

**VALIDATION D'UN INSTRUMENT D'ÉVALUATION
DE LA GRAVITÉ DES PROBLÈMES RELIÉS À
LA CONSOMMATION DE DROGUES ET D'ALCOOL
L'INDICE DE GRAVITÉ D'UNE TOXICOMANIE (IGT)**

PAR

Jacques BERGERON, Ph.D. ¹

Michel LANDRY, D.Ps. ²

Alain ISHAK, M.Ps.

Pierre VAUGEOIS, M.Sc.

Marc TRÉPANIÉ, B.Sc.

**Rapport présenté à La Direction générale de la planification
et de l'évaluation
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Gouvernement du Québec**

NOVEMBRE 1992

¹ Professeur au Département de Psychologie
Université de Montréal

² Directeur des services professionnels
Centre de réadaptation Domrémey-Montréal

Cette recherche a été commandée par la Direction générale de la planification et l'évaluation du MSSS.

Cette édition a été produite par le RISQ

coordination de l'Édition:

Louise Guyon

collaboration à l'édition:

Marcelle Demers

Le lecteur qui désire un supplément d'information sur le RISQ pourra s'adresser au:

RISQ

950, rue de Louvain Est
Montréal (Québec) H2M 2E8
Téléphone : (514) 385-0046
Télécopieur : (514) 385-4685
Courriel : risq.cirasst@ssss.gouv.qc.ca

Les commentaires ou demandes de renseignements sur la présente publication peuvent être adressés directement aux auteurs:

Jacques Bergeron

Téléphone: 343-5811

Michel Landry

Téléphone: 385-0046

AVANT-PROPOS

Ce document sur la *Validation d'un instrument d'évaluation de la gravité des problèmes reliés à la consommation de drogues et d'alcool, l'indice de gravité d'une toxicomanie (IGT)* a été produit dans le cadre des travaux du RISQ. Il fait partie d'un ensemble de publications formant la série LES CAHIERS DE RECHERCHE du RISQ dont l'objectif est d'assurer la diffusion des résultats des études qui y sont menées. Ces cahiers s'adressent aux intervenants, aux planificateurs, aux chercheurs et aux étudiants intéressés par le champ de la recherche sur les substances psychoactives. Les auteurs sont les membres du RISQ: chercheurs principaux, chercheurs associés, collaborateurs, agents de recherche, étudiants et stagiaires. Chaque texte est soumis à l'approbation de deux lecteurs choisis parmi les membres de l'équipe ou de la communauté scientifique. Ce texte a été relu par Louise Guyon et Suzanne D'Annunzio

LA PUBLICATION *Validation d'un instrument d'évaluation de la gravité des problèmes reliés à la consommation de drogues et d'alcool, l'indice de gravité d'une toxicomanie (IGT)*

L'indice de gravité d'une toxicomanie (IGT) est la version française de *l'Addiction Severity Index* de McLellan et coll. (1980). L'IGT est l'outil d'évaluation des personnes alcooliques et toxicomanes proposé par le MSSS aux centres publics de réadaptation du Québec. L'étude, commandée par la Direction générale de la planification et de l'évaluation du MSSS, permet de conclure que la qualité de la traduction française est de bonne qualité, équivalente dans son ensemble à la version anglaise. La consistance interne et la fidélité test-retest sont également jugées satisfaisantes. Enfin, la validité d'apparence et la validité conceptuelle, les deux aspects de la validité évalués dans l'étude, peuvent être considérées comme bonnes. Les auteurs de l'étude recommandent donc de poursuivre le projet d'utiliser l'IGT comme outil d'évaluation des personnes alcooliques et toxicomanes d'expression française.

LE RISQ

Le RISQ est un groupe de recherche multidisciplinaire qui a mis sur pied un programme d'études et de travaux intégrés dans le domaine de la réadaptation en toxicomanie. Créé en 1991, dans le cadre du programme de développement d'équipe en recherche sociale du CQRS, le groupe s'est donné comme objectif central de:

"préparer les centres de réadaptation pour les personnes alcooliques et toxicomanes à intervenir plus efficacement auprès de leur clientèle, et ce dès 1995. Les résultats qui en seront issus pourront également être utiles à des fins de prévention et de planification."

Le programme de recherche du RISQ s'actualise à travers cinq axes principaux qui prévoient:

établir le profil biopsychosocial de la clientèle cible âgée de 18 à 35 ans des centres de réadaptation en le comparant à celui de la population générale de la même catégorie d'âge;

identifier les facteurs (de vulnérabilité ou de protection) et les conduites associées susceptibles d'influencer le processus de réadaptation;

évaluer l'importance relative des divers déterminants du processus de réadaptation;

élaborer un cadre conceptuel sur les conditions qui favorisent l'augmentation et la réduction de la consommation de substances psychoactives et des problèmes qui y sont associés chez les 18-35 ans;

développer et valider des instruments psychométriques et des outils de recherche dans le domaine de la toxicomanie.

Logé au Centre de réadaptation Domrémey-Montréal LEQUEL assure la gestion financière de la subvention d'équipe, le RISQ réunit des chercheurs des milieux universitaires et du réseau de la santé et des services sociaux.

Outre les Cahiers de Recherche, le RISQ produit une série de Cahiers Techniques qui sont des documents d'appoint et de référence ainsi que des tirés-à-part des différents articles publiés par ses chercheurs. Enfin, un bulletin d'information, le RISQ-INFO, est distribué sur une base bi-annuelle.

Michel Landry, directeur

AUTRES CAHIERS DU RISQ:

CAHIERS DE RECHERCHE:

Validation d'un instrument d'évaluation de la gravité des problèmes reliés à la consommation de drogues et d'alcool l'indice de gravité d'une toxicomanie (IGT). (1992) Jacques Bergeron, Michel Landry, Alain Ishak, Pierre Vaugeois, Marc Trépanier.

La dépendance aux substances psychoactives: la définition de la toxicomanie et l'évaluation psychologique. (1993) Louise Nadeau.

CAHIERS TECHNIQUES:

Drug Abuse Screening Test (DAST) et Alcohol Dependence Scale (ADS). Guides pratiques à l'intention des utilisateurs. (1992) Natacha Brunelle.

**VALIDATION D'UN INSTRUMENT D'ÉVALUATION
DE LA GRAVITÉ DES PROBLÈMES RELIÉS
À LA CONSOMMATION DE DROGUES ET D'ALCOOL
L'INDICE DE GRAVITÉ D'UNE TOXICOMANIE (IGT)**

PAR

**Jacques BERGERON, Michel LANDRY, Alain ISHAK,
Pierre VAUGEOIS et Marc TRÉPANIÉ**

RÉSUMÉ *

La présente étude s'inscrit dans la démarche entreprise par la Direction de l'évaluation et le Service des programmes aux personnes toxicomanes du MSSS dans le but de choisir un instrument d'évaluation des personnes toxicomanes. Suite aux recommandations du comité mis sur pied à cet égard et au rapport technique produit à cette occasion à partir d'une revue des questionnaires existants (Boivin, 1990), l'*Addiction Severity Index (ASI)* de McLellan et coll. (1980) a été choisi comme l'instrument répondant le mieux aux besoins identifiés. Une version française existait déjà au Québec sous le nom d'*Indice de gravité d'une toxicomanie (IGT)* et était utilisée de façon courante au Centre de réadaptation Domrémey-Montréal.

* Dans la présente publication, le genre masculin est employé sans aucune discrimination et uniquement dans le but de ne pas alourdir le texte.

Cette étude, commandée par la Direction générale de la planification et de l'évaluation du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, avait pour mandat d'évaluer la qualité de la traduction, la fidélité et certains aspects de la validité de l'IGT.

Trois traductrices professionnelles travaillant dans le domaine de la santé et/ou des toxicomanies ont évalué de façon indépendante l'équivalence de la traduction avec le questionnaire original à l'aide d'une grille construite à cet effet. Il ressort de leur évaluation que la version française de l'ASI est de bonne qualité, équivalente dans son ensemble à la version anglaise.

L'étude de fiabilité, conformément aux pratiques courantes dans le domaine, s'est effectuée en deux temps. Une étude de la consistance interne a d'abord été effectuée sur un échantillon stratifié en fonction de l'âge et du sexe et composé de 200 sujets. Le coefficient alpha de Cronbach a été utilisé pour vérifier l'homogénéité des échelles globales de l'IGT et des items utilisés pour le calcul du score composé de chacune de ces échelles. Le score composé permet d'évaluer la gravité des problèmes présentés dans chacun des domaines évalués par l'ASI. Les résultats de l'étude permettent de conclure que la version québécoise de l'ASI est formée d'échelles homogènes et dotées d'une bonne consistance interne. Ils révèlent en outre que la consistance interne des scores composés est meilleure que celle des échelles globales, ce qui démontre la justesse du choix des items qui servent au calcul de ces scores.

Dans un deuxième temps, une étude de la fidélité test-retest a été réalisée avec 54 sujets provenant de trois centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes. L'IGT a été administré à deux reprises, à un intervalle de trois à cinq jours. L'analyse des corrélations entre les scores composés obtenus à deux passations indique une stabilité temporelle variant de bonne à excellente pour six des sept échelles de l'IGT.

Les résultats des études sur la consistance interne et la fidélité test-retest de l'IGT permettent de conclure que la fiabilité de ce questionnaire est satisfaisante.

Deux analyses complémentaires ont été réalisées sur les données de l'étude test-retest dans le but d'approfondir les données relatives à la stabilité des diverses échelles de l'IGT. Une analyse de variance et une étude individuelle des items ont été utilisées pour comparer les deux passations du questionnaire. Ces analyses indiquent une baisse de la gravité perçue des problèmes sur quatre des sept échelles, dont deux de façon significative. Une interprétation suggérée de ces résultats est que les scores composés pourraient être surestimés lorsque l'IGT est administré dans des situations de crise.

La validité d'apparence, portant sur le fait que le questionnaire semble bien mesurer ce qu'il est censé mesurer aux yeux de ceux qui le passent et de ceux qui l'administrent, a été évaluée par trois cliniciens d'expérience. Les trois juges s'entendent pour affirmer que le questionnaire fait preuve d'une bonne validité d'apparence dans son ensemble et que les échelles qui le composent semblent bien couvrir l'ensemble des domaines qui peuvent être affectés par la surconsommation d'alcool ou de drogues. Ils estiment que l'échelle "État psychologique" n'est pas suffisamment étoffée.

Une étude de validité conceptuelle a enfin été effectuée à partir d'un échantillon de 351 sujets provenant de trois centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes. Une matrice d'intercorrélations entre les sept échelles de l'IGT a été calculée afin de déterminer dans quelle mesure ces échelles sont indépendantes, conformément au rationnel sous-jacent à l'élaboration de l'ASI, ou reliées entre elles. L'examen de la matrice d'intercorrélations révèle que les échelles de l'IGT sont suffisamment indépendantes entre elles pour qu'il soit possible d'affirmer qu'elles mesurent des réalités différentes. Par ailleurs, les liens que l'on retrouve entre elles sont des liens que l'on peut qualifier de naturels. On peut donc conclure que la validité conceptuelle de l'IGT est bonne.

**THE VALIDATION OF A DIAGNOSTIC INSTRUMENT EVALUATING
THE SEVERITY OF DRUG AND ALCOHOL PROBLEMS
*L'INDICE DE GRAVITÉ D'UNE TOXICOMANIE (IGT)***

BY

**Jacques BERGERON, Michel LANDRY, Alain ISHAK,
Pierre VAUGEOIS and Marc TRÉPANIÉ**

SUMMARY

This study was undertaken at the demand of the *Direction de l'évaluation* and the *Service des programmes aux personnes toxicomanes* (Department of Health and Social Services) as a part of a process leading to the identification of an evaluation instrument for substance abuse patients. Following the recommendations of an advisory committee and based on the conclusions of a technical report examining existing questionnaires (Boivin, 1990) the *Addiction Severity Index* (ASI; McLellan and al. 1980) was selected. A French version of the instrument called *Indice de gravité d'une toxicomanie (IGT)* was already available in Quebec and in current use at Domrémy-Montréal, a publicly funded rehabilitation centre.

The study was funded by the *Direction générale de la planification et de l'évaluation* of the same department. The objective were to evaluate the accuracy of the French translation and the reliability and validity of the *IGT*.

The evaluation of the translation was conducted by three professional translators working in health or substance dependence related fields. They used a grid especially designed for this purpose. Their conclusions were that the French version of the ASI is a

good translation and that it reflects accurately the original English version.

Reliability was tested in two ways. First, an internal consistency analysis was conducted on a sample of 200 subjects, stratified according to age and sex. The homogeneity of the global scales and of the item contributing to the composite score of each scale was evaluated using Cronbach's alpha coefficient. The composite score evaluates the severity of the problems experienced in each area. Results of our study show a high level of internal consistency and concludes favourably on the homogeneity of the *IGT* scales. We also have found that consistency is higher for the composite score than it is on the global scales. This would indicate that the selection of the item contributing to the composite score is appropriate.

Secondly, an evaluation of the test-retest reliability was conducted on a sample of 54 subjects from three substance abuse rehabilitation centres. The *IGT* was administered twice for each subject at a three to five days interval. The correlational analysis of the composite score indicates a good to excellent time reliability for six out of seven *IGT* scales.

Therefore, the results of the internal consistency study and of the test-retest evaluation indicate that the reliability of the *IGT* is satisfying.

Two complementary studies were conducted using the test-retest data in order to evaluate the stability of the scales. An analysis of variance and an examination of individual item were used to compare two administration of the questionnaire. These analyses indicated a decrease in composite score on four out of seven scales with two of these decreases being statistically significant. A suggested interpretation of these decreases is that composite scores are overestimated when the questionnaire is administered during a crisis.

Face validity was evaluated by three experienced clinicians. Face validity refers to the extent to which the questionnaire is actually measuring what it has been intended to measure. The three judges agreed that the questionnaire had good face validity and that

the scales covered the whole spectrum of disturbances which might be caused by alcohol and/or drug abuse. However, they indicated that the psychologic area scale was not substantial enough.

Finally, a test of internal validity was conducted on 351 subjects from three substance abuse rehabilitation centres. An intercorrelation matrix was computed in order to ascertain independency of the seven scales. The matrix reveals that the seven scales are sufficiently independent to be conceived as measuring different concepts, just as they were intended in the ASI. Otherwise, the links that were found may be qualified as "natural" or as making "common sense". We conclude that the *IGT* has good internal validity.

REMERCIEMENTS

Les auteurs remercient très chaleureusement les membres du Comité aviseur qui, par leur soutien constant, leurs commentaires et leurs suggestions, ont permis que les études décrites dans ce rapport aient pu s'effectuer dans un processus d'échanges et d'interactions exigeant, agréable et très enrichissant. Le comité était composé des personnes suivantes :

Suzanne D'Annunzio
Directrice par intérim
Direction de l'évaluation des programmes
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Denise Boivin
Chercheure clinicienne
Département de toxicomanie
Centre hospitalier St-François d'Assise

Marie Gendreau
Intervenante
Centre de réadaptation Montérégie

Jean-Marc Ménard
Intervenant
Centre de réadaptation Domrémy-Trois-Rivières

Jean-Pierre Gagnon
Directeur des services professionnels et de réadaptation
Centre de réadaptation Domrémy-Trois-Rivières

René Cloutier
Agent de recherche
Service des programmes aux personnes toxicomanes
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Les auteurs tiennent aussi à remercier toutes les personnes qui ont collaboré à la réalisation de ces études, en particulier Mme Nicole Jutras, intervenante au Centre de réadaptation Domrémy-Montréal et M. Luc Fugère, intervenant en santé mentale au Centre hospitalier Pierre Boucher, qui ont collaboré à la formation à l'IGT; le service des archives de Domrémy-Montréal, et particulièrement Mme Lucie Chouinard; les interviewers des

Centres de réadaptation Montérégie, Domrémy-Trois-Rivières et Domrémy-Montréal; et les étudiants qui ont participé à la saisie des données.

Les auteurs tiennent enfin à remercier Mmes Ghislaine Binette et Suzanne Lamothe qui sont responsables du traitement de texte.

TABLE DES MATIÈRES

I - INTRODUCTION : DESCRIPTION DE L'INSTRUMENT	1
1.1 Le questionnaire "Addiction Severity Index" (ASI)	1
1.2 L'Indice de gravité d'une toxicomanie (IGT), version française de l'ASI ..	3
II - ÉTUDE DE LA QUALITÉ DE LA TRADUCTION	5
2.1 La grille d'équivalence	5
2.2 Les juges	6
2.3 La méthodologie de mesure d'accord inter-juges	6
2.4 Les résultats	7
2.4.1 Valeur de la traduction	7
2.4.2 Accord inter-juges	7
2.4.3 Énoncés problématiques	9
2.5 Conclusions	12
III - ÉTUDES DE FIABILITÉ	14
3.1 L'étude de la consistance interne	14
3.1.1 Sujets	14
3.1.2 Saisie de données	14
3.1.3 Analyses statistiques	15
3.1.4 Résultats	15

3.2	L'étude de fidélité test-retest	18
3.2.1	Sujets de l'étude	18
3.2.2	Déroulement de l'étude	19
3.2.3	Résultats	21
3.3	Les analyses complémentaires	22
3.3.1	Analyse de variance	22
3.3.2	Étude individuelle des items	24
3.4	Conclusion	27
3.4.1	La consistance interne	27
3.4.2	La fidélité test-retest	28
3.4.3	Les études complémentaires	28
IV -	ÉTUDES DE VALIDITÉ	30
4.1	La validité d'apparence	30
4.1.1	Procédure	30
4.1.2	Résultats	31
4.1.3	Conclusion	32
4.2	La validité conceptuelle	33
4.2.1	Sujets et procédure	33
4.2.2	Analyses statistiques	34
4.2.3	Résultats	35
4.2.4	Conclusion	38

V - LE CHOIX DE LA QUATRIÈME OU DE LA CINQUIÈME VERSION DE L'ASI	39
VI - RECOMMANDATIONS	42
RÉFÉRENCES	45
ANNEXE 1 :	L'Addiction Severity Index (ASI) (4ième édition).
ANNEXE 2 :	Lettre d'autorisation de M. A. Thomas McLellan datée du 20 juin 1990.
ANNEXE 3 :	L'Indice d'une gravité d'une toxicomanie (IGT).
ANNEXE 4 :	Grille utilisée pour l'étude d'équivalence de la version française de l'Addiction Severity Index.
ANNEXE 5 :	Coefficients de corrélation de chacun des énoncés avec l'ensemble des énoncés du score composé.
ANNEXE 6 :	Nombre de changements observés aux items du score composé des échelles de l'IGT dont la stabilité intra-sujets est insatisfaisante.

