

Université de Montréal

La comorbidité chez les joueurs pathologiques en traitement

par
Daniela González-Sicilia Fernández

Département de psychologie
Faculté des études supérieures et postdoctorales

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures et postdoctorales
en vue de l'obtention du grade de maîtrise en psychologie (M.Sc.)

Juillet, 2012

© Daniela González-Sicilia Fernández, 2012

RÉSUMÉ

Plusieurs études telles que le NESARC ont démontré la comorbidité chez les joueurs pathologiques dans la population générale et dans des échantillons cliniques. Le jeu pathologique se présente souvent avec des troubles comorbides tels que les toxicomanies, les troubles de l'humeur, les troubles anxieux et les troubles de la personnalité. Cette étude a été réalisée auprès de 40 joueurs pathologiques admis en traitement au Centre Dollard-Cormier, Institut universitaire sur les dépendances à Montréal. Les objectifs étaient d'évaluer : la consommation d'alcool et de drogues, la présence d'une détresse psychologique caractérisée par des symptômes et des syndromes cliniques ainsi que par des troubles de la personnalité et la prévalence du trouble de l'ÉSPT dans l'échantillon. L'ICJE a été utilisé pour évaluer la gravité du jeu. Les autres troubles ont été mesurés à travers l'IGT, l'AUDIT, le MCMI-III, le QÉT et l'ÉMST. Les résultats montrent que 65 % des participants présentent une consommation problématique d'alcool (25 % actuellement, 40 % dans le passé), 27,5 % une consommation problématique de drogues; 52,5 %, un diagnostic probable d'au moins un syndrome clinique (surtout anxiété et dépression), 55 %, un diagnostic probable d'au moins un trouble de la personnalité; 30 %, des symptômes du trouble d'ÉSPT et 17,5 %, un diagnostic probable du trouble. Alors, la comorbidité est présente chez les joueurs pathologiques de l'échantillon. Il est essentiel de l'identifier pour mieux répondre aux besoins particuliers de l'individu et l'aider avec les symptômes qui aggravent le problème de jeu et augmentent le risque de récidence.

MOTS CLÉS : jeu pathologique, comorbidité, consommation, détresse psychologique, stress post-traumatique.

ABSTRACT

Several studies such as the NESARC have demonstrated the comorbidity in pathological gamblers in the general population and in clinical samples. Pathological gambling often occurs with other comorbid disorders, such as addictions, mood disorders, anxiety disorders, and personality disorders. This study was conducted among 40 pathological gamblers admitted in treatment at Centre Dollard-Cormier, Institut universitaire sur les dépendances, in Montreal. The objectives were to assess the use of alcohol and drugs, the presence of psychological distress characterized by clinical symptoms and syndromes as well as by personality disorders, and the prevalence of PTSD in the gamblers of the sample. The CPGI was used to assess the severity of gambling. The other disorders were measured through the ASI, the AUDIT, the MCMI-III, the QÉT and the ÉMST. The results show that 65% of participants had a problem with alcohol (25% currently, 40% in the past), 27.5% presented a problematic drug use, 52.5% had a potential diagnosis of at least one clinical syndrome (mainly anxiety and depression), 55% had a potential diagnosis of at least one personality disorder, 30% presented symptoms of PTSD and 17.5% had a potential diagnosis of PTSD. In conclusion, comorbidity exists in the pathological gamblers of the sample. It is essential to identify it in order to better address the needs of the individual and to help him with the symptoms that worsen the gambling problem and increase the risk of recurrence.

KEY WORDS: pathological gambling, comorbidity, addictions, psychological distress, post-traumatic stress.

