé*, printemps-été.
- Martin, C., Grabot, D., Auriacombe, M., Brisseau, S., Dauloude, J.P., Tignol, J. (1996). Données descriptives issues de l'utilisation de l'Addiction Severity Index en France. *Encephale*, 22 (5), 359-363.
- McLellan, A.T., Luborsky, L., Woody, G.E., O'Brien, C.P. (1980). An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients. The Addiction Severity Index. *Journal of Nervous Mental Disease*, 168 (1), 26-33.
- Miller, S.D. (2004). Losing Faith: Arguing for a New Way to Think About Therapy. *Psychotherapy in Australia*, 10 (2), 44-51.
- Newman, M.L. & Greenway, P. (1997). Therapeutic Effects of Providing MMPI-2 Test Feedback to Clients at a University Counseling Service: A Collaborative Approach. *Psychological Assessment*, 9 (2), 122-131.
- Orlinsky, D.E., Howard, K.I. (1987). A generic model of psychotherapy. *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy*, 6 (1), 6-27.
- Perreault, M., Leichner, P., Sabourin, S., & Gendreau, P. (1993). Patient satisfaction with outpatient psychiatric services: Qualitative and quantitative assessments. *Evaluation and Program Planning*, 16, 109-118.

- Schneeberger, P. et Brochu, S. (1999). Intervention for addict offenders: Health Professionals. *Canadian Journal of Community Mental health*, 18 (1), 181-197.
- Senf, J.H., Weiss, B.D. (1991). Patient satisfaction with health care: intentions and change in plan. *Evaluation and Program Planning*, 14, 299-306.
- Simpson, D.D., Joe, G.W., Dansereau, D.F., Ghotham, L.R. (1997). Strategies for improving methadone treatment process and outcomes. *Journal of Drug Issues*, 27, 239-260
- Stoeffelmayr, B.E., Mavis, B.E., Kasim, R.M., (1994). The longitudinal stability of the Addiction Severity Index. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 11 (4), 373-378.
- Weisner, C., McLellan, A.T., Hunkeler, E.M. (2000). Addiction severity Index data from general membership and treatment samples of HMO members: One case of norming ASI. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 19 (2), 103-109.