LISTE DES TABLEAUX

1.	Cotes moyennes par juge selon chacune des échelles	8
2.	Proportion globale d'accord inter-juges.	9
3.	Énoncés problématiques.	10
4.	Exemples typiques de traductions ayant obtenu une cote 3.	12
5.	Coefficient alpha des diverses échelles (scores composés).	16
6.	Alpha obtenu à chaque échelle pour l'ensemble des énoncés.	18
7.	Distribution des sujets de l'étude test-retest.	19
8.	Présentation des interviewers.	20
9.	Coefficients de corrélation entre les scores composés aux deux temps de passation.	21
10.	Différence des moyennes entre les deux passations.	23
11.	Pourcentage d'écart entre toutes les réponses des échelles.	25
12.	Différences entre les moyennes du nombre d'items qui varient chez les interviewers d'un même centre entre le test et le retest.	27
13.	Distribution des sujets de l'étude de validité conceptuelle.	34
14.	Matrice d'intercorrélations entre les scores composés des sept échelles de l'IGT.	36
15. à 21.	Tests de consistance interne du score composé des sept échelles de l'IGT.	Annexe 5
22. à 25.	Nombre de changements des items du score composé des échelles "État médical", "Relations familiales/sociales", "État psychologique" et "Situation légale" à l'étude test-retest.	Annexe 6

I - INTRODUCTION : DESCRIPTION DE L'INSTRUMENT

1.1 Le questionnaire "Addiction Severity Index" (ASI)

L'*Addiction Severity Index (ASI)*, de McLellan, Luborsky, Woody et O'Brien (1980) constitue un instrument psychométrique pouvant servir à des fins d'évaluation biopsychosociale et à des fins de recherche. Ce questionnaire permet de mesurer la gravité d'un ensemble de problèmes souvent observés chez les personnes souffrant d'abus d'alcool ou de drogues. Il se compose de sept échelles, chacune portant sur un type particulier de problèmes. Ces échelles sont les suivantes : "Drogue", "Alcool", "État médical", "Relations familiales et sociales", "État psychologique", "Emploi et ressources", "Situation légale".

Une évaluation de gravité peut être faite par l'interviewer à chacune des échelles en se basant sur les réponses des sujets aux items de cette échelle. Les scores de gravité ainsi obtenus peuvent aller de 0 à 9 et tiennent compte de la situation actuelle et passée du répondant. Les scores de gravité sont surtout utiles à des fins cliniques.

Un score composé peut également être calculé de façon objective pour chaque type de problèmes, à partir d'une combinaison d'items à chacune des échelles. Ces items ont été choisis pour leur aptitude à rendre compte des changements survenus dans la période de trente jours qui précède l'entrevue et parce qu'ils sont les plus fiables pour donner une estimation générale de la gravité des problèmes présentés dans chacun des domaines visés par l'ASI. Les scores de gravité sont calculés au moyen de formules mathématiques complexes qui visent à assurer une pondération égale des items et s'expriment en décimales, de 0 à 1. Ce sont les scores composés qui doivent être utilisés à des fins de recherche.

Le questionnaire ASI est présenté en annexe 1. Les études effectuées pour vérifier la validité et la fidélité de l'ASI (McLellan et coll., 1980; McLellan, Luborsky, Cacciola, Griffith, Evans, Barr et O'Brien, 1985), de même que son utilisation en clinique et en

recherche au cours des neuf dernières années, ont permis de démontrer la valeur de cet instrument. Premièrement, dans l'étude de 1980 tout comme dans celle de 1985, l'accord inter-juge concernant les scores de gravité (évaluation de l'intervieweur) s'est avéré élevé : le coefficient de concordance se situe à 0,89 en moyenne pour l'ensemble des échelles. Le plus faible coefficient est de 0,84 pour l'échelle de problèmes reliés au travail dans l'étude de 1985.

La fidélité test-retest pour les scores fournis par les interviewers a été évaluée dans l'étude de 1985, auprès de 40 clients. Selon cette étude, le coefficient de concordance entre deux passations espacées par un intervalle de trois jours est de 0,92 ou plus pour les divers types de problèmes.

En ce qui concerne la validité de ce questionnaire, la comparaison des résultats à l'ASI avec les résultats à des tests validés mesurant des construits semblables permet de constater que chaque échelle de l'ASI est corrélée avec les autres mesures du même construit plus qu'avec des mesures de construits différents (McLellan et coll., 1985). Cette convergence des indicateurs de construits semblables et cette discrimination à l'égard d'autres construits constituent, selon McLellan et al. (1985), une démonstration importante de la validité de l'ASI, puisque ce type d'analyse représente le test le plus conservateur de la validité d'une mesure.

En résumé, les études effectuées jusqu'à maintenant par McLellan et ses collaborateurs montrent que l'ASI est un instrument d'évaluation et de recherche fidèle et valide. Ces études ont été confirmées par des évaluations effectuées par d'autres chercheurs (Kosten, Rounsaville et Kleber, 1983; Ockert, 1984: voir McLellan et coll., 1985; Hendricks, Kaplan, VanLimbeek et Geerling, 1989).

De plus, la commission conjointe américaine pour l'accréditation des hôpitaux (McLellan et coll., 1985) considère l'ASI comme un instrument modèle parce qu'il tient

compte de nombreuses dimensions de la condition des personnes qui demandent de l'aide et permet la planification d'un traitement adapté à l'individu.

1.2 L'Indice de gravité d'une toxicomanie, version française de l'ASI.

Le Centre de réadaptation Domrémy-Montréal a procédé en 1989 à une traduction de l'ASI et, avec l'approbation et l'encouragement des auteurs de l'instrument (voir annexe 2), a déjà utilisé cette traduction auprès de quelque milliers de bénéficiaires grâce à une équipe d'interviewers formés spécifiquement à cette fin. Il semble tout à fait approprié de profiter de ce travail déjà accompli, mais il faut d'abord s'assurer que cette traduction est dotée de qualités psychométriques acceptables.

Cette version française de l'ASI se nomme l'*Indice de gravité d'une toxicomanie (IGT)*. L'annexe 3 en présente une copie.

La validation psychométrique de l'adaptation française de l'*Addiction Severity Index* de McLellan et al. (1980) présente de nombreux avantages. Le rapport du "Comité conjoint MSSS - Réseau sur la sélection d'instruments d'évaluation de la clientèle" (Boivin, 1990) considère l'ASI comme l'outil de choix pour l'évaluation de premier niveau de la clientèle toxicomane desservie par l'ensemble des centres du Québec. Il a déjà fait l'objet de nombreuses expérimentations, tant de la part de chercheurs indépendants que de la part des auteurs de l'instrument qui, dans un processus dynamique de perfectionnement de l'outil, continuent à en améliorer le contenu et la présentation.

Le comité conjoint MSSS - Réseau recommande que l'ASI soit adapté et validé chez une population toxicomane québécoise. Soulignons certains avantages de ce choix :

- il s'agit d'un instrument qui est administré sous forme d'une entrevue d'environ 60 minutes, une durée jugée souhaitable par le comité conjoint;

- il est composé de sept échelles indépendantes permettant une évaluation des problèmes du bénéficiaire dans sept sphères différentes;
- l'évaluation se base sur des réponses à des questions objectives et sur des estimations subjectives du problème du client, et donne lieu à un "score composé" à chaque échelle permettant des analyses statistiques approfondies;
- on possède déjà des données sur sa validité pour différents groupes et types de consommateurs dans diverses populations (américaine, hollandaise);
- l'instrument permet une évaluation des problèmes récents (derniers 30 jours) et des problèmes récurrents dans chacune des sphères et permet de suivre l'évolution du client en traitement et en post-cure.

Il est essentiel de s'assurer que la version française utilisée auprès de la clientèle toxicomane québécoise ne soit pas qu'une simple traduction de la version originale, mais soit une version bien adaptée au contexte culturel et social dans lequel évolue cette clientèle. D'où l'importance des études de validation présentées ici.

II - ÉTUDE DE LA QUALITÉ DE LA TRADUCTION

Les travaux décrits dans cette partie constituent une étape préliminaire aux études formelles des qualités psychométriques de fidélité et de validité de la version française de l'ASI (*Addiction Severity Index*) de McLellan et al.(1980).

Les travaux entrepris avaient deux objectifs :

- a) déterminer dans quelle mesure la traduction de Domrémy-Montréal est une version équivalente de la version originale anglaise;
- b) en fonction des résultats obtenus, déterminer si la traduction de Domrémy-Montréal peut être utilisée sans aucune modification (auquel cas les questionnaires déjà administrés pourront être utilisés dans les étapes subséquentes); sinon quelles sont les modifications à apporter pour en faire un instrument ayant les propriétés fondamentales requises en recherche et en évaluation clinique.

2.1 La grille d'équivalence

L'équipe a d'abord construit une grille d'évaluation (présentée à l'annexe 4) où sont présentées côte-à-côte les deux versions (anglaise et française) de chacun des énoncés de chaque échelle de l'instrument et où l'on demande aux "juges" de porter un jugement sur la qualité de la traduction française de chaque énoncé en fonction du barème suivant, imprimé à droite de l'énoncé :

- 1 - Traduction excellente.
- 2 - Traduction de bonne qualité, équivalente à la version originale anglaise.
- 3 - Traduction faible, pas tout à fait exacte.

4 - Traduction franchement inexacte.

Le juge donne son évaluation sur la qualité de la traduction de chaque énoncé en encerclant le chiffre correspondant à son choix. Deuxièmement, s'il considère qu'une traduction est faible (choix numéro 3) ou franchement inexacte (choix numéro 4), il doit rayer le ou les mot(s) inapproprié(s) de la version française et le(s) remplacer par l'(les) expression(s) exacte(s).

2.2 Les juges

De façon à recruter les personnes les plus compétentes pour effectuer les jugements d'équivalence, l'équipe a fait appel à trois traductrices professionnelles ayant de l'expérience dans le domaine de la santé et/ou de la toxicomanie. Chacune des traductrices a effectué ses jugements de façon indépendante.

2.3 La méthodologie de mesure d'accord inter-juges

Selon Fleiss (1981), la méthode la plus simple et la plus fréquemment employée en tant que mesure d'accord inter-juges est la proportion globale d'accords. C'est cette méthode qui est utilisée dans la présente étude.

Il existe plusieurs autres méthodes de mesure d'accord inter-juges, dont le Kappa de Cohen (Fleiss, 1981). Ces méthodes ont pour objet de corriger la probabilité d'accord due au hasard. Cependant, plusieurs auteurs (v.g. Brislin et al., 1973) estiment qu'on ne devrait pas se préoccuper de ces accords dus au hasard, car le degré d'accord observé est toujours plus élevé que celui dû au hasard.

Quoiqu'il en soit, ces méthodes de correction ont leurs raisons d'être seulement dans certaines situations. Par exemple, si une catégorie est relativement rare par rapport aux

autres ou si les échantillons observés sont différents ou si les juges ont des schèmes de références différents (Bose, 1956; Haccoun, 1987). Ces situations ne se retrouvent pas dans la présente étude. En effet, il n'y a pas ici d'échantillons différents, ni de schèmes de références différents parmi les juges et, enfin, chacune des quatre catégories de classification possède une probabilité égale, soit de 25 % chacune. Quant au coefficient Kappa, il doit être utilisé quand une observation ne se présente pas sous une forme composite et que ce résultat unique est catégoriel (Contandriopoulos et al., 1990) comme dans le cas du résultat d'un examen clinique. Ce qui n'est pas le cas dans la présente étude.

2.4 Les résultats

Le tableau 1 présente les cotes moyennes* données par chacun des juges à chacune des échelles de l'IGT, de même que les écarts-types de ces cotes.

2.4.1 Valeur de la traduction

Il faut d'abord noter que les trois traductrices considèrent que la version française de l'ASI est une traduction de bonne qualité, équivalente dans son ensemble à la version originale anglaise. En effet, pour chacune des traductrices, la cote moyenne de chacune des échelles se situe entre 1,5 et 2,5 avec des écarts-types variant seulement entre 0,07 et 0,28. Toutes les cotes d'échelles se situent donc dans la catégorie 2 correspondant à des jugements d'une traduction de bonne qualité. La cote globale de l'ensemble de l'instrument se situe d'ailleurs à 1,93.

2.4.2 Accord inter-juges

* Les résultats détaillés ont été présentés dans un rapport préliminaire (Bergeron, 1991) avec les remarques textuelles des traductrices. On peut obtenir copie de ce rapport en s'adressant aux auteurs.

Quant à la concordance des jugements des trois traductrices, elle est également très élevée dans l'ensemble. Comme l'indique le tableau 2, elle varie de 88,6 % pour les juges A et B, à 95,1 % pour les juges B et C, pour une moyenne générale de 92,4 %.

C'est donc dire qu'en dépit de certains désaccords sur l'équivalence de traduction de quelques énoncés spécifiques, les trois traductrices s'accordent généralement dans leurs jugements sur la valeur de la traduction de l'instrument.

TABLEAU 1
COTES MOYENNES PAR JUGE À CHACUNE DES ÉCHELLES

ÉCHELLES	JUGES			MOYENNE	ÉCART-TYPE
	A	B	C		
Drogue et alcool	1,84	1,68	2,02	1,85	0,17
État médical	2,27	2,00	2,09	2,12	0,14
Relations familiales et sociales	1,86	1,57	1,55	1,66	0,17
État psychologique	2,35	2,04	2,50	2,30	0,24
Emploi et ressource	1,93	1,59	1,38	1,63	0,28
Situation légale	2,05	2,10	1,95	2,03	0,07
TOTAL	2,05	1,83	1,92	1,93	0,18

TABLEAU 2
PROPORTION GLOBALE D'ACCORD INTER-JUGES

PAIRES DE JUGES	POURCENTAGE D'ACCORD
Juges A et B	88,6 %
Juges B et C	95,1 %
Juges A et C	93,4 %
MOYENNE	92,4 %

2.4.3 Énoncés problématiques

Le tableau 3 fait un relevé systématique de tous les énoncés de chaque échelle qui méritent une attention particulière dans l'optique d'une amélioration éventuelle de l'instrument. Il s'agit des énoncés qui ont obtenu une cote 3 (traduction faible, pas tout à fait exacte) ou une cote 4 (traduction franchement inexacte) de la part de l'une ou l'autre des traductrices. Pour chacun de ces énoncés, le tableau 3 présente aussi la cote accordée par chacune des autres traductrices.

TABLEAU 3**ÉNONCÉS PROBLÉMATIQUES**Numéro de l'énoncé
selon chaque échelle

	A	B	C
Drogue et alcool			
14	3	3	3
25a	3	3	3
25d	3	3	3
État médical			
1	3	3	3
9a	3	3	3
9b	2	3	3
10	2	3	3
Relations familiales et sociales			
4b	3	3	1
4c	3	3	1
10a	2	3	3
10d	2	3	3
14	2	3	4
24a	3	3	3
État psychologique			
1d	3	3	3
7	3	2	3
8	3	2	3
10	3	2	3
14	4	3	3
17	2	3	3
20a	3	3	3
20b	2	3	3
21	2	3	3
Emploi et ressources			
9	3	2	3
10e	2	3	3
11a	3	3	3
17	3	3	3
19a	2	3	3

Situation légale			
22	2	3	3
23	3	3	3
24	2	3	3
25	3	3	3
28a	3	3	3
29	2	3	3
30	2	3	3

Il faut d'abord noter que seulement deux énoncés ont obtenu une cote 4 de la part de l'une ou l'autre des trois traductrices. Il s'agit de l'énoncé 14 de l'échelle "Relations familiales et sociales" où "sexual partner/spouse" a été traduit par "conjoint/époux" et de l'échelle 14 de l'échelle "État psychologique" où "obviously depressed/withdraw" a été traduit par "en phase de dépression/retrait".

Dans les deux cas, ces énoncés ne font pas partie du score composé de leur échelle respective et n'affectent donc pas l'interprétation des résultats. En outre, dans le premier cas, il semble que les auteurs de la traduction ont voulu adapter la formulation de l'énoncé à la réalité québécoise plutôt que d'en faire une traduction littérale; ce qui se reflète d'ailleurs par une corrélation de 0,34 ($<0,01$) avec le score composé de l'échelle dans l'analyse de la consistance interne.

En ce qui concerne l'énoncé 14 de l'échelle "État psychologique", il est destiné à l'interviewer plutôt qu'au répondant et, malgré une traduction inappropriée, obtient un coefficient de corrélation de 0,45 ($p<0,01$) avec le score composé de l'échelle. Il vaut certainement la peine d'envisager d'adopter les suggestions des traductrices ("visiblement ou manifestement déprimé") lors d'une révision subséquente.

TABLEAU 4
EXEMPLES TYPIQUES DE TRADUCTIONS
AYANT OBTENU UNE COTE 3

ÉCHELLE	NO	VERSION ANGLAISE	VERSION FRANÇAISE	TRADUCTION SUGGÉRÉE
Drogue et alcool	25d	information significantly distorted	renseignements considérablement déformés	renseignements sensiblement faussés
Relations familiales et sociales	11	significant periods	périodes importantes	période prolongée
Emploi et ressources	11	How many days were you paid...	Combien de journées... avez-vous été payé...	Combien de journées... vous ont été payées

Quant aux énoncés qui obtiennent une cote 3, il s'agit dans tous les cas de traductions qui pourraient être améliorées du point de vue de la qualité de la langue ou de la formulation littéraire plutôt que du point de vue de la compréhension. Le tableau 4 en donne les exemples les plus typiques.

2.5 Conclusions

2.5.1 Dans l'ensemble, chaque échelle de l'IGT jouit d'une traduction de bonne qualité, équivalente à la version originale anglaise.

2.5.2 Un certain nombre d'énoncés méritent une attention particulière. Ces énoncés pourraient être révisés en fonction des suggestions des traductrices professionnelles qui ont jugé de leur équivalence dans la perspective de rédiger une nouvelle édition de l'instrument ayant une meilleure qualité littéraire. Cependant, aucun de ces

énoncés ne semble affecter la compréhension des questions ni les résultats obtenus par les bénéficiaires.

2.5.3 Ces éventuelles modifications pourraient améliorer la qualité de la langue sans affecter le contenu de l'instrument.

III - ÉTUDES DE FIABILITÉ

Les études de fiabilité (ou de fidélité) d'un instrument permettent de déterminer le degré de stabilité des mesures et le niveau de cohérence entre plusieurs mesures censées évaluer les mêmes construits. L'étude de la consistance interne (fidélité de consistance) a pour but de s'assurer que l'instrument dans son ensemble ou dans chacune de ses parties (comme dans le cas des échelles de l'IGT) est composé d'items homogènes. Quant à la fidélité test-retest, elle sert à évaluer la stabilité temporelle de l'instrument dans son ensemble ou pour chacune de ses parties (Anastasi, 1976; Nunnally, 1978).