TABLE DE MATIÈRES

PAGE TITRE	i
RÉSUMÉ	ii
ABSTRACT	iii
TABLE DES MATIÈRES	iv
LISTE DES TABLEAUX	vi
LISTE DES FIGURES	vii
LISTE DES ABRÉVIATIONS	viii
REMERCIEMENTS	ix
INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1 :	
CADRE THÉORIQUE ET PROBLÉMATIQUE	5
Le jeu pathologique	7
Typologie des joueurs	8
Prévalence du jeu pathologique	10
Conséquences associées au jeu pathologique	13
Comorbidité dans la population générale	15
Comorbidité dans les échantillons cliniques	16
Impact de la comorbidité sur le traitement	21
Objectifs de l'étude	22
Hypothèses	23
CHAPITRE 2 :	
DÉMARCHE DE RECHERCHE	24
Participants et processus de sollicitation	25
Matériel et instruments de mesure	26

CHAPITRE 3 :	
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS	32
Prévalence du jeu pathologique	37
Jeu pathologique et consommation d'alcool et de drogues	38
Jeu pathologique et détresse psychologique	42
Jeu pathologique et trouble de l'état de stress post-traumatique	52
CHAPITRE 4 :	
DISCUSSION ET INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS	56
La consommation d'alcool et de drogues chez les joueurs pathologiques	58
La détresse psychologique chez les joueurs pathologiques	61
Concomitance du jeu pathologique et du trouble de l'état de stress post-traumatique	65
Limites de l'étude	67
CONCLUSION	69
LISTE DES RÉFÉRENCES	74
ANNEXES	x
ANNEXE 1 : Taux de prévalence des troubles psychiatriques comorbides chez les joueurs pathologiques (NESARC)	xi
ANNEXE 2 : Lettre d'approbation de l'Université de Montréal Lettre de collaboration du Centre Dollard-Cormier Lettre d'approbation du Comité d'éthique de la recherche en toxicomanie	xiv
ANNEXE 3 : Lettre de présentation	xix
ANNEXE 4 : Formulaire de consentement	xxi
ANNEXE 5 : Instruments de mesure	xxvi
ANNEXE 6 : Caractéristiques sociodémographiques des différents types de joueurs	lix
ANNEXE 7 : Comparaison des troubles comorbides chez les joueurs pathologiques de l'échantillon et chez les joueurs pathologiques dans la population générale	lxi

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU I :	Comparaison de l'échantillon avec la clientèle du Centre Dollard-Cormier	36
TABLEAU II :	Classification des participants selon la gravité de leur problème de jeu	37
TABLEAU III :	Classification des participants selon la gravité de leur consommation	38
TABLEAU IV :	Gravité de la consommation d'alcool à vie selon le score obtenu dans l'IGT	39
TABLEAU V :	Symptômes de détresse psychologique selon l'IGT	43
TABLEAU VI :	Scores obtenus pour les syndromes cliniques évalués dans le MCMI-III	46
TABLEAU VII:	Scores moyens obtenus pour les syndromes cliniques selon le sexe	46
TABLEAU VIII:	Syndromes cliniques les plus élevés chez les participants	47
TABLEAU IX :	Scores obtenus pour les troubles de la personnalité selon le MCMI-III	49
TABLEAU X :	Scores moyens obtenus pour les troubles de la personnalité selon le sexe	50
TABLEAU XI :	Troubles de la personnalité les plus élevés chez les participants	51
TABLEAU XII :	Prévalence des différents événements traumatiques à vie selon le QÉT	54

LISTE DES FIGURES

FIGURE 1 :	Distribution des participants selon les groupes d'âge	33
FIGURE 2 :	Distribution des participants selon la durée de traitement	35
FIGURE 3 :	Distribution des participants selon la gravité de leur problème de jeu	37
FIGURE 4 :	Distribution des participants selon la gravité de leur consommation d'alcool (IGT)	40
FIGURE 5 :	Distribution des participants selon la gravité de leur consommation de drogues (IGT)	40
FIGURE 6 :	Polyconsommation à vie	41
FIGURE 7 :	Substances causant un problème majeur	41
FIGURE 8 :	Syndromes cliniques les plus élevés chez les participants	47
FIGURE 9 :	Troubles de la personnalité les plus élevés chez les participants	52
FIGURE 10 :	Nombre total d'événements traumatiques vécus à vie selon le QÉT	53
FIGURE 11 :	Distribution des participants selon la présence de symptômes du trouble de l'ÉSPT	55