3.1 L'étude de consistance interne

L'étude de consistance interne a été effectuée à l'aide de 200 questionnaires déjà administrés à Domrémy-Montréal par cinq interviewers d'expérience (i.e. ayant déjà administré l'IGT au moins 25 fois).

3.1.1 Sujets

Les questionnaires qui ont servi à cette étude ont été choisis au hasard à l'intérieur d'une liste comprenant les numéros des dossiers qui ont été ouverts entre le 1^{er} septembre 1990 et le 11 mars 1991 inclusivement au Centre de réadaptation Domrémy-Montréal. On a ainsi constitué un échantillon stratifié en fonction des variables sexe et âge (18 à 24 ans, 25 à 34 ans, 35 à 44 ans, 45 ans et plus).

3.1.2 Saisie de données

La saisie de données s'est effectuée dans les bureaux mêmes de Domrémy-Montréal dans les normes les plus strictes de confidentialité. Elle a été réalisée par des étudiants

universitaires formés à cette tâche et travaillant par paire pour assurer l'exactitude de la saisie.

3.1.3 Analyses statistiques

La consistance interne est un concept qui fait référence à l'homogénéité d'un instrument, c'est-à-dire au degré avec lequel les énoncés qui composent l'instrument contribuent à la mesure d'une même réalité. La consistance interne est une estimation de la fidélité basée sur les intercorrélations moyennes entre les énoncés de l'instrument (Carmines et Zeller, 1979; Graham et Lilly, 1984).

Les méthodes classiques d'évaluation de la consistance interne font appel au calcul de coefficient alpha de Cronbach (1951) qui consiste en une estimation globale de l'homogénéité des items, de même qu'à la compilation des corrélations entre chaque item et l'ensemble de l'échelle dont il fait partie. Ce sont les deux méthodes qui ont été utilisées ici.

3.1.4 Résultats

a) Scores composés

1) Coefficient alpha

Le tableau 5 présente les coefficients alpha obtenus à chacune des échelles avec les items utilisés dans le calcul du score composé.

TABLEAU 5**COEFFICIENT ALPHA DES DIVERSES ÉCHELLES (scores composés)**

ÉCHELLE	ALPHA
Alcool	0,89
Drogues	0,70
État médical	0,75
Relations familiales/sociales	0,63
État psychologique	0,71
Emploi et ressources	0,77
Situation légale	0,75

On peut noter que les résultats obtenus sont généralement satisfaisants, les coefficients alpha variant de 0,63 à 0,89, et comparables à ceux obtenus par McLellan et al. (1985) avec la version originale américaine. Seule l'échelle "Relations familiales et sociales" obtient un coefficient assez faible.

2) Corrélations

Les tableaux 15 à 21 (à l'annexe 5) présentent pour chaque échelle les coefficients de corrélations de chacun des énoncés avec l'ensemble des énoncés formant le score composé. Chacun de ces tableaux indique aussi ce que deviendrait le coefficient alpha de l'échelle si l'un ou l'autre des énoncés était retiré de l'échelle.

Ces résultats permettent de constater qu'en général le coefficient ne pourrait pas augmenter peu importe les transformations des scores composés. En conséquence, les

énoncés formant les divers scores composés peuvent être considérés comme étant assez homogènes.

Il faut noter ici que la consistance interne de l'échelle "Drogue" peut être grandement améliorée si l'on retire du score composé un certain nombre d'énoncés correspondant aux substances non fréquemment consommées (3, héroïne; 4, méthadone; 5, autres opiacés/analgésiques; 6, barbituriques; 7, autres sédatifs/hyp./tranq.; 9, amphétamines; 11, hallucinogène; 12, inhalants). Le coefficient alpha augmente alors de 0,695 (tableau 8) à 0,798 (tableau 9). Il faut noter cependant que la suppression de ces items s'avérerait inappropriée sur le plan clinique.

b) Échelles globales

Par la suite, toujours avec l'alpha de Cronbach, l'homogénéité de l'ensemble des énoncés composant chacune des échelles globales de l'IGT a été évaluée (voir le tableau 6). Cette fois, la pondération de chacun des énoncés a été effectuée en suivant les mêmes principes que pour les scores composés, i.e. maximum possible et score inversé, sauf que l'on n'a pas multiplié les dénominateurs par le nombre d'énoncés, car ceux-ci n'étaient pas additifs. Les résultats démontrent que l'alpha est moyennement élevé pour toutes les échelles (minimum de 0,592 et maximum de 0,794) et qu'en général, celui-ci n'augmenterait pas ou peu en enlevant l'un ou l'autre des énoncés. En conséquence, tous les énoncés composant chacune des échelles peuvent être considérés comme étant assez homogènes et mesurant une même dimension.

Sauf en ce qui concerne les échelles "État psychologique" et "Relations familiales et sociales", les coefficients alpha pour l'ensemble des items composant une échelle sont moins élevés que ceux qui ont été compilés (tableau 5) avec les seuls énoncés servant à calculer le score composé. Ce qui confirme la pertinence générale de l'utilisation des scores composés.

TABLEAU 6**ALPHA OBTENU À CHAQUE ÉCHELLE POUR L'ENSEMBLE DES ÉNONCÉS**

ÉCHELLES	ALPHA
Drogue et alcool	0,752
État médical	0,658
Relations familiales et sociales	0,678
État psychologique	0,794
Emploi et ressources	0,592
Situation légale	0,708

3.2 L'étude de la fidélité test-retest

La fidélité test-retest implique une mesure d'un même groupe à deux moments différents (Graham et Lilly, 1984). Cette procédure permet de vérifier la capacité du questionnaire de rendre compte de la réalité qu'il veut mesurer d'une façon fiable en dépit du fait qu'un intervalle de temps se soit écoulé entre les deux passations.

3.2.1 Sujets de l'étude

Les sujets de l'étude sont des usagers de trois centres de réadaptation pour personnes toxicomanes : le Centre de réadaptation Domrémy-Montréal, le Centre de réadaptation Domrémy-Trois-Rivières et le Centre de réadaptation Montérégie. Ils ont été invités à participer à l'étude au moment de leur inscription dans l'un des trois centres et ont signé un formulaire de consentement à cet effet. Un groupe de 54 usagers des deux sexes a accepté de participer à l'étude. Treize d'entre eux proviennent de Domrémy-Trois-Rivières, quinze

du Centre Montérégie et vingt-deux de Domrémy-Montréal. Le tableau 7 présente, à titre d'information, la distribution générale des sujets en fonction de l'âge et du sexe. En effet, la présente étude n'ayant pas pour but de faire une analyse différentielle de la fidélité test-retest en fonction de l'âge ou du sexe, les analyses effectuées porteront sur le groupe de 54 sujets pris dans son ensemble.

TABLEAU 7
DISTRIBUTION DES SUJETS DE L'ÉTUDE TEST-RETEST

ÂGE	HOMMES	FEMMES
18 - 24 ans	10	2
25 - 34 ans	20	2
35 - 44 ans	13	2
45 ans et plus	5	0
TOTAL	48	6

3.2.2 Déroulement de l'étude

La première passation du questionnaire IGT a lieu au moment de l'inscription des sujets à l'un des trois centres et la seconde dans un délai de trois à cinq jours après la première. Cet intervalle de temps a été choisi en tenant compte du fait que les items de l'IGT, et particulièrement ceux des scores composés, qui constituent la mesure principale de la gravité des problèmes à chacune des échelles, portent sur les derniers trente jours. Ces items mesurent donc une réalité relativement instable, susceptible de varier sensiblement en fonction des événements qui peuvent survenir quotidiennement dans la vie des sujets. L'intervalle qui sépare les deux passations doit donc être assez court pour minimiser cette variation tout en étant suffisamment long pour éviter que le sujet ne

réponde que de mémoire. C'est le même rationnel qui avait incité les auteurs de la version originale, Mc Lellan et ses collaborateurs (1985), à adopter un intervalle de trois jours entre les deux passations.

La collecte de données s'est effectuée entre mai et novembre 1991 par une équipe d'interviewers formés à cet effet. Tous les interviewers sont des cliniciens expérimentés dans le domaine de l'intervention en toxicomanie. Ils ont par ailleurs une expérience jugée suffisante mais variable du questionnaire IGT. Le tableau 8 présente les caractéristiques de ces interviewers.

TABLEAU 8
PRÉSENTATION DES INTERVIEWERS

INTERVIEWERS	ANNÉES DE SERVICE	ÂGE	EXP.IGT	PROFESSION
Montréal				
Premier	21 ans	50	2 ans	Éducateur spécialisé
Deuxième	16 ans	45	2 ans	Éducateur spécialisé
Troisième	14 ans	49	2 ans	Éducateur spécialisé
Quatrième	5 ans	41	1 an	Éducateur spécialisé
Montréal				
Premier	3,5 ans	27	3 mois	Psychologue
Deuxième	3,5 ans	37	3 mois	Travailleur social
Trois-Rivières				
Premier	3 ans	25-30	3 mois	Psychologue
Deuxième	7 ans	35-40	3 mois	Technicien en travail social

Le même interviewer assurait les deux passations successives pour un sujet donné. Une équipe d'assistants de recherche effectuait la saisie des données, soit sur place dans le cas de Domrémy-Montréal, soit à partir des données envoyées par la poste sous forme anonyme, dans le cas des deux autres centres. Des mesures pour assurer la confidentialité

des données ont été prises dans tous les cas. Les assistants travaillaient par paire pour assurer l'exactitude de la saisie de données.

3.2.3 Résultats

Les résultats des corrélations (r de Pearson) entre les scores composés des sujets à l'IGT aux deux passations sont présentés au tableau 9.

TABLEAU 9
COEFFICIENTS DE CORRÉLATION ENTRE LES SCORES COMPOSÉS
AUX DEUX TEMPS DE PASSATION

ÉCHELLES	r
Alcool	0,92
Drogues	0,88
État médical	0,50
Relations familiales et sociales	0,87
État psychologique	0,70
Emploi et ressources	0,93
Situation légale	0,83

Les résultats s'échelonnent d'une corrélation de 0,50 pour l'échelle "État médical" à 0,93 pour l'échelle "Emploi et ressources". Cinq des sept échelles présentent des coefficients de corrélation très satisfaisants. Une corrélation de 0,70, dans le cas de l'échelle "État psychologique", peut être considérée comme satisfaisante. En revanche, la corrélation de 0,50 à l'échelle "État médical" est insatisfaisante.

Il faut rappeler ici que le nombre d'items qui concourent au score composé varie considérablement selon les échelles, allant de trois items à l'échelle "État médical", à quinze items à l'échelle "Drogues". Plus le nombre d'items du score composé est faible, plus une variation d'un seul de ces items est susceptible d'affecter la stabilité de ce score. Il est possible que le faible coefficient de corrélation observé à l'échelle "État médical" soit attribuable, au moins en partie, à ce facteur.

Il importe par ailleurs de souligner les coefficients élevés de corrélation aux échelles "Alcool" et "Drogues". En effet, c'est souvent les réponses des personnes toxicomanes à ces échelles que les cliniciens sont portés à considérer comme les moins fiables. Les coefficients observés dans la présente étude suggèrent que les réponses des sujets à ces deux échelles sont particulièrement fidèles.

3.3 Les analyses complémentaires

Des analyses complémentaires ont été réalisées sur les données de l'étude test-retest: une analyse de la variance et une étude des items individuels.

3.3.1 Analyse de variance

Une analyse de la variance a d'abord été effectuée sur les scores composés de chacune des échelles de l'IGT. Cette analyse permet d'étudier la stabilité des scores d'une passation à l'autre. Les résultats sont présentés au tableau 10.

TABLEAU 10

DIFFÉRENCE DES MOYENNES ENTRE LES DEUX PASSATIONS

ÉCHELLES	TEST		Retest		F	P	%
	Moy.	É-Type	Moy.	É-Type			
Alcool	0,370	0,282	0,361	0,276	0,35	0,56	- 1,1%
Drogues	0,167	0,133	0,159	0,132	0,71	0,40	- 4,8%
État médical	0,126	0,220	0,078	0,155	3,35	0,07	- 38,1%
Rel.fam./sociales	0,199	0,229	0,157	0,253	5,96	0,02	- 15,6%
État psycho.	0,383	0,219	0,339	0,204	3,81	0,06	- 10,8%
Emploi/ress.	0,545	0,311	0,526	0,321	1,47	0,23	- 4,0%
Situation légale	0,148	0,203	0,105	0,166	7,72	0,01	- 28,1%

L'examen de ce tableau permet tout d'abord de constater une baisse généralisée des scores composés de la première à la deuxième passation du questionnaire. Si l'on retient un seuil de signification de 0,05, ce qui apparaît un seuil approprié compte tenu de la taille relativement restreinte de l'échantillon, deux échelles, "Situation légale" et "Relations familiales et sociales", présentent une baisse significative au plan statistique. Deux autres échelles, "État médical" et "État psychologique", approchent le seuil de signification. Les trois autres échelles apparaissent beaucoup plus stables, tant en ce qui concerne les "p" obtenus que les pourcentages de variation entre les deux scores composés.

Cette variation est-elle attribuable à un défaut du questionnaire lui-même ou à un changement qui se serait réellement produit chez les sujets entre les deux passations? On ne peut en effet exclure l'hypothèse que la perception des sujets concernant la gravité de leurs problèmes ait pu évoluer au cours de cette période. Au moment où ils décident de

consulter, les personnes toxicomanes sont habituellement en situation de crise. Elles ont souvent le sentiment d'avoir épuisé tous les moyens qui étaient à leur disposition et n'ont pas beaucoup d'espoir de trouver une solution à leurs problèmes. C'était la situation des sujets de l'étude lors de la première passation du questionnaire. Lors de la seconde passation, ils se savaient pris en charge par une ressource susceptible de les aider à résoudre leurs problèmes et avaient eu le temps de remettre les choses en perspective. Il est donc plausible, selon une perspective clinique, que les sujets aient perçu leurs problèmes comme moins graves lors de la seconde passation. Certains arguments à l'appui de cette hypothèse seront apportés dans la prochaine section qui porte sur l'analyse des variations entre les items individuels de l'IGT.

3.3.2 Étude individuelle des items

L'étude individuelle des items de l'IGT complète les analyses consacrées à la corrélation test-retest. Cette analyse a pour but de déterminer quel est le pourcentage de variation entre les réponses d'un sujet aux deux passations pour toutes les questions et non seulement celles utilisées dans le calcul du score composé. Une analyse semblable avec l'ASI est rapportée par McLellan et ses collaborateurs (1985).

Sur un total de 185 items à l'IGT, 20,4 % des réponses ont varié d'une passation à l'autre pour l'ensemble des sujets. Le tableau 11 présente le pourcentage de réponses qui varient à chacune des échelles.

TABLEAU 11

POURCENTAGE D'ÉCART ENTRE TOUTES LES RÉPONSES DES ÉCHELLES

ÉCHELLES	%
Alcool et drogue	24,80
État médical	21,51
Rel. familiales et sociales	22,17
État psychologique	19,12
Emploi et ressources	22,30
Situation légale	10,06

Par ailleurs, le calcul du nombre d'items qui varient par sujet révèle que deux d'entre eux ont un pourcentage de variation d'environ 50 %, ce qui les situe nettement à l'écart de l'ensemble des autres sujets et en fait des sujets aberrants. Ce pourcentage de variation est beaucoup plus élevé que celui observé dans l'étude de Mc Lellan et coll. (1985), où le taux maximum de variation pour un sujet était de 10 %. Comment expliquer cette différence? Serait-elle due à une différence entre les conditions dans lesquelles se sont déroulées les deux études ou entre les consignes données aux sujets au moment de la seconde passation? Rien ne permet de l'affirmer a priori. Mc Lellan et coll. observent également une tendance à la baisse des scores lors de la seconde passation, mais il est clair, d'après les résultats obtenus, que cette tendance était beaucoup moins prononcée que dans la présente étude.

Par ailleurs, un examen plus poussé des items du score composé des échelles dont la stabilité s'est avérée problématique lors de l'analyse de la variance, soit les échelles "État médical", "État psychologique", "Relations familiales et sociales" et "Situation légale", révèle que les items principalement responsables des variations observées sont des items qui

reviennent sous la même forme à chacune des échelles et qui évaluent la détresse globale des sujets à ces échelles. L'un de ces items demande au sujet d'évaluer combien de journées, au cours des 30 derniers jours, il a éprouvé les problèmes qu'il a mentionnés dans cette échelle. Les deux autres items portent sur la perception subjective des personnes relativement à leurs problèmes dans le domaine couvert par chacune des échelles au moment même de l'entrevue. Ces questions, que l'on retrouve à chacune des échelles, sont formulées de la façon suivante :

- Au cours des 30 derniers jours, dans quelle mesure avez-vous été perturbé ou préoccupé par. . .
- Dans quelle mesure est-il important pour vous, maintenant, d'avoir un traitement pour ces. . .

On conçoit que la réponse à ces trois items, et surtout aux deux derniers, puisse être influencée par le changement de perception induit par le fait que le sujet soit admis à recevoir les services d'un centre de réadaptation. Le fait que les variations constatées se concentrent autour de ces items est conséquent avec l'interprétation donnée plus haut de la baisse des scores composés observée lors de l'analyse de variance.

Cependant, les variations observées à ces items sont insuffisantes pour rendre compte à elles seules du pourcentage moyen de 20 % observés pour l'ensemble des items de l'IGT. On se reportera aux tableaux 22 à 25 de l'annexe 6 pour un relevé du nombre de changements observés aux items du score composé des quatre échelles mentionnées ci-dessus.

Il semble enfin que l'on doive rejeter l'hypothèse que les variations observées sont attribuables à la façon d'administrer le questionnaire dans l'un ou l'autre des centres qui ont collaboré à l'étude. En effet, si l'on compare les trois centres quant au nombre moyen

d'items qui ont varié chez un même sujet entre le test et le retest, on n'observe aucune différence entre eux. Le tableau 12 présente les résultats de cette comparaison effectuée à l'aide de tests t.

TABLEAU 12

DIFFÉRENCES ENTRE LES MOYENNES DU NOMBRE D'ITEMS QUI VARIENT CHEZ LES INTERVIEWERS D'UN MÊME CENTRE ENTRE LE TEST ET LE RETEST

CENTRE	N	MOYENNE	ÉCART-TYPE	TEST t	p
Échantillon total	50	34,56	8,34		
Trois-Rivières	13	32,39	8,81	0,89	0,39
Montréal	15	37,13	9,22	1,08	0,30
Montréal	22	34,09	7,30	0,30	0,77

Il est intéressant de constater cette homogénéité entre les trois centres, qui permet de conclure que l'IGT peut être administré avec fiabilité dans des environnements cliniques variés et par des interviewers dont l'expérience d'utilisation du questionnaire diffère considérablement (cf tableau 8).