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ASI : *Addiction Severity Index*

AUDIT : *Alcohol Use Disorders Identification Test*

CPGI : *Canadian Problem Gambling Index*

ÉMST : Échelle modifiée des symptômes du trouble de stress post-traumatique

ÉSPT : état de stress post-traumatique

ICJE : Indice canadien du jeu excessif

IGT : Indice de gravité d'une toxicomanie

MCMI-III : Inventaire clinique multiaxial de Million

NESARC : *National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions*

PTSD : *post-traumatic stress disorder*

QÉT : Questionnaire d'événements traumatiques

REMERCIEMENTS

À Louise Nadeau, ma directrice de recherche, pour la confiance et la patience pendant tout ce temps. Merci pour m'encourager à grandir en tant que chercheuse et en tant que personne.

À toute l'équipe de recherche (spécialement à Sylvia Kairouz et Catherine Paradis), pour leurs idées et leur apport à ce projet.

À toute l'équipe du Centre Dollard-Cormier, Institut universitaire sur les dépendances, coordonnée par Brigitte Vincent, pour sa collaboration et son enthousiasme tout au long du projet.

Aux participants de l'étude, pour leur temps et leur intérêt à participer.

À mes parents, Rosa María et Ramón, parce que, sans vous, je ne serai pas la personne que je suis. Merci pour votre soutien tout au long de ma vie, pour votre amour inconditionnel et pour toujours m'encourager et m'aider à réaliser mes rêves. Je tiens à partager cette réalisation avec vous. Je vous aime.

À mes amis, pour toujours m'avoir soutenue et pour m'avoir accompagnée, même dans la distance, dans l'accomplissement de cet objectif.

Un grand merci à toutes ces personnes qui ont contribué, de près ou de loin, à la réalisation de ce mémoire.

INTRODUCTION

INTRODUCTION

Un grand nombre de gens participe aux jeux de hasard et d'argent au cours de leur vie sans développer un problème avec leurs habitudes de jeu. Cependant, il y a une petite proportion de ces gens qui deviennent des joueurs pathologiques. Pour ces personnes, le jeu devient un comportement très problématique avec des conséquences négatives graves qui affectent toutes les sphères de leur vie.

Plusieurs études réalisées à travers le monde auprès des joueurs pathologiques, soit dans la population générale soit dans les centres de traitement, ont démontré que le jeu est souvent accompagné d'autres troubles comorbides tels que la consommation d'alcool et de drogues, les troubles de l'humeur, les troubles anxieux et les troubles de la personnalité (Bagby et al., 2008; Kessler et al., 2008; Ledgerwood et Petry, 2006; Pelletier, 2006; Petry et al., 2005; Rush et al., 2008; Sacco et al., 2008; Sáez-Abad et Bertolín-Guillén, 2008; Smith et al., 2007; Valleur et Bucher, 2006). Cette comorbidité augmente la détresse chez le joueur qui doit faire face non seulement aux difficultés associées au jeu, mais aussi aux symptômes causés par les autres troubles. En outre, lorsque le joueur amorce un traitement, il est nécessaire d'identifier la présence d'autres troubles comorbides afin de mieux répondre aux besoins de la personne et de l'aider non seulement avec son problème de jeu, mais aussi avec ses autres problématiques.

Pour ces raisons, on a décidé de réaliser cette étude auprès des joueurs pathologiques admis en traitement au Centre Dollard-Cormier, Institut universitaire sur les dépendances dans la région de Montréal afin d'évaluer la prévalence des troubles comorbides qui viennent aggraver leur situation et augmentent les risques de récidives.

Les objectifs étaient d'évaluer chez les participants de l'étude la consommation d'alcool et de drogues, la présence d'une détresse psychologique caractérisée par des symptômes et des syndromes cliniques ainsi que par des troubles de la personnalité ainsi que la prévalence du trouble de l'état de stress post-traumatique (ÉSPT).