3.4 Conclusion.

3.4.1 La consistance interne

La version française de l'ASI est composée d'échelles homogènes dotées en général d'une bonne consistance interne. Seule l'échelle "Relations familiales et sociales" obtient une cote plus faible d'homogénéité, juste satisfaisante.

3.4.2 La fidélité test-retest

La fidélité test-retest, telle qu'évaluée à l'aide des corrélations entre les scores composés de chacune des échelles de l'IGT à des intervalles de 3 à 5 jours, est très satisfaisante en général. Seule l'échelle "État médical", avec un coefficient de corrélation de 0,50, présente une fidélité test-retest insatisfaisante.

3.4.3 Les études complémentaires

L'analyse de variance révèle une stabilité insatisfaisante pour quatre des sept échelles. Ces variations cependant vont toutes dans le même sens, celui d'une baisse. Il apparaît plausible cliniquement que cette baisse soit au moins partiellement attribuable à un changement réel de la perception subjective des sujets quant à leur détresse, lors de la seconde passation. Cette hypothèse est cohérente avec l'analyse de la variation de chacun des items des scores composés des échelles problématiques qui révèle un pourcentage de variation beaucoup plus élevée aux items se rapportant à l'évaluation que font les sujets de leur détresse à chacune des échelles.

Par conséquent, si l'analyse de variance révèle une stabilité insatisfaisante pour quatre des sept échelles de l'IGT, les coefficients de corrélations permettent de conclure que ces variations se produisent sans nuire à la cohérence des réponses des sujets.

L'interprétation des résultats obtenus à l'IGT devra donc être nuancée en tenant compte du fait que, si l'on se fie à l'étude actuelle qui est la seule disponible pour le moment, toutes les échelles ne sont pas également stables en ce qui concerne les variations intra-sujets. On peut s'attendre à ce que les scores composés soient surestimés lorsque l'IGT est administré dans des situations de crise, comme c'est souvent le cas au moment où une personne toxicomane se présente pour être admise dans un centre de réadaptation.

On peut enfin se demander pourquoi les variations observées à l'IGT sont sensiblement plus importantes que celles rapportées par McLellan et coll. (1985) alors que les deux études semblent s'être déroulées dans des conditions relativement semblables. On peut même se surprendre du peu de variations observées dans l'étude américaine. Des études ultérieures où les conditions de déroulement de l'expérience seraient modifiées pourraient permettre d'en savoir davantage à ce sujet.

IV - ÉTUDES DE VALIDITÉ

Deux tests de validité ont été effectués. D'abord, la validité d'apparence a été vérifiée et ensuite, pour évaluer la validité conceptuelle du questionnaire, une matrice d'intercorrélations entre les scores composés des échelles a été utilisée.

4.1. La validité d'apparence

La validité d'apparence concerne la capacité de l'instrument de transmettre à ses utilisateurs l'impression qu'il mesure bien ce qu'il est censé mesurer (Graham et Lilly, 1984). En d'autres termes, on veut savoir si la personne qui administre le questionnaire et celle qui y répond ont l'impression que les questions qu'il comporte sont appropriées, eu égard à son objet. Cette question n'est pas sans importance car l'intérêt et la motivation de la personne qui administre le test seront vraisemblablement accrus s'il est crédible à ses yeux. De la même façon, un test possédant une bonne validité d'apparence favorisera la coopération et gardera l'intérêt de la personne qui répond au test.

4.1.1 Procédure

La validité d'apparence s'évalue par jugement. Les juges invités à évaluer la validité d'apparence de l'IGT sont trois psychologues ayant une expérience plus ou moins étendue dans le domaine de la toxicomanie, mais ayant tous eu à suivre des clients avec un problème d'alcool ou de drogues dans le cadre de leur travail clinique. L'un d'eux est psychologue industriel et les deux autres sont des psychologues cliniciens. Ils ont tous les trois une expérience d'au moins cinq ans comme psychologues.

Les juges devaient évaluer la validité d'apparence du questionnaire à partir de leur expérience. Pour ce faire, un document comprenant une définition de ce type de validité,

des consignes, une brève description du questionnaire et de ses objectifs ainsi que le questionnaire lui-même leur a été fourni.

4.1.2 Résultats

Les observations des juges en fonction de chacune des échelles seront d'abord présentées. Leur appréciation générale sera ensuite discutée en guise de conclusion.

En ce qui concerne les échelles "Drogue" et "Alcool", les trois juges s'accordent pour mettre en doute la capacité des sujets de bien saisir le sens de l'expression delirium tremens de la question 17. Ils estiment également qu'il serait plus juste de formuler la question 22 de la façon suivante : "Au cours des 30 derniers jours, combien de jours avez-vous été perturbé par des..." (plutôt que "Au cours des 30 derniers jours, combien de jours avez-vous éprouvé des...").

À l'échelle "État médical", un des juges propose de remplacer l'expression "problème médical" par "problème de santé".

L'échelle "Relations familiales/sociales" fait l'objet d'une seule remarque : les juges estiment que la référence à des "problèmes sociaux" de la question 23 est trop vague. Ils suggèrent, pour améliorer la standardisation des réponses données à cette question, de définir plus précisément le type de problème visé par la question.

L'évaluation des juges concernant l'échelle "État psychologique" est plus globale. Ils estiment en effet que cette échelle comporte un nombre insuffisant de questions pour faire une évaluation satisfaisante de l'état du sujet dans ce domaine.

À l'échelle "Emploi/Ressources", un des juges considère que la question 17, qui porte sur les revenus obtenus de façon illégale, devrait se retrouver au sein de la dernière échelle,

soit l'échelle "Situation légale". Selon lui, il est préférable de garder la cueillette de ces informations incriminantes pour la fin afin de ne pas compromettre la sincérité des réponses des sujets aux autres questions.

À la même échelle, un des juges exprime des réserves au sujet de l'expression "infractions d'ordre sexuel" de la question 12. Il estime que le terme "infraction" est trop faible pour décrire un délit aussi grave. Finalement, un doute est émis sur la capacité des sujets de faire la différence entre des problèmes légaux et des problèmes civils, à la question 26.

Une remarque plus générale d'un des juges porte sur l'utilisation du mot "maintenant" dans plusieurs des questions. Il considère que la richesse linguistique du questionnaire serait améliorée si ce mot était remplacé par "actuellement" ou "présentement". Le même commentaire est apporté par un autre juge en ce qui concerne le terme "éprouvé" qui devrait, selon lui, être remplacé par "perturbé" ou "ennuyé".

4.1.3 Conclusion

En conclusion, les juges s'entendent tous pour affirmer que, globalement, le questionnaire fait preuve d'une bonne validité d'apparence. Il leur apparaît également que le questionnaire couvre de façon assez complète les domaines de la vie d'une personne éprouvant des problèmes de toxicomanie, exception faite de l'échelle "État psychologique". Ils ajoutent enfin que la validité d'apparence du questionnaire pourrait être améliorée si la formulation de certaines questions était revue de façon à ce qu'elles paraissent moins "traduites".

Notons, en guise de commentaire, que cette dernière suggestion va dans le même sens que les recommandations déjà exprimées dans la section sur l'évaluation de la traduction et confirme leur pertinence du point de vue de la validité d'apparence. Par

ailleurs, les réserves exprimées à propos de l'échelle psychologique peuvent se comprendre à la lumière du fait que les trois juges sont des psychologues et que leurs attentes à l'égard de cette échelle pouvaient être plus élevées. On peut faire l'hypothèse que des remarques semblables auraient pu être formulées par des médecins à propos de l'échelle "État médical". Il ne faut pas perdre de vue que l'IGT permet un premier niveau d'évaluation des problèmes vécus par une personne toxicomane dans chacun des domaines visés. Retenons cependant que la validité d'apparence de telle ou telle échelle de l'IGT pourrait être moins grande aux yeux de spécialistes du domaine évalué par cette échelle.

4.2 La validité conceptuelle

L'étude de la validité conceptuelle porte sur la capacité de chacune des échelles de l'IGT de mesurer des réalités relativement indépendantes les unes des autres et d'une façon qui est cohérente avec les concepts qui les sous-tendent.

4.2.1 Sujets et procédure

Pour satisfaire aux besoins de l'étude de validité conceptuelle, il a été déterminé qu'un échantillon d'au moins 200 sujets était nécessaire. Il a été également décidé de faire l'étude sur un échantillon stratifié par sexe et par âge, ce qui nécessitait au moins 20 sujets par cellule ainsi constituée (catégorie d'âge x sexe). Il est également apparu que l'étude serait plus valable si les sujets provenaient de plusieurs centres de réadaptation, situés dans des régions géographiques distinctes. Il importait donc qu'un nombre suffisant de sujets en provenance de chacun de ces centres soit présent dans l'échantillon. Les centres qui ont participé à l'étude sont les mêmes que ceux qui ont participé à l'étude de fidélité test-retest.

D'abord, les questionnaires de la première passation des sujets de l'étude de fidélité test-retest ont été utilisés pour l'étude de validité conceptuelle. Un nombre additionnel de sujets a été recruté dans les Centres de réadaptation Montérégie et Domrémy-Trois-Rivières

afin de constituer un groupe d'au moins 30 sujets par centre. Les autres questionnaires proviennent d'une sélection aléatoire à partir des dossiers des bénéficiaires inscrits à Domrémy-Montréal entre mai et novembre 1991. C'est grâce au nombre considérable de questionnaires disponibles à Domrémy-Montréal - tous les bénéficiaires inscrits à Domrémy-Montréal doivent passer l'IGT - que l'objectif de 20 questionnaires par cellule a pu être atteint. La taille de l'échantillon total s'élève à 351 sujets. Le tableau 13 reproduit la distribution des sujets par centre, par catégorie d'âge et par sexe. Dans tous les cas, les mesures nécessaires pour assurer la confidentialité des données ont été prises.

TABLEAU 13
DISTRIBUTION DES SUJETS DE L'ÉTUDE DE VALIDITÉ CONCEPTUELLE

	CENTRES					
	MONTRÉAL		TROIS-RIVIÈRES		MONTÉRÉGIE	
ÂGE	H	F	H	F	H	F
18-24 ans	19	21	5	4	2	2
25-34 ans	55	33	15	2	11	4
35-44 ans	36	20	7	1	7	6
45 ans et +	20	21	3	0	1	2
TOTAL	130	95	21	14	30	7

4.2.2 Analyses statistiques

L'ASI vise à évaluer les problèmes reliés à la consommation abusive d'alcool et de drogues selon sept dimensions. Le questionnaire est conçu de façon à mesurer ces sept dimensions de façon relativement indépendante sans exclure complètement pour autant

l'existence de liens entre elles. Certains liens sont en fait prévisibles, compte tenu de la nature même de chacune des dimensions mesurées, et ont été constatés par McLellan et coll. (1985) avec la version originale du questionnaire. À titre d'exemple, une corrélation modérée a été observée entre l'échelle "Situation familiale et sociale" et l'échelle "État psychologique", ce qui peut être considéré comme un lien prévisible et naturel.

Une matrice d'intercorrélations (r de Pearson) entre les scores composés des sept échelles de l'IGT a donc été calculée afin de déterminer dans quelle mesure ces échelles sont indépendantes ou reliées entre elles. On peut ainsi établir jusqu'à quel point les échelles mesurent des réalités différentes et aussi étudier la nature des liens qui pourraient exister par ailleurs entre ces échelles. Les corrélations ont été calculées pour l'échantillon total et en tenant compte également de l'âge et du sexe, ce qui donne les sept séries de données qui suivent :

1.	Échantillon total	(n=351)
2.	Hommes	(n=229)
3.	Femmes	(n=122)
4.	18-24 ans	(n=65)
5.	25-34 ans	(n=142)
6.	35-44 ans	(n=92)
7.	45 ans et plus	(n=52)

4.2.3 Résultats

Le tableau 14 présente les résultats obtenus. Les numéros des différentes cases correspondent aux catégories mentionnées ci-dessus. Afin de faciliter la lecture des résultats seules les corrélations atteignant au moins un seuil de signification de 0,05 sont reproduites dans le tableau*.

* La matrice complète des intercorrélations entre les scores composés des sept échelles de l'IGT peut être obtenue en s'adressant à l'auteur principal.

TABLEAU 14

**MATRICE D'INTERCORRÉLATIONS ENTRE LES SCORES COMPOSÉS
DES SEPT ÉCHELLES DE L'IGT**

	Drogue	Alcool	État médical	Rel.fam/soc.	État psy.	Emploi/ Ress.
Alcool	1. 2. 3. 0,22* 4. 5. 6. 7. -,36**					
État médical	1. 0,14** 2. 3. -0,27*** 4. 0,27** 5. 6. 0,24** 7.	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.				
Rel.fam/soc.	1. 0,18*** 2. 0,27*** 3. 4. 0,39*** 5. 0,20** 6. 7.	1. 2. 3. 4. 0,33** 5. 6. 7.	1. 2. 3. 4. 5. 6. 0,18* 7.			
État psy.	1. 0,32*** 2. 0,35*** 3. 0,20** 4. 0,39*** 5. 0,32*** 6. 0,41*** 7.	1. 0,18*** 2. 0,27*** 3. 4. 5. 0,30*** 6. 7.	1. 0,27*** 2. 0,23*** 3. 0,32*** 4. 0,37*** 5. 0,18** 6. 0,27** 7. 0,44***	1. 0,40*** 2. 0,38*** 3. 0,41*** 4. 0,37*** 5. 0,36*** 6. 0,48*** 7. 0,39***		
Emploi/ Ress.	1. 0,10* 2. 3. 4. 5. 6. 7.	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.	1. 0,14** 2. 0,15** 3. 4. 5. 0,21** 6. 7. 0,27*	
Sit. légale	1. 0,16*** 2. 3. 4. 0,28** 5. 6. 7.	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.	1. 2. 0,13* 3. 4. 5. 6. 7.	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.	1. 0,19*** 2. 0,21*** 3. 0,20*** 4. 0,23* 5. 0,16* 6. 0,26** 7.
*P<0,05 **P<0,01 ***P<0,001 1: échantillon total 2: hommes 3: femmes 4: 18-24 ans 5: 25-34 ans 6: 35-44 ans 7: 45+						

Les données du tableau permettent d'abord de constater l'indépendance de la plupart des échelles les unes par rapport aux autres. L'échelle "État psychologique" et, dans une moindre mesure, l'échelle "Drogue", constituent des exceptions. Même dans le cas des

échelles les plus reliées entre elles, comme "État psychologique" et "Situation familiale et sociale", les corrélations dépassent rarement le seuil de 0,40 et peuvent être qualifiées de modérées. Les réalités mesurées par ces deux échelles demeurent donc encore relativement indépendantes.

Pour ce qui est des liens entre les échelles, "État psychologique" apparaît nettement comme la plus reliée aux autres échelles, seule l'échelle "Situation légale" faisant exception. Si l'on ne prend en considération que l'échantillon total, les corrélations s'échelonnent entre 0,40 ($p < ,001$) et 0,14 ($p < ,01$). Le lien de l'échelle "État psychologique" avec les autres est cohérent avec le fait que l'état de santé mentale est apparu comme un facteur de pronostic particulièrement puissant dans les recherches sur l'efficacité des traitements pour personnes toxicomanes (Mc Lellan, 1983).

L'échelle "Drogue" vient au second rang en ce qui concerne le nombre de liens avec les autres échelles. Plusieurs des liens présents trouvent un appui dans ce que l'on sait par ailleurs des relations entre ces échelles. Ainsi, on trouve une corrélation positive entre l'échelle "Drogue" et l'échelle "Alcool" chez les jeunes de 18-24 alors que la corrélation entre ces deux échelles est fortement négative chez les personnes de 45 ans et plus, ce qui correspond bien à ce que l'on connaît de l'évolution de la consommation en fonction de l'âge. Les liens entre l'échelle "Drogue" et l'échelle "Situation légale" dans l'échantillon global, et plus encore chez les jeunes de 18-24 ans, s'explique également bien par ce que l'on sait par ailleurs de l'association entre la criminalité et la consommation de drogues. On pourrait également expliquer les liens de cette échelle avec les échelles "Relations familiales et sociales", "État médical" et "Emploi Ressources". Ce qui peut surprendre par ailleurs, c'est qu'on ne retrouve pas de lien avec l'échelle "Alcool".

Notons enfin les corrélations très significatives entre l'échelle "Situation légale" et l'échelle "Emploi/Ressources". L'interprétation la plus probable est que le fait d'avoir des problèmes légaux a un impact négatif sur la situation d'emploi.

4.2.4 Conclusion

En résumé, l'examen des corrélations entre les échelles révèle d'une part que les échelles de l'IGT sont suffisamment indépendantes entre elles pour qu'il soit possible d'affirmer qu'elles mesurent des réalités différentes. Par ailleurs, les liens que l'on retrouve entre elles sont des liens que l'on peut qualifier de naturels. On peut donc conclure que la validité conceptuelle de l'IGT est bonne.

V - LE CHOIX DE LA QUATRIÈME OU DE LA CINQUIÈME VERSION DE L'ASI

Bien qu'une cinquième édition de l'ASI ait été disponible depuis peu au moment d'entreprendre l'étude sur les qualités psychométriques de la version française de ce questionnaire, il avait été décidé de faire porter cette étude sur une version de la quatrième édition en tenant compte des considérations suivantes :

- a) La quatrième édition est entièrement compatible avec la cinquième en ce qui concerne le calcul des scores composés de chacune des échelles. En effet, tous les items concourant au calcul de ces scores ont été conservés dans la cinquième édition.

Les auteurs eux-mêmes soulignent qu'ils ont voulu conserver exactement les mêmes items en ce qui concerne les scores composés afin de ne pas altérer la fiabilité et la validité de l'ASI et de garder la possibilité de comparer les scores obtenus avec l'une ou l'autre des versions de l'ASI (Fureman, Parikh, Bragg et McLellan, 1990).

- b) Si l'on fait exception de l'échelle "Relations familiales et sociales", seulement trois nouveaux items ont été ajoutés à l'ensemble des autres échelles. Par ailleurs, les modifications apportées à l'échelle "Relations familiales et sociales", par le fait qu'elles comportent une investigation de domaines où l'expérience vécue a pu être particulièrement traumatisante, demandent une compétence plus grande de la part des interviewers et la capacité de la part du centre qui fait l'évaluation de fournir l'intervention appropriée.

C'est pourquoi les auteurs eux-mêmes recommandent d'utiliser plutôt la quatrième édition de l'ASI si ces conditions ne peuvent être remplies.

Compte tenu du fait que le projet visait à rendre disponible un questionnaire en français dont la diffusion soit aussi large que possible au Québec, il avait été jugé alors préférable de choisir la quatrième édition plutôt que la cinquième.

- c) Une grande partie des bénéfices reliés à la cinquième édition du manuel pouvait dès lors être retenue puisque celui-ci contient de nombreuses explications supplémentaires dont l'intégration à la traduction existante du manuel faciliterait la compréhension de certaines consignes de la quatrième édition.
- d) Un travail considérable avait déjà été fait avec la quatrième version de l'ASI : la traduction était utilisée depuis plus d'un an, des évaluateurs expérimentés étaient disponibles et une banque de questionnaires déjà complétés pouvait être utilisée dans les premières étapes du projet.

Le fait de s'en tenir à la quatrième édition de l'ASI permettait donc de réaliser le projet dans des délais plus rapides. L'auteur lui-même, dans l'autorisation qu'il avait accordée de procéder à l'étude, ne voyait pas d'inconvénient important à utiliser la quatrième édition.

- e) L'étude devait porter non pas sur une traduction pure et simple de l'ASI mais sur une adaptation française avec une population différente de celle avec laquelle avaient été effectuées les études des qualités psychométriques de l'ASI. Même si un soin particulier avait été apporté à réduire les modifications au minimum et en laissant intacts les items contribuant au score composé, on devait bien parler d'une adaptation, nécessitée notamment par le fait que le code criminel et les lois sociales québécoises sont différents de ceux qui existent aux États-Unis.

L'étude porterait donc sur les qualités psychométriques d'un questionnaire qui devenait une réalité en soi, tout en étant le plus comparable possible à l'ASI.

- f) Il serait toujours possible d'intégrer ultérieurement les items de la cinquième édition sans affecter la validité de la présente étude d'autant plus que, de toute façon, les études de validité effectuées avec l'original portaient elles-mêmes sur la quatrième édition.

Les résultats de l'étude ont permis de conclure que la fiabilité et la validité de la version actuelle de l'IGT, tirée de la quatrième édition de l'ASI, sont satisfaisantes. Ce sont principalement les scores composés dérivés de chacune des échelles qui ont été analysés puisque ce sont eux que l'on utilise à des fins de recherche, notamment pour évaluer les changements qui se sont produits chez une personne en regard des sept dimensions mesurées par ces échelles. L'addition d'items de la cinquième édition de l'ASI à l'IGT ne devrait donc pas affecter davantage la fidélité et la validité de ce dernier qu'elle ne l'a fait dans le cas du questionnaire original.

Par ailleurs, au moment de rédiger ce rapport, près de deux ans après le début de l'étude, de nouveaux éléments militent en faveur d'une mise à jour de l'IGT à partir de la cinquième édition de l'ASI. D'une part, il est prévu que le système d'information clientèle sur les personnes alcooliques et toxicomanes (SICAT) (cf Conseil de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 1991) développé par le MSSS inclura le contenu des items additionnels de la cinquième édition aux échelles "Alcool" et "Drogues". Par ailleurs, l'expérience plus longue dont nous disposons maintenant de l'utilisation de l'IGT dans un contexte clinique amène à conclure que l'échelle "Relations familiales et sociales" gagnerait à être enrichie en y intégrant, en tout ou en partie, les items de la cinquième édition.

Il apparaît donc légitime d'un point de vue psychométrique et pertinent, compte tenu des besoins qui se sont manifestés depuis deux ans aux plans de l'intervention et de la recherche, de procéder à la mise à jour de l'IGT à partir de la cinquième éditions de l'ASI.

VI - RECOMMANDATIONS

1. Considérant que les résultats des études présentées dans ce rapport sur les qualités psychométriques de la version française de l'*Addiction Severity Index* sont satisfaisants et que l'*Indice de gravité d'une toxicomanie* peut être considéré comme l'équivalent de l'ASI à cet égard;

Il est pertinent de poursuivre le projet de proposer l'IGT comme questionnaire d'évaluation de la clientèle des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes du Québec et d'utiliser cet instrument aux mêmes fins que l'ASI.

2. Considérant que les analyses complémentaires effectuées sur les résultats des corrélations test-retest révèlent par ailleurs une stabilité intra-sujets insatisfaisante dans quatre échelles sur sept et une variation plus marquée des items portant sur l'évaluation subjective de la détresse à chacune des échelles;

Considérant qu'il est difficile, dans le cadre de l'étude actuelle, d'identifier la source de cette variation, qui pourrait être attribuable à des changements de perception des sujets aussi bien qu'à des caractéristiques du questionnaire lui-même;

Il est recommandé de réaliser une nouvelle étude pour éclairer cette question. Le plan de l'étude devrait prévoir un meilleur contrôle de variables telles que les conditions de passation du questionnaire et les conditions de vie des sujets dans l'intervalle qui sépare les deux passations du questionnaire. Il devrait également prévoir des analyses statistiques plus poussées (e.g.: analyses de régressions multiples).

3. Considérant qu'il est possible de donner suite aux suggestions des traductrices qui ont évalué les qualités de la traduction française sans altérer les qualités psychométriques de l'IGT;

Il est recommandé d'apporter les modifications qui permettront d'améliorer la justesse de la traduction et les qualités littéraires de l'IGT.

4. Considérant que la version actuelle de l'IGT pourrait être mise à jour à partir de la cinquième édition de l'ASI sans en affecter les qualités psychométriques et que cette mise à jour apparaît maintenant souhaitable d'un point de vue clinique;

Il est recommandé de procéder à cet ajustement.

5. Considérant que des études comparant certaines échelles de l'IGT à d'autres questionnaires mesurant des construits semblables ou apparentés permettraient :
 - a) de mieux évaluer quelles sont les situations dans lesquelles l'IGT peut être utilisé avec le plus de pertinence;
 - b) de compléter les études de validité de l'IGT;

Il est recommandé d'effectuer des études complémentaires sur la validité de l'IGT.

RÉFÉRENCES

- ANASTASI, A. (1976). *Psychological Testing*. New York : Macmillan Publishing Co. (fourth edition).
- BERGERON, J. (1991). *Rapport préliminaire sur la validation d'un instrument d'évaluation de la gravité des problèmes reliés à la consommation de drogues et d'alcool*. Rapport présenté à la Direction générale de la planification et de l'évaluation, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec.
- BOIVIN, M.D. (1990). *Évaluation des personnes ayant des problèmes de drogues et d'alcool: Compte-rendu des démarches et du choix d'un outil d'évaluation clientèle en toxicomanie*. Rapport du Comité conjoint MSSS-Réseau sur la sélection d'instruments d'évaluation de la clientèle.
- BOSE, R.C. (1956). Paired comparison designs for testing concordance between judges. *Biometrika*, 43, 111-121.
- BRISLIN, R.W., LONNER, W.J., THORNDIKE, R.M. (1973). *Cross-cultural Research Methods*. New York: Wiley.
- CARMINES, E.G., ZELLER, R.A. (1979). *Reliability and Validity Assessment*, Beverly Hills (CA): Sage.
- CONSEIL DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE (1991). *Système d'information en regard des clientèles des programmes de réadaptation en toxicomanie*.
- CONTANDRIOPOULOS, A.-P., CHAMPAGNE, F., POTVIN, L., DENIS, J.-L., BOYLE, P. (1990). *Savoir préparer une recherche: la définir, la structurer, la financer*. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- CRONBACH, L.J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16, 297-334.
- FLEISS, J.J. (1981). *Statistical Methods for Rates and Proportions*. New York: Wiley (second edition).
- FUREMAN, B., PARIKH, G., BRAGG, A., ET McLELLAN, T. (1990). *Addiction Severity Index*, 5th edition, The University of Pennsylvania/Veterans Administration, Center for Studies of Addiction, 5.

- GRAHAM, J.R., LILLY, R.S. (1984). *Psychological Testing*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- HACCOUN, R.R. (1987). Une nouvelle technique de vérification de l'équivalence de mesures psychologiques traduites. *Revue québécoise de psychologie*, 8, (3), 30-39.
- HENDRICKS, U.M., KAPLAN, C.D., VAN LIMBEEK, J., GEERLINGS, P. (1989). The Addiction Severity Index: Reliability and validity in a Dutch addict population. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 6, 133-141.
- KOSTEN, T.R., ROUNSAVILLE, B.J., KLEBER, H.D. (1985). Concurrent validity of the Addiciton Severity Index. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 171, 606-610.
- McLELLAN, A.T., LUBORSKY, L., WOODY, C.E., O'BRIEN, C.P. (1980). An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients. The Addiction Severity Index. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 168, (1), 26-33.
- McLELLAN, A.T., LUBORSKY, L., CACCIOLA, JU., GRIFFITH, J., EVANS, F.L., HARRIET, L.b., O'BRIEN, C. (1985). New data from the Addiction Severity Index. Reliability and validity in three centers. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 173 (7), 412-423.
- NUNNALLY, J.C. (1978). *Psychometric Theory*. New York: McGraw-Hill (second edition).

AUTRES DOCUMENTS CONSULTÉS

- ALLEN, M.J., YEN, W.M. (1979). *Introduction to Measurement theory*. Monterey, CA: Brooks/Cole.
- BERGERON, J. (1987). State-trait anxiety in French-english bilinguals: Cross-cultural considerations. Chapter 13 in C.D. Spielberger, R., Diaz-Guerrero (Eds), *Cross-Cultural anxiety*, Volume 2 (157-176). Washington, D.C. : Hemisphere Publishing Corp. New York : McGraw-Hill.
- BRINBERG, D., KIDDER, L.H.. (1982). *Forms of Validity in Research*, San Francisco (CA): Jossey-Bass.

- CAMPBELL, D.T. (1960). Recommendations for APA Test Standards Regarding Construct, Trait or discriminant Validity, *American Psychologist*, 15, 546-553.
- CAMPBELL, D.T., FISKE, D. (1959). Convergent and discriminant validity by the multi-trait multi-method matrix. *Psychological Bulletin*, 56, 81-105.
- COHEN, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. (Second edition). Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum Assoc.
- CRONBACH, L., FURBY, L. (1970). How should we measure "change". - Or should we? *Psychological Bulletin*, 74, 138-156.
- CRONBAH, L.J., MEEHL, P.E. (1955). Construct validity in psychological tests. *Psychological Bulletin*, 52, 281-302.
- DEROGATIS, L., LIPMAN, R., RICKETS, K. (1974). The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): A self-report symptom inventory. *Behavioral Science*, 19, 1-16.
- FERGUSON, G.R. (1976). *Statistical Analysis in Psychology and Education*, New York (N.Y.): McGraw-Hill.
- GRISSOM, G.R., BRAAG, A. (1991). Addiction Severity Index : Experience in the field. *The International Journal of the Addictions*, 26, 55-64.
- HAND, D.J., TAYLOR, C.C.(1987). *Multivariate Analysis of Variance and Repeated Measures*, London : Chapman and Hall.
- HODGINS, D.C., EL-GUEBALY, G.N. (1992). More data on the Addiction Severity Index: Reliability and validity with the mentally ill substance abuser. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180, 197-201.
- HULL, C.H., NIE, N.H. (1981). *SPSS Update 7-9*. New York : McGraw-Hill.
- ISHAK, A. (1992). *Étude des qualité psychométriques de l'adaptation québécoise de l'instrument "Addiction Severity Index" (ASI)*. Mémoire de maîtrise inédit, Université de Montréal (sous la direction de J. Bergeron).
- KRAEMER, H.C., THIEMANN, S. (1987). *How Many Subjects?* Newbury Park (CA): Sage.
- LIPSEY, M.W. (1990). *Design Sensitivity : Statistical Power for Experimental Research*. Newbury Park, CA: Sage.

- McLELLAN, A.T., LUBORSKY, L., O'BRIEN, C.P., WOODY, C.E., DRULEY, K.A. (1982). Is treatment for substance abuse effective? *The Journal of the American Medical Association*, 247, 1423-1428.
- PATTON, M.Q. (1986). *Utilization-focused Evaluation*. Newbury Park, CA: Sage (second edition).
- ROGALSKI, C.J. (1987). Factor structure of the Addiction Severity Index in an inpatient detoxification sample. *International Journal of the Addictions*, 22, (10), 981-992.
- ROUNSAVILLE, B.J., ANTON, S.F., CARROLL, K.M., BUDDE, D., PRUSOFF, B.A., GAVIN, F.I. (1991). Psychiatric diagnosis of treatment seeking cocaine abusers. *Archives of General Psychiatry*, 45, 43-51.
- WAINER, H., BRAUN, H.I. (1988). *Test Validity*, Hillsdale (N.J.): Lawrence Erlbaum Associates.
- WINER, B.J. (1971). *Statistical Principles in Experimental Design*. New York: McGraw-Hill (second edition).

ANNEXE 1

L'ADDICTION SEVERITY INDEX (ASI)

(4e édition)

INSTRUCTIONS

1. Leave No Blanks — Where appropriate code items: X = question not answered
N = question not applicable
Use only one character per item.
2. Item numbers circled are to be asked at follow-up. Items with an asterisk are cumulative and should be rephrased at follow-up (see Manual).
3. Space is provided after sections for additional pertinent information.

ADDITION SEVERITY INDEX

SEVERITY RATINGS

The severity ratings are interviewer estimates of the patient's need for additional treatment in each area. The scales range from 0 (no treatment necessary) to 9 (treatment needed to intervene in life-threatening situation). Each rating is based upon the patient's history of problem symptoms, present condition and subjective assessment of his treatment needs in a given area. For a detailed description of severity ratings' derivation procedures and conventions, see manual.

Third Edition

SUMMARY OF PATIENTS RATING SCALE

- 0 - Not at all
- 1 - Slightly
- 2 - Moderately
- 3 - Considerably
- 4 - Extremely

I.D. NUMBER

LAST 4 DIGITS OF SSN

DATE OF ADMISSION

DATE OF INTERVIEW

TIME BEGUN :

TIME ENDED :

CLASS:

1 - Intake

2 - Follow-up

CONTACT CODE:

1 - In Person

2 - Phone

3 - Mail

GENDER:

1 - Male

2 - Female

TREATMENT EPISODE NUMBER

INTERVIEWER CODE NUMBER

SPECIAL:

1 - Patient terminated

2 - Patient refused

3 - Patient unable to respond

GENERAL INFORMATION

NAME _____

CURRENT ADDRESS _____

GEOGRAPHIC CODE

1. How long have you lived at this address? YRS. MOS.

2. Is this residence owned by you or your family?

0 - No 1 - Yes

3. DATE OF BIRTH

4. RACE

1 - White (Not of Hispanic Origin)

2 - Black (Not of Hispanic Origin)

3 - American Indian

4 - Alaskan Native

5 - Asian or Pacific Islander

6 - Hispanic - Mexican

7 - Hispanic - Puerto Rican

8 - Hispanic - Cuban

9 - Other Hispanic

5. RELIGIOUS PREFERENCE

1 - Protestant 4 - Islamic

2 - Catholic 5 - Other

3 - Jewish 6 - None

6. Have you been in a controlled environment in the past 30 days?

1 - No

2 - Jail

3 - Alcohol or Drug Treatment

4 - Medical Treatment

5 - Psychiatric Treatment

6 - Other _____

7. How many days?

TEST RESULTS

Shipley

C.O.

I.Q.

Beck

Total Score

CARD 10

SEVERITY PROFILE

9							
8							
7							
6							
5							
4							
3							
2							
1							
0							
PROBLEMS	MEDICAL	EMP/SUP	ALCOHOL	DRUG	LEGAL	FAM/SOC	PSYCH

I.D. 1

MEDICAL STATUS

- 1. How many times in your life have you been hospitalized for medical problems?
(Include o.d.'s, d.t.'s, exclude detox.)
- 2. How long ago was your last hospitalization for a physical problem? yrs. mos.
- 3. Do you have any chronic medical problems which continue to interfere with your life?
0 - No 1 - Yes
- 4. Are you taking any prescribed medication on a regular basis for a physical problem?
0 - No 1 - Yes

- 5. Do you receive a pension for a physical disability? *(Exclude psychiatric disability.)*
0 - No
1 - Yes _____ Specify
- 6. How many days have you experienced medical problems in the past 30?
- 7. How troubled or bothered have you been by these medical problems in the past 30 days?

- 8. How important to you now is treatment for these medical problems?

INTERVIEWER SEVERITY RATING

- 9. How would you rate the patient's need for medical treatment?

CONFIDENCE RATINGS

Is the above information significantly distorted by:

- 10. Patient's misrepresentation? 0 - No 1 - Yes
- 11. Patient's inability to understand? 0 - No 1 - Yes

FOR QUESTIONS 7 & 8 PLEASE ASK PATIENT TO USE THE PATIENT'S RATING SCALE.

COMMENTS

- 1. Education completed *(GED = 12 years)* yrs. mos.
- 2. Training or technical education completed mos.
- 3. Do you have a profession, trade or skill?
0 - No 1 - Yes _____ Specify
- 4. Do you have a valid driver's license?
0 - No 1 - Yes
- 5. Do you have an automobile available for your use? *(Answer No if no valid driver's license.)*
0 - No 1 - Yes
- 6. How long was your longest full-time job? yrs. mos.
- 7. Usual (or last) occupation.

(Specify in detail)
- 8. Does someone contribute to your support in any way?
0 - No 1 - Yes
- 9. *(ONLY IF ITEM 8 IS YES)*
Does this constitute the majority of your support?
0 - No 1 - Yes

EMPLOYMENT/SUPPORT STATUS

- 10. Usual employment pattern, past 3 years.
1 - full time (40 hrs/wk)
2 - part time (reg. hrs)
3 - part time (irreg., daywork)
4 - student
5 - service
6 - retired/disability
7 - unemployed
8 - in controlled environment
- 11. How many days were you paid for working in the past 30?
(Include "under the table" work.)
How much money did you receive from the following sources in the past 30 days?
- 12. Employment *(net income)*
- 13. Unemployment compensation
- 14. DPA
- 15. Pension, benefits or social security
- 16. Mate, family or friends *(Money for personal expenses).*
- 17. Illegal

- 18. How many people depend on you for the majority of their food, shelter, etc.?

- 19. How many days have you experienced employment problems in the past 30?

FOR QUESTIONS 20 & 21 PLEASE ASK PATIENT TO USE THE PATIENT'S RATING SCALE

- 20. How troubled or bothered have you been by these employment problems in the past 30 days?

- 21. How important to you now is counseling for these employment problems?

INTERVIEWER SEVERITY RATING

- 22. How would you rate the patient's need for employment counseling?