Ce mémoire est composé de quatre chapitres. Dans le premier chapitre, le jeu pathologique est défini et ses principales caractéristiques sont brièvement décrites. Ensuite, les typologies des joueurs qui ont été proposées par plusieurs auteurs sont mentionnées. Après, les prévalences du jeu pathologique observées dans des études américaines, canadiennes et québécoises sont rapportées et les conséquences associées au jeu pathologique sont décrites. Par la suite, une révision des études existantes est faite afin de présenter les troubles comorbides dans des échantillons tirés de la population générale ainsi que dans des échantillons cliniques. Puis, l'impact de la comorbidité sur le traitement est décrit. Finalement, les objectifs et les hypothèses de l'étude sont mentionnés.

Le deuxième chapitre porte sur la démarche de recherche. D'abord, les approbations du projet sont présentées. Ensuite, le processus de recrutement et de sollicitation des participants est décrit. Puis, une description des matériels et des instruments de mesure utilisés est faite, suivie par le traitement statistique réalisé. Enfin, les risques de la recherche sont mentionnés.

Dans le troisième chapitre, la présentation des résultats est faite : description sociodémographique de l'échantillon, prévalence du jeu pathologique chez les participants, consommation d'alcool et de drogues, présence d'une détresse psychologique, en faisant référence aux symptômes, syndromes cliniques et troubles de la personnalité présents, événements traumatiques vécus par les participants et taux de prévalence du trouble de l'ÉSPT.

Le dernier chapitre porte sur la discussion et l'interprétation des résultats. Chacune des hypothèses est discutée et expliquée en faisant référence aux résultats trouvés dans l'échantillon étudié ainsi qu'aux résultats des études antérieures révisées dans le premier chapitre du texte.

Les quatre chapitres sont suivis par la conclusion générale de l'étude.

CHAPITRE 1

Cadre théorique et problématique

CHAPITRE 1

Cadre théorique et problématique

Le jeu a toujours fait partie intégrante de la vie quotidienne des gens. On peut trouver son origine dès les premières civilisations humaines. Par exemple, les dés ont été la première invention de l'homme pour produire des événements aléatoires. Ils étaient utilisés dans l'Égypte ancienne et en Grèce. Les cartes ont été introduites en Occident par les Arabes au XIV^e siècle. La roulette a commencé à être utilisée en France au XVIII^e siècle. Finalement, les machines à sous ont été inventées à la fin du XIX^e siècle aux États-Unis et par la suite leur version électronique (les appareils de loterie vidéo) est devenue le principal instrument du jeu dans plusieurs sociétés (Valleur et Bucher, 2006).

Même si le jeu a toujours existé, les jeux de hasard et d'argent sont devenus beaucoup plus accessibles et populaires depuis leur légalisation dans les pays industrialisés. Aux États-Unis, le jeu a été légalisé en 1931 et c'est après la Seconde Guerre mondiale que Las Vegas est devenue la capitale mondiale du jeu (Valleur et Bucher, 2006). Au Canada, par contre, la plupart des jeux de hasard et d'argent étaient illégaux jusqu'à 1969 quand le gouvernement fédéral a amendé le Code criminel du Canada et légalisé le jeu (Campbell et al., 2005). Au Québec, c'est aussi en 1969 que le Gouvernement québécois a commencé à exercer le rôle de contrôleur et de promoteur du jeu avec la création de deux nouvelles sociétés d'État : la Régie des alcools, des courses et des jeux (RACJ) et Loto-Québec, le principal promoteur des jeux de hasard et d'argent dans la province (Caux, 2003).

Le jeu pathologique

Le jeu pathologique a été officiellement reconnu par l'*American Psychiatric Association* (APA) comme un trouble clinique en 1980 dans le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*, troisième édition (DSM-III). Depuis, le jeu pathologique est classifié comme un trouble de l'impulsion avec la kleptomanie, la pyromanie, le trouble explosif intermittent et la trichotillomanie (APA, 1980). Selon le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*, quatrième édition (DSM-IV-TR) (APA, 2000), le jeu pathologique est un trouble caractérisé par un comportement de jeu inadapté, persistant et récurrent qui ne peut pas être mieux expliqué par un épisode maniaque d'un trouble bipolaire.

Même si le jeu pathologique a toujours été classifié parmi les troubles de l'impulsion, il s'agit d'un trouble qui comprend des critères diagnostiques associés aux troubles liés aux substances. Pour cette raison, quelques auteurs estiment que le jeu pathologique peut être considéré comme une addiction (Grant et Kim, 2003), ce qui devrait être le cas dans le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*, cinquième édition (DSM-V) (APA, 2012).

En fait, plusieurs études ont été réalisées récemment pour examiner les modifications qui sont prévues pour le jeu pathologique dans le DSM-V (Mitzner et al., 2010; Temcheff et al., 2011). Trois changements ont été proposés. Le premier est la reclassification du jeu pathologique dans les troubles addictifs, étant donné que le jeu a des caractéristiques plus similaires aux troubles liés aux substances qu'aux troubles de l'impulsion. La similarité entre l'addiction aux substances et les comportements addictifs a été démontrée dans plusieurs études (Grant et al., 2002; Mitzner et al., 2010; Temcheff et al., 2011). Pour cette raison, la majorité de chercheurs ont exprimé leur soutien pour ce changement. Les autres deux

changements ont créé plus de controverse. L'un propose d'enlever le critère des actes illégaux car selon plusieurs chercheurs, ceux-ci n'apparaissent que rarement; l'autre propose de réduire le seuil de cinq à quatre symptômes pour diagnostiquer les joueurs pathologiques. Il faut toutefois soutenir ces prises de positions par des données de recherche avant d'établir les modifications définitives.

Typologies des joueurs

Même si les joueurs pathologiques ont certaines caractéristiques en commun, de nombreuses études ont montré que les joueurs forment en réalité un groupe hétérogène, avec des particularités qui les distinguent les uns des autres. Pour cette raison, plusieurs chercheurs ont essayé de classifier les joueurs pathologiques dans des différents sous-types en identifiant les facteurs caractéristiques de chacun de ces sous-types (Blaszczynski, 2000; Ledgerwood et Petry, 2010; Milosevic et Ledgerwood, 2010).

La première classification a été faite en 1970 par Moran auprès de 50 joueurs pathologiques en traitement. Moran a trouvé cinq sous-types chez ces joueurs. Le premier, le joueur sous-culture, est une personne qui commence à jouer à cause de la pression sociale (famille/amis). Pour le joueur névrotique, par contre, le jeu lui donne un soulagement pour les situations stressantes de sa vie et ses difficultés émotionnelles. Un troisième sous-type, le joueur impulsif, présente une perte de contrôle sur ses habitudes de jeu et des conséquences sociales délétères liées au jeu. Le joueur psychopathe joue comme réponse à son trouble de personnalité antisociale. Finalement, pour le joueur symptomatique, le jeu a pour fonction de soulager ou réduire d'autres symptômes psychiatriques tels que la dépression ou l'anxiété (Milosevic et Ledgerwood, 2010).

Plus récemment, Blaszczynski (2000) a essayé d'identifier les typologies des joueurs pathologiques en fonction de l'étiologie, la psychopathologie et la personnalité des individus. Dans son modèle, il a trouvé trois éléments qui ont une influence sur tous les joueurs pathologiques, indépendamment du sous-groupe auquel ils appartiennent. Ces trois éléments sont : la disponibilité et l'accès au jeu, le conditionnement associé au jeu (des renforcements positifs et négatifs), et le développement des schèmes cognitifs irrationnels qui donnent une illusion de contrôle et une perception erronée de la probabilité de gagner au jeu.