CONFIDENCE RATINGS

Is the above information significantly distorted by:

- 23. Patient's misrepresentation? 0 - No 1 - Yes
- 24. Patient's inability to understand? 0 - No 1 - Yes

COMMENTS

D. 1

DRUG/ALCOHOL USE

CODE #

	PAST 30		LIFETIME USE	
	DAYS		YRS	MOS
11. Alcohol - Any use at all				
12. Alcohol - To intoxication				
13. Heroin				
14. Methadone				
15. Other opiates/analgesics				
16. Barbiturates				
17. Other sed/hyp/tranq.				
18. Cocaine				
19. Amphetamines				
20. Cannabis				
21. Hallucinogens				
22. Inhalants				

CARD 3

Note: See manual for representative examples for each drug class

I.D. 1

23. More than one substance per day (incl. alcohol).

--	--

DAYS

--	--	--	--

YRS MOS

14. Which substance is the major problem? Please code as above or 00-No problem; 15-Alcohol & Drug (Dual addiction); 16-Polydrug; when not clear, ask patient.

--	--

15. How long was your last period of voluntary abstinence from this major substance? (00 - never abstinent).

--	--

MOS.

16. How many months ago did this abstinence end? (00 - still abstinent).

--	--

* 17. How many times have you:
Had alcohol d.t.'s

--	--

Overdosed on drugs

--	--

* 18. How many times in your life have you been treated for:
Alcohol Abuse

--	--

Drug Abuse

--	--

* 19. How many of these were detox only?
Alcohol

--	--

Drug

--	--

20. How much would you say you spent during the past 30 days on:
Alcohol

--	--	--	--

Drugs

--	--	--	--

21. How many days have you been treated in an outpatient setting for alcohol or drugs in the past 30 days (Include NA, AA).

--	--

22. How many days in the past 30 have you experienced:
Alcohol Problems

--	--

Drug Problems

--	--

FOR QUESTIONS 23 & 24 PLEASE ASK PATIENT TO USE THE PATIENT'S RATING SCALE

23. How troubled or bothered have you been in the past 30 days by these:
Alcohol Problems

--

Drug Problems

--

24. How important to you now is treatment for these:
Alcohol Problems

--

Drug Problems

--

INTERVIEWER SEVERITY RATING

25. How would you rate the patient's need for treatment for:
Alcohol Abuse

--

Drug Abuse

--

CONFIDENCE RATINGS

Is the above information significantly distorted by:

26. Patient's misrepresentation?
0 - No 1 - Yes

--

27. Patient's inability to understand?
0 - No 1 - Yes

--

CARD 4

COMMENTS

ID 1

1. Marital Status
- 1 - Married 4 - Separated
2 - Remarried 5 - Divorced
3 - Widowed 6 - Never Married
2. How long have you been in this marital status?
(If never married, since age 18).
3. Are you satisfied with this situation?
- 0 - No
1 - Indifferent
2 - Yes
4. Usual living arrangements (past 3 yr.)
- 1 - With sexual partner and children
2 - With sexual partner alone
3 - With parents
4 - With family
5 - With friends
6 - Alone
7 - Controlled environment
8 - No stable arrangements
5. How long have you lived in these arrangements.
(If with parents or family, since age 18).
6. Are you satisfied with these living arrangements?
- 0 - No
1 - Indifferent
2 - Yes

FAMILY/SOCIAL RELATIONSHIPS

7. With whom do you spend most of your free time?
- 1 - Family 3 - Alone
2 - Friends
8. Are you satisfied with spending your free time this way?
- 0 - No 2 - Yes
1 - Indifferent
9. How many close friends do you have?
10. How many days in the past 30 have you had serious conflicts:
- A with your family?
B with other people? (excluding family).
- Have you had significant periods in which you have experienced serious problems with:
- 0 - No 1 - Yes
11. Mother
12. Father
13. Brother/Sisters
14. Sexual partner/spouse
15. Children
16. Other significant family
17. Close friends
18. Neighbors
19. Co-workers

FOR QUESTIONS 20-23 PLEASE ASK PATIENT TO USE THE PATIENT'S RATING SCALE

- How troubled or bothered have you been in the past 30 days by these:
20. Family problems?
21. Social problems?
- How important to you now is treatment or counseling for these:
22. Family problems?
23. Social problems?
- INTERVIEWER SEVERITY RATING
24. How would you rate the patient's need for family and/or social counseling?
- CONFIDENCE RATINGS
- Is the above information significantly distorted by:
25. Patient's misrepresentation?
- 0 - No 1 - Yes
26. Patient's inability to understand?
- 0 - No 1 - Yes
- CARD 6
- COMMENTS
(Please add extra comments on back of page)

ID 1

1. How many times have you been treated for any psychological or emotional problems?
- In a hospital
- As an Opt. or Priv. patient
2. Do you receive a pension for a psychiatric disability?
- 0 - No 1 - Yes
- Have you had a significant period, (that was not a direct result of drug/alcohol use), in which you have:
- 0 - No 1 - Yes
3. Experienced serious depression
4. Experienced serious anxiety or tension
5. Experienced hallucinations
6. Experienced trouble understanding, concentrating or remembering
7. Experienced trouble controlling violent behavior
8. Experienced serious thoughts of suicide
9. Attempted suicide
10. Have you taken prescribed medication for any psychological/emotional problem

PSYCHOLOGICAL STATUS

11. How many days in the past 30 have you experienced these psychological or emotional problems?
- FOR QUESTIONS 12 & 13 PLEASE ASK PATIENT TO USE THE PATIENT'S RATING SCALE
12. How much have you been troubled or bothered by these psychological or emotional problems in the past 30 days?
13. How important to you now is treatment for these psychological problems?
- THE FOLLOWING ITEMS ARE TO BE COMPLETED BY THE INTERVIEWER
- At the time of this interview, is patient:
- 0 - No 1 - Yes
14. Obviously depressed/withdrawn
15. Obviously hostile
16. Obviously anxious/nervous
17. Having trouble with reality testing, thought disorders, paranoid thinking

18. Having trouble comprehending, concentrating, remembering
19. Having suicidal thoughts
- INTERVIEWER SEVERITY RATING
20. How would you rate the patient's need for psychiatric/psychological treatment?
- CONFIDENCE RATINGS
- Is the above information significantly distorted by:
21. Patient's misrepresentations?
- 0 - No 1 - Yes
22. Patient's inability to understand?
- 0 - No 1 - Yes
- CARD 7
- COMMENTS
(Please add extra comments on back of page)

ANNEXE 2

LETTRE D'AUTORISATION DE M. A.THOMAS MCLELLAN

UNIVERSITY *of* PENNSYLVANIA

School of Medicine

A. Thomas McLellan, PhD
Professor of Psychiatry
Center for Studies on Addiction

Bld. #7, PVAMC
University Avenue
Philadelphia, Pa. 19104

June 20, 1990

Drs. Jacques Bergeron & Michel Landry
De'partement de psychologie
Universite' de Montreal
10140, rue Lajeunesse
Montreal (Quebec) H3L 2E2
Canada

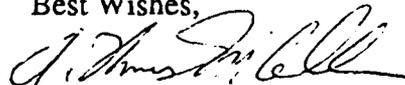
Dear Sirs,

I am happy to find that you are continuing to use and (I hope) improve the ASI. I have your translation and have found it very thorough and professional.

I am happy to extend my permission to use the Quebec ASI in your study of reliability and validity. You may be aware that I have added some information to the ASI in a fifth edition. Don't worry, your work has not been wasted as there are no major changes. In fact there are almost no items that have been deleted. However, we have improved the manual and have added some (I hope) improvements to the Family/Social section as well as a Family History section. I have enclosed the new manual and the new version (5th edition) of the instrument. Many people will continue to use the 4th version of the ASI, so there is no absolute need to revise your work. I do suggest you read the preface to the new manual for our current thinking on how to use the instrument - simply for your consideration.

I am very interested in your work and I appreciate your efforts to keep me involved. I will be happy to help in the design and content of your planned experiments if you wish. Please feel free to contact me for any additional information or consultation.

Best Wishes,



A. Thomas McLellan
215-823-5809

ANNEXE 3

L'INDICE DE GRAVITÉ D'UNE TOXICOMANIE (IGT)

N.D.

--	--	--	--	--	--

DROGUE/ALCOOL

Numéro de code

	30 derniers		
	jours	années	mois
01 Alcool - Toute utilisation			
02 Alcool - Jusqu'à intoxication			
03 Héroïne			
04 Méthadone			
05 Autres opiacés/ analgésiques			
06 Barbituriques			
07 Autres séd./ hyp./tranq.			
08 Cocaïne			
09 Amphétamines			
10 Cannabis			
11 Hallucinogènes			
12 Inhalants			

Carte 3

Remarque: Voir dans le manuel les exemples représentatifs de chaque catégorie de drogue.

N.D.

--	--	--	--	--	--

- 13 Plus d'une substance par jour (y compris l'alcool).
- | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
- 14 Quelle substance pose le problème principal? (Veuillez coder comme précédemment, ou 00 - Pas de problème; 15 - Alcool et drogue (double toxicomanie); 16 - Polydrogue; en cas d'incertitude, demandez au bénéficiaire).
- | | |
|--|--|
| | |
|--|--|

- 15 Quelle a été la durée de votre dernière période d'abstinence volontaire de cette substance principale? (00 - jamais abstinent)
- | | |
|--|--|
| | |
|--|--|
- 16 Depuis combien de mois cette abstinence a-t-elle cessé? (00 - encore abstinent)
- | | |
|--|--|
| | |
|--|--|
- 17 Combien de fois avez-vous eu:
- un delirium tremens (alcool)
- | | |
|--|--|
| | |
|--|--|
- un surdosage (drogue)
- | | |
|--|--|
| | |
|--|--|
- 18 Combien de fois dans votre vie avez-vous été traité pour:
- abus d'alcool
- | | |
|--|--|
| | |
|--|--|
- abus de drogue
- | | |
|--|--|
| | |
|--|--|
- 19 Parmi ces traitements, combien étaient des cures de désintoxication seulement?
- alcool
- | | |
|--|--|
| | |
|--|--|
- drogue
- | | |
|--|--|
| | |
|--|--|
- 20 Au cours des 30 derniers jours, combien d'argent estimez-vous avoir dépensé pour:
- alcool
- | | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|
- drogues
- | | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|
- 21 Combien de jours avez-vous été traité en externe pour des problèmes d'alcool ou de drogues au cours des 30 derniers jours (y compris NA, AA)?
- | | |
|--|--|
| | |
|--|--|

- 22 Au cours des 30 derniers jours, combien de journées avez-vous éprouvé des:
- problèmes d'alcool
- | | |
|--|--|
| | |
|--|--|
- problèmes de drogue
- | | |
|--|--|
| | |
|--|--|
- Questions 23 et 24 : demander au bénéficiaire d'utiliser l'échelle d'évaluation subjective.
- 23 Au cours des 30 derniers jours, dans quelle mesure avez-vous été perturbé ou préoccupé par des:
- problèmes d'alcool
- | |
|--|
| |
|--|
- problèmes de drogue
- | |
|--|
| |
|--|
- 24 Dans quelle mesure est-il important pour vous, maintenant, d'avoir un traitement pour ces:
- problèmes d'alcool
- | |
|--|
| |
|--|
- problèmes de drogue
- | |
|--|
| |
|--|
- Évaluation de gravité par l'interviewer
- 25 Comment évaluez-vous son besoin de traitement pour:
- abus d'alcool
- | |
|--|
| |
|--|
- abus de drogue
- | |
|--|
| |
|--|
- Évaluation de confiance
- Les renseignements ci-dessus sont-ils considérablement déformés:
- 26 Volontairement par le bénéficiaire? 0 - Non 1 - Oui
- | |
|--|
| |
|--|
- 27 Par son incapacité de comprendre? 0 - Non 1 - Oui
- | |
|--|
| |
|--|

Carte 4

- 28 De quand date votre dernière consommation? _____
- 29 Quelle a été votre consommation habituelle au cours des trois derniers mois (produits + quantité)? _____
- 30 Est-ce que vous prenez des drogues injectables? _____

COMMENTAIRES

N.D.

--	--	--	--	--

ÉTAT MÉDICAL

1 Combien de fois dans votre vie avez-vous été hospitalisé pour des problèmes médicaux? (Y compris surdosage et delirium tremens; excepté désintox.)

2 Combien de temps s'est écoulé depuis votre dernière hospitalisation pour un problème physique? années mois

3 Avez-vous un problème médical chronique qui continue de perturber votre vie?
0 - Non 1 - Oui

4 Prenez-vous régulièrement un médicament prescrit pour un problème physique?
0 - Non 1 - Oui

6 Au cours des 30 derniers jours, combien de journées avez-vous éprouvé des problèmes médicaux?

Questions 7 et 8 : demandez au bénéficiaire d'utiliser l'échelle d'évaluation subjective.

7 Dans quelle mesure avez-vous été perturbé ou préoccupé par ces problèmes médicaux pendant les 30 derniers jours?

8 Dans quelle mesure est-il important pour vous maintenant de recevoir un traitement pour ces problèmes médicaux?

Évaluation de gravité par l'interviewer

9 Comment évaluez-vous son besoin d'un traitement médical?

Évaluation de confiance

Les renseignements ci-dessus sont-ils considérablement déformés:

10 Volontairement par le bénéficiaire? 0 - Non 1 - Oui

11 Par son incapacité de comprendre? 0 - Non 1 - Oui

COMMENTAIRES

N.D.

--	--	--	--	--

RELATIONS FAMILIALES / SOCIALES

- 1 État civil
 1 - Marié 5 - Séparé
 2 - Conjoint de fait 6 - Divorcé
 3 - Remarié 7 - Célibataire
 4 - Veuf

- 2 Depuis combien de temps avez-vous cet état civil? (Depuis l'âge de 18 ans, si vous n'avez jamais été marié.)
- | | |
|--------|------|
| années | mois |
| | |

- 3 Êtes-vous satisfait de cette situation?
 0 - Non
 1 - Indifférent
 2 - Oui

- 4 Conditions de vie habituelles
- | | | |
|--------------------------------------|-------------------|--------------------------|
| 1 - avec conjoint et enfants | Actual-
lement | 3
dernières
années |
| 2 - avec conjoint seulement | | |
| 3 - avec enfants seulement | | |
| 4 - avec parents | | |
| 5 - avec famille | | |
| 6 - avec amis | | |
| 7 - seul | | |
| 8 - milieu institutionnel | | |
| 9 - pas de conditions de vie stables | | |

- 5 Depuis combien de temps vivez-vous dans ces conditions? (Depuis l'âge de 18 ans, si vous vivez avec vos parents ou votre famille.)
- | | |
|--------|------|
| années | mois |
| | |

- 6 Êtes-vous satisfait de ces conditions de vie?
 0 - Non 2 - Oui
 1 - Indifférent

- 7 Avec qui passez-vous la plupart de votre temps libre?
 1 - Famille 3 - Seul(e)
 2 - Amis

- 8 Êtes-vous satisfait de cette façon de passer votre temps libre?
 0 - Non
 1 - Indifférent
 2 - Oui

- 9 Combien d'amis intimes avez-vous?

--	--

- 10 Au cours des 30 derniers jours, combien de journées avez-vous été en conflit grave:

- A) avec votre famille

--	--

 B) avec d'autres personnes (à l'exception de la famille).

--	--

Avez-vous eu des périodes importantes pendant lesquelles vous avez éprouvé de graves problèmes avec:

0 - Non 1 - Oui

- | | 30
derniers
jours | Dans
votre
vie |
|---|-------------------------|----------------------|
| 11 Mère | | |
| 12 Père | | |
| 13 Frères/sœurs | | |
| 14 Conjoint/époux | | |
| 15 Enfants | | |
| 16 Autres parents importants à vos yeux | | |
| 17 Amis intimes | | |
| 18 Voisins | | |
| 19 Camarades de travail | | |

Question 20-23 : demandez au bénéficiaire d'utiliser l'échelle d'évaluation subjective

Dans quelle mesure avez-vous été perturbé ou préoccupé, pendant les 30 derniers jours, par ces :

- 20 problèmes familiaux?

--

 21 problèmes sociaux?

--

Dans quelle mesure est-il important pour vous d'avoir un traitement ou de l'aide pour ces :

- 22 problèmes familiaux?

--

- 23 problèmes sociaux?

--

Évaluation de gravité par l'interviewer

- 24 Comment évaluez-vous son besoin de counseling familial et/ou social?

--

Évaluation de confiance

Les renseignements ci-dessus sont-ils considérablement déformés:

- 25 Volontairement par le bénéficiaire? 0 - Non 1 - Oui

--

- 26 Par son incapacité de comprendre? 0 - Non 1 - Oui

--

Carte 6

- 27 Nombre d'enfants

--	--

- 28 Age des enfants _____

- 29 Nombre de frères

--	--

 Nombre de sœurs

--	--

- 30 Est-ce que d'autres personnes de votre entourage ont des problèmes de consommation? _____

COMMENTAIRES

N.D.

--	--	--	--	--

ÉTAT PSYCHOLOGIQUE

1 Combien de fois avez-vous été traité pour des problèmes psychologiques ou émotionnels?
dans un hôpital

en clinique externe ou en pratique privée

Avez-vous eu une période importante (ne résultant pas de la consommation de drogue ou d'alcool) au cours de laquelle vous avez:
0 - Non 1 - Oui

- 3 eu une dépression grave
- 4 souffert d'une anxiété ou d'une tension grave
- 5 connu des hallucinations
- 6 eu des difficultés à comprendre, à vous concentrer ou à vous rappeler
- 7 éprouvé des difficultés à réprimer un comportement violent
- 8 eu de sérieuses idées de suicide
- 9 tenté de vous suicider
- 10 pris un médicament prescrit pour un problème psychologique ou émotionnel?

30 Date derniers votre jours vie

11 Au cours des 30 derniers jours, pendant combien de journées avez-vous éprouvé ces problèmes psychologiques ou émotionnels?

--	--

Questions 12 et 13 : demandez au bénéficiaire d'utiliser l'échelle d'évaluation subjective

12 Au cours des 30 derniers jours, dans quelle mesure avez-vous été perturbé ou préoccupé par ces problèmes psychologiques ou émotionnels?

--

13 Dans quelle mesure est-il important pour vous, maintenant, d'avoir un traitement pour ces problèmes psychologiques?

--

Les items suivants sont à compléter par l'interviewer

Au moment de la présente entrevue, le bénéficiaire est :
0 - Non 1 - Oui

- 14 En phase de dépression/retrait

--
- 15 Visiblement hostile

--
- 16 Visiblement anxieux/nerveux

--

17 Le bénéficiaire a des difficultés à évaluer objectivement la situation, il a des troubles de l'idéation, une pensée paranoïde.

--

18 Il a des difficultés à comprendre, à se concentrer et à se souvenir.

--

19 Il a des pensées suicidaires

--

Évaluation de gravité par l'interviewer

20 Comment évaluez-vous son besoin d'un traitement psychiatrique/psychologique?

--

Évaluation de confiance

Les renseignements ci-dessus sont-ils considérablement déformés:

21 Volontairement par le bénéficiaire
0 - Non 1 - Oui

--

22 Par son incapacité de comprendre
0 - Non 1 - Oui

--

Carte 7

COMMENTAIRES

EMPLOI/RESSOURCES

<p>① Nombre d'années d'étude <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>② Formation ou études techniques <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>3 Avez-vous une profession ou un métier? 0 - Non <input type="checkbox"/> 1 - Oui _____ Précisez _____</p> <p>④ Avez-vous un permis de conduire valide? 0 - Non 1 - Oui <input type="checkbox"/></p> <p>⑤ Pouvez-vous disposer d'une automobile?(Sans permis de conduire valide, répondez Non.) 0 - Non 1 - Oui <input type="checkbox"/></p> <p>6 Quelle a été la durée de votre plus long emploi régulier? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>⑦ Occupation habituelle (ou dernière occupation) _____ Précisez _____</p> <p>⑧ Quelqu'un d'autre contribue-t-il à vous supporter financièrement d'une manière ou d'une autre? 0 - Non 1 - Oui <input type="checkbox"/></p> <p>⑨ (Si oui à la question 8.) Cela constitue-t-il la partie principale de vos ressources financières? 0 - Non 1 - Oui <input type="checkbox"/></p>	<p>10 Type d'emploi habituel au cours des trois dernières années: <input type="checkbox"/></p> <p>1 - Plein temps (32 heures/semaine) 2 - Temps partiel (heures régulières) 3 - Temps partiel (heures irrégulières, travail à la journée) 4 - Étudiant 5 - Retraite/invalidité 6 - Chômage 7 - En milieu institutionnel 8 - B.E.S. 9 - Au foyer</p> <p>⑪ Combien de journées de travail avez-vous été payé au cours des 30 derniers jours (y compris travail au noir)? <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Combien d'argent avez-vous reçu des sources suivantes au cours des 30 derniers jours?</p> <p>⑫ Emploi (revenu net) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>⑬ Prestations de chômage <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>⑭ Bien-être social <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>⑮ Pension, prestations CSST, RRQ, RAAQ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>⑯ Conjoint, famille ou amis (dépenses personnelles) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>⑰ Illégal <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p>⑱ Combien de personnes dépendent de vous pour la plus grande partie de leurs besoins (nourriture, logement, etc.)? <input type="text"/></p> <p>⑲ Combien de journées avez-vous eu des problèmes d'emploi au cours des 30 derniers jours? <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p><i>Question 20 et 21 : demandez au bénéficiaire d'utiliser l'échelle d'évaluation subjective.</i></p> <p>⑳ Dans quelle mesure avez-vous été perturbé ou préoccupé par ces problèmes d'emploi au cours des 30 derniers jours? <input type="text"/></p> <p>㉑ Dans quelle mesure est-il important pour vous, maintenant, de recevoir de l'aide pour ces problèmes d'emploi? <input type="text"/></p> <p><i>Évaluation de gravité par l'interviewer</i></p> <p>㉒ Dans quelle mesure estimez-vous que le bénéficiaire a besoin de counseling d'emploi? <input type="text"/></p> <p><i>Évaluation de confiance</i></p> <p>Les renseignements ci-dessus sont-ils considérablement déformés:</p> <p>㉓ Volontairement par le bénéficiaire? 0 - Non 1 - Oui <input type="checkbox"/></p> <p>㉔ Par son incapacité de comprendre? 0 - Non 1 - Oui <input type="checkbox"/></p>
Carte 2		
<p>25 Cette demande a-t-elle été provoquée ou exigée par votre employeur? <input type="checkbox"/> 0 - Non 1 - Oui</p> <p>26 Quel est le montant de vos dettes? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>27 Avez-vous perdu un ou plusieurs emplois à cause de la consommation de drogues ou d'alcool? <input type="checkbox"/> 0 - Non 1 - Oui</p>		

COMMENTAIRES

ANNEXE 4

GRILLE UTILISÉE POUR

L'ÉTUDE D'ÉQUIVALENCE DE LA VERSION FRANÇAISE DE

L'ADDICTION SEVERITY INDEX

ÉTUDE D'ÉQUIVALENCE DE LA VERSION FRANÇAISE DE L'ADDICTION SEVERITY INDEX

par Jacques Bergeron
Département de psychologie
Université de Montréal

Vous trouverez dans les pages suivantes un certain nombre d'énoncés tirés du questionnaire Addiction Severity Index de McLellan *et al.* (1980). Il s'agit d'un instrument d'évaluation de la gravité des problèmes reliés à la consommation de drogues et d'alcool. Ce questionnaire a été traduit en français par le Centre de réadaptation Domrémy-Montréal, et cette version française fait présentement l'objet d'une série d'études de validation pour le compte du Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Comme étape préliminaire aux études des qualités psychométriques du questionnaire, nous faisons appel à vos services dans le but de déterminer dans quelle mesure la traduction de Domrémy-Montréal est une version équivalente de la version originale anglaise. C'est pourquoi nous vous présentons les deux versions côte à côte dans les pages suivantes, et vous demandons de porter un jugement sur la qualité de la traduction française de chacun des énoncés en vous servant de l'échelle 1...2...3...4 imprimée à droite de l'énoncé.

La signification de cette échelle est la suivante :

- 1 - Traduction excellente
- 2 - Traduction de bonne qualité, équivalente à la version originale anglaise
- 3 - Traduction faible, pas tout à fait exacte
- 4 - Traduction franchement inexacte

Veillez indiquer votre jugement sur la qualité de la traduction de chaque énoncé en encerclant le chiffre correspondant à votre choix. Deuxièmement, si vous jugez qu'une traduction est faible (choix no 3) ou franchement inexacte (choix no 4), rayez le ou les mot(s) inapproprié(s) de la version française et remplacez-le(s) par l'(les) expression(s) exacte(s). Par ailleurs, n'hésitez pas à nous faire part de tout autre commentaire ou suggestion susceptible d'améliorer la traduction (s'il y a lieu).

Vous n'avez pas à vous préoccuper de la numérotation des énoncés. Certains ont d'ailleurs été omis, comme dans le cas d'adaptations à des réalités légales ou institutionnelles propres au Canada ou au Québec (Exemples : prestations de la CSST ; particularités du code criminel).

<u>Drug / Alcohol use</u>		<u>Drogue / Alcool</u>				
01	Alcohol - Any use at all	Alcool - Toute utilisation	1	2	3	4
02	Alcohol - To intoxication	Alcool - Jusqu'à intoxication	1	2	3	4
03	Heroin	Héroïne	1	2	3	4
04	Methadone	Méthadone	1	2	3	4
05	Other opiates / analgesics	Autres opiacés / analgésiques	1	2	3	4
06	Barbiturates	Barbituriques	1	2	3	4
07	Other sed. / hyp. / tranq.	Autres séd. / hyp. / tranq.	1	2	3	4
08	Cocaine	Cocaïne	1	2	3	4
09	Amphetamines	Amphétamines	1	2	3	4
10	Cannabis	Cannabis	1	2	3	4
11	Hallucinogens	Hallucinogènes	1	2	3	4
12	Inhalants	Inhalants	1	2	3	4
13	More than one substance per day (Incl. alcohol).	Plus d'une substance par jour (y compris l'alcool).	1	2	3	4
14	Which substance is the major problems?	Quelle substance pose le problème principal?	1	2	3	4
15	How long was your last period of voluntary abstinence from this major substance?	Quelle a été la durée de votre dernière période d'abstinence volontaire de cette substance principale?	1	2	3	4
16	How many months ago did this abstinence end?	Depuis combien de mois cette abstinence a-t-elle cessé?	1	2	3	4
17	a) How many times have you :	Combien de fois avez-vous eu :	1	2	3	4
	b) Had alcohol d.t.'s	un delirium tremens (alcool)	1	2	3	4
	c) Overdosed on drugs	un surdosage (drogue)	1	2	3	4
18	a) How many times in your life have you been treated for :	Combien de fois dans votre vie avez-vous été traité pour :	1	2	3	4
	b) Alcohol Abuse	abus d'alcool	1	2	3	4
	c) Drug Abuse	abus de drogue	1	2	3	4
19	a) How many of these were detox only?	Parmi ces traitements, combien étaient des cures de désintoxication seulement?	1	2	3	4
	b) Alcohol	alcool	1	2	3	4
	c) Drug	drogue	1	2	3	4
20	a) How much would you say you spent during th past 30 days on :	Au cours des 30 derniers jours, combien d'argent estimez-vous avoir dépensé pour :	1	2	3	4
	b) Alcohol	alcool	1	2	3	4
	c) Drugs	drogues	1	2	3	4

21	How many days have you been treated in an outpatient setting for alcohol or drugs in the past 30 days :	Combien de jours avez-vous été traité en externe pour des problèmes d'alcool ou de drogues au cours des 30 derniers jours?	1	2	3	4
22	a) How many days in the past 30 have you experienced :	Au cours des 30 derniers jours, combien de journées avez-vous éprouvé des :	1	2	3	4
	b) Alcohol Problems	problèmes d'alcool	1	2	3	4
	c) Drug Problems	problèmes de drogue	1	2	3	4
	FOR QUESTIONS 23 & 24 PLEASE ASK PATIENT TO USE THE PATIENT'S RATING SCALE	QUESTIONS 23 et 24 : DEMANDER AU BÉNÉFICIAIRE D'UTILISER L'ÉCHELLE D'ÉVALUATION SUBJECTIVE				
23	a) How troubled or bothered have you been in the past 30 days by these :	Au cours des 30 derniers jours, dans quelle mesure avez-vous été perturbé ou préoccupé par des :	1	2	3	4
	b) Alcohol Problems	problèmes d'alcool	1	2	3	4
	c) Drug Problems	problèmes de drogue	1	2	3	4
24	a) How important to you now is treatment for these :	Dans quelle mesure est-il important pour vous, maintenant, d'avoir un traitement pour ces :	1	2	3	4
	b) Alcohol Problems	problèmes d'alcool	1	2	3	4
	c) Drug Problems	problèmes de drogue	1	2	3	4
	INTERVIEWER SEVERITY RATING	ÉVALUATION DE GRAVITÉ PAR L'INTERVIEWER				
25	a) How would you rate the patient's need for treatment for :	Comment évaluez-vous son besoin de traitement pour :	1	2	3	4
	b) Alcohol Abuse	abus d'alcool	1	2	3	4
	c) Drug Abuse	abus de drogue	1	2	3	4
	CONFIDENCE RATINGS	ÉVALUATION DE CONFIANCE				
	d) Is the above information significantly distorted by :	Les renseignements ci-dessus sont-ils considérablement déformés :	1	2	3	4
26	Patient's misrepresentation? 0 - No 1 - Yes	Volontairement par le bénéficiaire? 0 - Non 1 - Oui	1	2	3	4
27	Patient's inability to understand? 0 - No 1 - Yes	Par son incapacité de comprendre? 0 - Non 1 - Oui	1	2	3	4

	<u>Medical Status</u>	<u>État médical</u>				
01	How many times in your life have you been hospitalized for medical problems?	Combien de fois dans votre vie avez-vous été hospitalisé pour les problèmes médicaux?	1	2	3	4
02	How long ago was your last hospitalization for a physical problem?	Combien de temps s'est écoulé depuis votre dernière hospitalisation pour un problème physique?	1	2	3	4
03	Do you have any chronic medical problems which continue to interfere with your life? 0 - No 1 - Yes	Avez-vous un problème médical chronique qui continue de perturber votre vie? 0 - Non 1 - Oui	1	2	3	4
04	Are you taking any prescribed medication on a regular basis for a physical problem? 0 - No 1 - Yes	Prenez-vous régulièrement un médicament prescrit pour un problème physique? 0 - Non 1 - Oui	1	2	3	4
06	How many days have you experienced medical problems in the past 30?	Au cours des 30 derniers jours, combien de journées avez-vous éprouvé des problèmes médicaux?	1	2	3	4
	FOR QUESTIONS 7 & 8 PLEASE ASK PATIENT TO USE THE PATIENT'S RATING SCALE.	QUESTIONS 7 ET 8 : DEMANDEZ AU BÉNÉFICIAIRE D'UTILISER L'ÉCHELLE D'ÉVALUATION SUBJECTIVE.				
07	How troubled or bothered have you been by these medical problems in the past 30 days?	Dans quelle mesure avez-vous été perturbé ou préoccupé par ces problèmes médicaux pendant les 30 derniers jours?	1	2	3	4
08	How important to you now is treatment for these medical problems?	Dans quelle mesure est-il important pour vous maintenant de recevoir un traitement pour ces problèmes médicaux?	1	2	3	4
	INTERVIEWER SEVERITY RATING	ÉVALUATION DE GRAVITÉ PAR L'INTERVIEWER				
09	a) How would you rate the patient's need for medical treatment?	Comment évaluez-vous son besoin d'un traitement médical?	1	2	3	4
	CONFIDENCE RATINGS	ÉVALUATION DE CONFIANCE				
	b) Is the above information significantly distorted by :	Les renseignements ci-dessus sont-ils considérablement déformés :	1	2	3	4
10	Patient's misrepresentation? 0 - No 1 - Yes	Volontairement par le bénéficiaire? 0 - Non 1 - Oui	1	2	3	4
11	Patient's inability to understand? 0 - No 1 - Yes	Par son incapacité de comprendre? 0 - Non 1 - Oui	1	2	3	4

Family / Social RelationshipsRelations familiales / sociales

01	a) Marital Status	État civil	1	2	3	4
	b) 1 - Married	1 - Marié	1	2	3	4
	c) 2 - Remarried	2 - Remarié	1	2	3	4
	d) 3 - Widowed	3 - Veuf	1	2	3	4
	e) 4 - Separated	4 - Séparé	1	2	3	4
	f) 5 - Divorced	5 - Divorcé	1	2	3	4
	g) 6 - Never Married	6 - Célibataire	1	2	3	4
02	How long have you been in this marital status?	Depuis combien de temps avez-vous cet état civil?	1	2	3	4
03	Are you satisfied with this situation?	Etes-vous satisfait de cette situation?	1	2	3	4
	0 - No	0 - Non				
	1 - Indifferent	1 - Indifférent				
	2 - Yes	2 - Oui				
04	a) Usual living arrangements	Conditions de vie habituelles	1	2	3	4
	b) 1 - With sexual partner and children	1 - avec conjoint et enfants	1	2	3	4
	c) 2 - With sexual partner alone	2 - avec conjoint seulement	1	2	3	4
	d) 3 - With parents	3 - avec parents	1	2	3	4
	e) 4 - With family	4 - avec famille	1	2	3	4
	f) 5 - With friends	5 - avec amis	1	2	3	4
	g) 6 - Alone	6 - seul	1	2	3	4
	h) 7 - Controlled environment	7 - milieu institutionnel	1	2	3	4
	i) 8 - No stable arrangements	8 - pas de conditions de vie stables	1	2	3	4
05	How long have you lived in these arrangements.	Depuis combien de temps vivez-vous dans ces conditions?	1	2	3	4
06	Are you satisfied with these living arrangements?	Etes-vous satisfait de ces conditions de vie?	1	2	3	4
	0 - No	0 - Non				
	1 - Indifferent	1 - Indifférent				
	2 - Yes	2 - Oui				
07	a) With whom do you spend most of your free time :	Avec qui passez-vous la plupart de votre temps libre?	1	2	3	4
	b) 1 - Family	1 - Famille	1	2	3	4
	c) 2 - Friends	2 - Amis	1	2	3	4
	d) 3 - Alone	3 - Seul(e)	1	2	3	4
08	Are you satisfied with spending your free time this way?	Etes-vous satisfait de cette façon de passer votre temps libre?	1	2	3	4
	0 - No	0 - Non				
	1 - Indifferent	1 - Indifférent				
	2 - Yes	2 - Oui				
09	How many close friends do you have?	Combien d'amis intimes avez-vous?	1	2	3	4

10	a) How many days in the past 30 have you had serious conflicts :	Au cours des 30 derniers jours, combien de journées avez-vous été en conflit grave :	1	2	3	4
	b) A - with your family?	A - avec votre famille	1	2	3	4
	c) B - with other people?	B - avec d'autres personnes	1	2	3	4
	d) Have you had <u>significant</u> periods in which you have experienced <u>serious</u> problems with :	Avez-vous eu des périodes importantes pendant lesquelles vous avez éprouvé de graves problèmes avec :	1	2	3	4
	0 - No 1 - Yes	0 - Non 1 - Oui				
11	Mother	Mère	1	2	3	4
12	Father	Père	1	2	3	4
13	Brother / Sisters	Frères / soeurs	1	2	3	4
14	Sexual partner / spouse	Conjoint / époux	1	2	3	4
15	Children	Enfants	1	2	3	4
16	Other significant family ____	Autres parents importants à vos yeux ____	1	2	3	4
17	Close friends	Amis intimes	1	2	3	4
18	Neighbors	Voisins	1	2	3	4
19	a) Co-workers	Camarades de travail	1	2	3	4
	FOR QUESTIONS 20-23 PLEASE ASK PATIENT TO USE THE PATIENT'S RATING SCALE	QUESTION 20-23 : DEMANDEZ AU BÉNÉFICIAIRE D'UTILISER L'ÉCHELLE D'ÉVALUATION SUBJECTIVE				
	b) How troubled or bothered have you been in the past 30 days by these :	Dans quelle mesure avez-vous été perturbé ou préoccupé, pendant les 30 derniers jours, par ces :	1	2	3	4
20	Family problems?	problèmes familiaux?	1	2	3	4
21	a) Social problems?	problèmes sociaux?	1	2	3	4
	b) How important to you now is treatment or counseling for these :	Dans quelle mesure est-il important pour vous d'avoir un traitement ou de l'aide pour ces :	1	2	3	4
22	Family problems?	problèmes familiaux?	1	2	3	4
23	Social problems?	problèmes sociaux?	1	2	3	4
	INTERVIEWER SEVERITY RATING	ÉVALUATION DE GRAVITÉ PAR L'INTERVIEWER				
24	a) How would you rate the patient's need for family and/or social counseling?	Comment évaluez-vous son besoin de counseling familial et/ou social?	1	2	3	4
	CONFIDENCE RATINGS	ÉVALUATION DE CONFIANCE				
	b) Is the above information significantly distorted by :	Les renseignements ci-dessus sont-ils considérablement déformés :	1	2	3	4

25	Patient's misrepresentation?	Volontairement par le bénéficiaire?	1	2	3	4
	0 - No 1 - Yes	0 - Non 1 - Oui				
26	Patient's inability to understand?	Par son incapacité de comprendre?	1	2	3	4
	0 - No 1 - Yes	0 - Non 1 - Oui				

<u>Psychological Status</u>		<u>État psychologique</u>				
01	a) How many times have you been treated for any psychological or emotional problems?	Combien de fois avez-vous été traité pour des problèmes psychologiques ou émotionnels?	1	2	3	4
	b) In a hospital	dans un hôpital	1	2	3	4
	c) As an Opt. or Priv. patient	en clinique externe ou en pratique privée	1	2	3	4
	d) Have you had a significant period, (that was not a direct result of drug/alcohol use), in which you have :	Avez-vous eu une période importante (ne résultant pas de la consommation de drogue ou d'alcool) au cours de laquelle vous avez :	1	2	3	4
	0 - No 1 - Yes	0 - Non 1 - Oui				
03	Experienced serious depression	eu une dépression grave	1	2	3	4
04	Experienced serious anxiety or tension	souffert d'une anxiété ou d'une tension grave	1	2	3	4
05	Experienced hallucinations	connu des hallucinations	1	2	3	4
06	Experienced trouble understanding, concentrating or remembering.	eu des difficultés à comprendre, à vous concentrer ou à vous rappeler	1	2	3	4
07	Experienced trouble controlling violent behavior	éprouvé des difficultés à réprimer un comportement violent	1	2	3	4
08	Experienced serious thoughts of suicide	eu de sérieuses idées de suicide	1	2	3	4
09	Attempted suicide	tenté de vous suicider	1	2	3	4
10	Have you taken prescribed medication for any psychological/emotional problem	pris un médicament prescrit pour un problème psychologique ou émotionnel?	1	2	3	4
11	How many days in the past 30 have you experienced these psychological or emotional problems?	Au cours des 30 derniers jours, pendant combien de journées avez-vous éprouvé ces problèmes psychologiques ou émotionnels?	1	2	3	4
	FOR QUESTIONS 12 & 13 PLEASE ASK PATIENT TO USE THE PATIENT'S RATING SCALE	QUESTIONS 12 et 13 : DEMANDEZ AU BÉNÉFICIAIRE D'UTILISER L'ÉCHELLE D'ÉVALUATION SUBJECTIVE				
12	How much have you been troubled or bothered by these psychological or emotional problems in the past 30 days?	Au cours des 30 derniers jours, dans quelle mesure avez-vous été perturbé ou préoccupé par ces problèmes psychologiques ou émotionnels?	1	2	3	4
13	a) How important to you now is treatment for these psychological problems?	Dans quelle mesure est-il important pour vous, maintenant, d'avoir un traitement pour ces problèmes psychologiques?	1	2	3	4
	THE FOLLOWING ITEMS ARE TO BE COMPLETED BY THE INTERVIEWER	LES ITEMS SUIVANTS SONT A COMPLÉTER PAR L'INTERVIEWER				
	b) At the time of this interview, is patient :	Au moment de la présente entrevue, le bénéficiaire est :	1	2	3	4
	0 - No 1 - Yes	0 - Non 1 - Oui				
14	Obviously depressed / withdrawn	En phase de dépression / retrait	1	2	3	4
15	Obviously hostile	Visiblement hostile	1	2	3	4

16	Obviously anxious / nervous	Visiblement anxieux / nerveux	1	2	3	4
17	Having trouble with reality testing, thought disorders, paranoid thinking	Le bénéficiaire a des difficultés à évaluer objectivement la situation, il a des troubles de l'idéation, une pensée paranoïde.	1	2	3	4
18	Having trouble comprehending, concentrating, remembering.	Il a des difficultés à comprendre, à se concentrer et à se souvenir.	1	2	3	4
19	Having suicidal thoughts	Il a des pensées suicidaires	1	2	3	4
	INTERVIEWER SEVERITY RATING	ÉVALUATION DE GRAVITÉ PAR L'INTERVIEWER				
20	a) How would you rate the patient's need for psychiatric / psychological treatment?	Comment évaluez-vous son besoin d'un traitement psychiatrique / psychologique?	1	2	3	4
	CONFIDENCE RATINGS	ÉVALUATION DE CONFIANCE				
	b) Is the above information significantly distorted by :	Les renseignements ci-dessus sont-ils considérablement déformés :	1	2	3	4
21	Patient's misrepresentations? 0 - No 1 - Yes	Volontairement par le bénéficiaire 0 - Non 1 - Oui	1	2	3	4
22	Patient's inability to understand? 0 - No 1 - Yes	Par son incapacité de comprendre 0 - Non 1 - Oui	1	2	3	4

	<u>Employment / Support status</u>	<u>Emploi / Ressources</u>				
03	Do you have a profession, trade or skill? 0 - No 1 - Yes _____ (specify)	Avez-vous une profession ou un métier? 0 - Non 1 - Oui _____ (précisez)	1	2	3	4
04	Do you have a valid driver's license? 0 - No 1 - Yes	Avez-vous un permis de conduire valide? 0 - Non 1 - Oui	1	2	3	4
05	Do you have an automobile available for your use? 0 - No 1 - Yes	Pouvez-vous disposer d'une automobile? 0 - Non 1 - Oui	1	2	3	4
07	Usual (or last) occupation. Specify in detail _____	Occupation habituelle (ou dernière occupation) Précisez _____	1	2	3	4
08	Does someone contribute to your support in any way? 0 - No 1 - Yes	Quelqu'un d'autre contribue-t-il à vous supporter financièrement d'une manière ou d'une autre? 0 - Non 1 - Oui	1	2	3	4
09	(ONLY IF ITEM 8 IS YES) Does this constitute the majority of your support? 0 - No 1 - Yes	(Si oui à la question 8) Cela constitue-t-il la partie principale de vos ressources financières? 0 - Non 1 - Oui	1	2	3	4
10	a) Usual employment pattern, past 3 years.	Type d'emploi habituel au cours des trois dernières années :	1	2	3	4
	b) 1 - full time	1 - Plein temps	1	2	3	4
	c) 2 - part time (reg. hrs)	2 - Temps partiel (heures régulières)	1	2	3	4
	d) 3 - part time (irreg., daywork)	3 - Temps partiel (heures irrégulières, travail à la journée)	1	2	3	4
	e) 4 - student	4 - Étudiant	1	2	3	4
	f) 6 - retired / disability	6 - Retraite / invalidité	1	2	3	4
	g) 7 - unemployed	7 - Chômage	1	2	3	4
	h) 8 - in controlled environment	8 - En milieu institutionnel	1	2	3	4
11	a) How many days were you paid for working in the past 30? (include "under the table" work)	Combien de journées de travail avez-vous été payé au cours des 30 derniers jours? (y compris travail au noir)	1	2	3	4
	b) How much money did you receive from the following sources in the past 30 days?	Combien d'argent avez-vous reçu des sources suivantes au cours des 30 derniers jours?	1	2	3	4
12	Employment (net income)	Emploi (revenu net)	1	2	3	4
13	Unemployment compensation	Prestations de chômage	1	2	3	4
16	Mate, family or friends (Money for personal expenses).	Conjoint, famille ou amis (dépenses personnelles)	1	2	3	4
17	Illegal	Illégal	1	2	3	4

18	How many people depend on you for the majority of their food, shelter, etc.?	Combien de personnes dépendent de vous pour la plus grande partie de leurs besoins (nourriture, logement, etc.)?	1	2	3	4
19	a) How many days have you experienced employment problems in the past 30?	Combien de journées avez-vous eu des problèmes d'emploi au cours des 30 derniers jours?	1	2	3	4
	b) FOR QUESTIONS 20 & 21 PLEASE ASK PATIENT TO USE THE PATIENT'S RATING SCALE	QUESTIONS 20 et 21 : DEMANDEZ AU BÉNÉFICIAIRE D'UTILISER L'ÉCHELLE D'ÉVALUATION SUBJECTIVE.	1	2	3	4
20	How troubled or bothered have you been by these employment problems in the past 30 days?	Dans quelle mesure avez-vous été perturbé ou préoccupé par ces problèmes d'emploi au cours des 30 derniers jours?	1	2	3	4
21	How important to you now is counseling for these employment problems?	Dans quelle mesure est-il important pour vous, maintenant, de recevoir de l'aide pour ces problèmes d'emploi?	1	2	3	4
	INTERVIEWER SEVERITY RATING	ÉVALUATION DE GRAVITÉ PAR L'INTERVIEWER				
22	a) How would you rate the patient's need for employment counseling?	Dans quelle mesure estimez-vous que le bénéficiaire a besoin de counseling d'emploi?	1	2	3	4
	CONFIDENCE RATINGS	ÉVALUATION DE CONFIANCE				
	b) Is the above information significantly distorted by :	Les renseignements ci-dessus sont-ils considérablement déformés :	1	2	3	4
23	Patient's misrepresentation? 0 - No 1 - Yes	Volontairement par le bénéficiaire? 0 - Non 1 - Oui	1	2	3	4
24	Patient's inability to understand? 0 - No 1 - Yes	Par son incapacité de comprendre? 0 - Non 1 - Oui	1	2	3	4

<u>Legal Status</u>		<u>Situation légale</u>				
01	Was this admission prompted or suggested by the criminal justice system (judge, probation / parole officer, etc.)? 0 - No 1 - Yes	Cette admission a-t-elle été provoquée ou suggérée par le système judiciaire (juge, agent de probation ou de libération conditionnelle, etc.)? 0 - Non 1 - Oui	1	2	3	4
02	a) Are you on probation or parole? b) How many times in your life have you been arrested and charged with the following criminal offenses :	Etes-vous en période de probation ou de libération conditionnelle? Combien de fois dans votre vie avez-vous été arrêté et inculqué des délits et crimes suivants :	1	2	3	4
15	a) How many of these charges resulted in convictions? b) How many times in your life have you been charged with the following :	Combien de ces inculpations ont entraîné une condamnation? Combien de fois dans votre vie avez-vous fait l'objet d'une des inculpations suivantes?	1	2	3	4
16	Disorderly conduct, vagrancy, public intoxication	Désordre, vagabondage, ivresse publique	1	2	3	4
17	Driving while intoxicated	Conduite en état d'ivresse	1	2	3	4
18	Major driving violations (reckless driving, speeding, no license, etc.).	Autres infractions majeures au Code de la route (conduite dangereuse, excès de vitesse, défaut de permis, etc.).	1	2	3	4
19	How many months were you incarcerated in your life?	Combien de mois avez-vous été détenu dans votre vie?	1	2	3	4
20	How long was your last incarceration?	Combien de temps a duré votre dernière détention?	1	2	3	4
21	What was it for? (Use code 3-14, 16-18. If multiple charges, code most severe)	Pour quelle raison étiez-vous détenu? Servez-vous du code 3-14, 16-18. En cas d'inculpations multiples, codez la plus grave)	1	2	3	4
22	Are you presently awaiting charges, trial or sentence? 0 - No 1 - Yes	Etes-vous en instance d'inculpations, de procès ou d'une sentence? 0 - Non 1 - Oui	1	2	3	4
23	What for? (If multiple charges, use most severe)	Pour quel motif? (Si plusieurs motifs, notez le plus grave).	1	2	3	4
24	How many days in the past 30 were you detained or incarcerated?	Au cours des 30 derniers jours, combien de journées avez-vous été détenu?	1	2	3	4
25	How many days in the past 30 have you engaged in illegal activities for profit?	Au cours des 30 derniers jours, combien de journées avez-vous eu des activités illégales en vue d'en tirer profit?	1	2	3	4
	FOR QUESTIONS 26 & 27 PLEASE ASK PATIENT TO USE THE PATIENT'S RATING SCALE	QUESTIONS 26 et 27 : DEMANDEZ AU BÉNÉFICIAIRE D'UTILISER L'ÉCHELLE D'ÉVALUATION SUBJECTIVE				
26	How serious do you feel your present legal problems are? (Exclude civil problems)	Dans quelle mesure pensez-vous que vos problèmes légaux actuels sont graves? (Exclure les problèmes civils)	1	2	3	4

27	How important to you now is counseling or referral for these legal problems?	Dans quelle mesure est-il important pour vous, maintenant, d'avoir de l'aide ou une consultation pour ces problèmes légaux?	1	2	3	4
	INTERVIEWER SEVERITY RATING	ÉVALUATION DE GRAVITÉ PAR L'INTERVIEWER				
28	a) How would you rate the patient's need for legal services or counseling?	Comment évaluez-vous son besoin de services juridiques ou de counseling?	1	2	3	4
	CONFIDENCE RATINGS	ÉVALUATION DE CONFIANCE				
	b) Is the above information significantly distorted by :	Les renseignements ci-dessus sont-ils considérablement déformés?	1	2	3	4
29	Patient's misrepresentation? 0 - No 1 - Yes	Volontairement par le bénéficiaire? 0 - Non 1 - Oui	1	2	3	4
30	Patient's inability to understand? 0 - No 1 - Yes	Par son incapacité de comprendre? 0 - Non 1 - Oui	1	2	3	4

ANNEXE 5

COEFFICIENTS DE CORRÉLATION DE CHACUN DES ÉNONCÉS AVEC L'ENSEMBLE DES ÉNONCÉS FORMANT LE SCORE COMPOSÉ DES ÉCHELLES DE L'IGT

TABLEAU 15**TEST DE CONSISTANCE INTERNE DU SCORE COMPOSÉ****(Alcool)**

NUMÉRO DE L'ÉNONCÉ	CORRÉLATIONS AVEC L'ENSEMBLE DES ÉNONCÉS	ALPHA SI L'ÉNONCÉ ÉTAIT ENLEVÉ
1a	0,806	0,861
2a	0,835	0,856
22a	0,628	0,888
23a	0,741	0,871
24a	0,655	0,886
20a	0,646	0,886
ALPHA	0,894	

TABLEAU 16

TEST DE CONSISTANCE INTERNE DU SCORE COMPOSÉ

(Drogue)

NUMÉRO DE L'ÉNONCÉ	CORRÉLATIONS AVEC L'ENSEMBLE DES ÉNONCÉS	ALPHA SI L'ÉNONCÉ ÉTAIT ENLEVÉ
3a	0,040	0,700
4a	0,061	0,699
5a	0,150	0,695
6a	-	0,701
7a	0,086	0,728
8a	0,463	0,660
9a	0,079	0,699
10a	0,325	0,676
11a	0,046	0,699
13a	0,513	0,646
22b	0,498	0,646
23b	0,731	0,588
24b	0,687	0,597
ALPHA	0,695	

L'énoncé 12a possède une variance égale à 0.

TABLEAU 17

TEST DE CONSISTANCE INTERNE DU SCORE COMPOSÉ

(État médical)

NUMÉRO DE L'ÉNONCÉ	CORRÉLATIONS AVEC L'ENSEMBLE DES ÉNONCÉS	ALPHA SI L'ÉNONCÉ ÉTAIT ENLEVÉ
6	0,677	0,646
7	0,702	0,503
8	0,596	0,640
ALPHA	0,747	

TABLEAU 18**TEST DE CONSISTANCE INTERNE DU SCORE COMPOSÉ****(Relations familiales et sociales)**

NUMÉRO DE L'ÉNONCÉ	CORRÉLATIONS AVEC L'ENSEMBLE DES ÉNONCÉS	ALPHA SI L'ÉNONCÉ ÉTAIT ENLEVÉ
3	0,170	0,687
10a	0,318	0,605
20	0,602	0,437
22	0,543	0,470
Ratio (énoncés 11a à 19a)	0,489	0,595
ALPHA	0,629	

TABLEAU 19

TEST DE CONSISTANCE INTERNE DU SCORE COMPOSÉ

(État psychologique)

NUMÉRO DE L'ÉNONCÉ	CORRÉLATIONS AVEC L'ENSEMBLE DES ÉNONCÉS	ALPHA SI L'ÉNONCÉ ÉTAIT ENLEVÉ
3a	0,449	0,678
4a	0,432	0,681
5a	0,181	0,714
6a	0,275	0,713
7a	0,232	0,720
8a	0,421	0,683
9a	0,312	0,704
10a	0,322	0,700
11	0,561	0,660
12	0,527	0,681
13	0,470	0,689
ALPHA	0,714	

TABLEAU 20**TEST DE CONSISTANCE INTERNE DU SCORE COMPOSÉ****(Emploi et Ressources)**

NUMÉRO DE L'ÉNONCÉ	CORRÉLATIONS AVEC L'ENSEMBLE DES ÉNONCÉS	ALPHA SI L'ÉNONCÉ ÉTAIT ENLEVÉ
4	0,677	0,646
5	0,684	0,641
11	0,492	0,754
12	0,469	0,757
ALPHA	0,766	

TABLEAU 21
TEST DE CONSISTANCE INTERNE DU SCORE COMPOSÉ
 (Situation légale)

NUMÉRO DE L'ÉNONCÉ	CORRÉLATIONS AVEC L'ENSEMBLE DES ÉNONCÉS	ALPHA SI L'ÉNONCÉ ÉTAIT ENLEVÉ
22	0,572	0,700
25	0,281	0,778
26	0,773	0,596
27	0,687	0,637
17 (dans échelle emploi et ressources)	0,364	0,756
ALPHA	0,752	

ANNEXE 6

**NOMBRE DE CHANGEMENTS OBSERVÉS
AUX ITEMS DU SCORE COMPOSÉ DES
ÉCHELLES DE L'IGT
DONT LA STABILITÉ INTRA-SUJET EST INSATISFAISANTE**

TABLEAU 22
QUESTIONS PROBLÉMATIQUES
FAISANT PARTIE DU SCORE COMPOSÉ DE L'ÉCHELLE
(État médical)

NUMÉRO DE LA QUESTION	NOMBRE DE CHANGEMENTS
6	24
7	21
8	9

TABLEAU 23

QUESTIONS PROBLÉMATIQUES
FAISANT PARTIE DU SCORE COMPOSÉ DE L'ÉCHELLE

(Relations familiales et sociales)

NUMÉRO DE LA QUESTION	NOMBRE DE CHANGEMENTS
3	9
10a	22
11a	8
11b	7
12a	10
12b	9
13a	9
13b	6
14a	10
14b	8
15a	6
15b	10
16a	14
16b	10
17a	15
17b	16
18a	3
18b	5
19a	9
19b	7
20	17
22	12

TABLEAU 24
QUESTIONS PROBLÉMATIQUES
FAISANT PARTIE DU SCORE COMPOSÉ DE L'ÉCHELLE
(État psychologique)

NUMÉRO DE LA QUESTION	NOMBRE DE CHANGEMENTS
3a	11
3b	11
4a	13
4b	13
5a	2
5b	3
6a	8
6b	9
7a	10
7b	3
8a	6
8b	8
9a	4
9b	4
10a	8
10b	9
11	35
12	22
13	24

TABLEAU 25
QUESTIONS PROBLÉMATIQUES
FAISANT PARTIE DU SCORE COMPOSÉ DE L'ÉCHELLE
 (Situation légale)

NUMÉRO DE LA QUESTION	NOMBRE DE CHANGEMENTS
22	3
25	9
26	10
27	10
question emploi	6