Même si ces trois facteurs sont les mêmes pour tous les joueurs, on peut quand même identifier trois sous-types des joueurs pathologiques : les joueurs compulsifs «normaux», les joueurs émotionnellement vulnérables et les joueurs biologiquement impulsifs. Pour les joueurs du premier sous-groupe, le problème de jeu commence comme résultat des effets de conditionnement et des cognitions erronées. Avant de commencer à jouer, ils ne présentaient pas des problèmes psychologiques. Néanmoins, une fois que le problème de jeu est installé, ils peuvent présenter des troubles psychiatriques (consommation des substances, dépression, anxiété) comme une réponse aux conséquences négatives associées au jeu. Dans le deuxième sous-groupe par contre, la psychopathologie (dépression, anxiété, dépendances aux substances, troubles de personnalité, etc.) est déjà présente chez les individus avant de commencer à avoir des problèmes de jeu. Dans ce cas, ils jouent pour moduler des états affectifs négatifs causés par des expériences négatives vécues dans l'enfance. Finalement, les joueurs dans le troisième sous-groupe se caractérisent par un dysfonctionnement neurologique ou neurochimique important qui se reflète dans l'impulsivité et le trouble de l'attention. Ces individus jouent pour chercher des sensations gratifiantes. Mais souvent, les joueurs de ce sous-groupe présentent plusieurs problèmes de comportement tels que la consommation

excessive d'alcool ou de drogues, l'irritabilité, des tendances suicidaires, et des comportements criminels (Blaszczynski, 2000).

De nombreux chercheurs ont soutenu les typologies proposées par Blaszczynski. Certains d'entre eux ont même essayé de prédire le pronostic du traitement pour chaque sous-type. Ledgerwood et Petry (2010), par exemple, ont fait une étude en utilisant les typologies de Blaszczynski et ils ont observé que les joueurs du premier sous-groupe avaient plus de probabilité de devenir asymptomatiques ou de ne plus répondre aux critères du jeu pathologique après le traitement. Les autres deux sous-groupes par contre, même s'ils s'amélioraient avec le traitement, continuaient à présenter des symptômes à l'issue du traitement.

Prévalence du jeu pathologique

Plusieurs études populationnelles ont mesuré la prévalence du jeu pathologique dans les sociétés nord-américaines. Aux États-Unis, Kessler et al. (2008) ont réalisé une étude avec un échantillon représentatif de la population générale composé par 9 282 adultes de 18 ans et plus en utilisant le *World Health Organization Composite International Diagnostic Interview* (CIDI) qui produit un diagnostic selon les critères du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*, quatrième édition (DSM-IV). Cette étude a observé que 78,4 % des participants de l'échantillon ont joué au moins une fois dans leur vie, 2,3 % ont présenté des problèmes avec le jeu et 0,6 % ont été diagnostiqués comme joueurs pathologiques.

L'étude *National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions* (NESARC) (Petry et al., 2005), dirigée par le *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*, a été la plus vaste enquête jamais réalisée sur la comorbidité, dans laquelle les

troubles liés aux substances, les troubles de l'humeur, les troubles anxieux et les troubles de la personnalité ont été évalués entre 2001 et 2002 chez un échantillon représentatif de la population des États-Unis. Elle comprenait 43 093 adultes de 18 ans et plus. L'enquête a utilisé l'*Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule-DSM-IV* (AUDADIS-IV) et a examiné les diagnostics à vie et au cours des 12 derniers mois précédant l'évaluation. Le taux de prévalence du jeu pathologique à vie obtenu dans l'étude NESARC a été de 0,42 % et celui des 12 derniers mois comportait trop de variabilité pour être publié, bref, il était trop petit pour être généralisé à toute la population.

Au Canada, l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 1,2 (ESCC 1,2) a été réalisée en 2002 par Statistique Canada avec un échantillon représentatif de 36 984 adultes non institutionnalisés de 15 ans et plus. Le *Canadian Problem Gambling Index* (CPGI) a été utilisé pour mesurer le jeu pathologique dans les 12 derniers mois tandis que les autres troubles mentaux à vie ont été évalués à partir du *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI). Les résultats ont montré que 2,8 % des participants sont des joueurs de risque faible, 1,5 % sont des joueurs de risque modéré et 0,5 % sont des joueurs pathologiques probables (Rush et al., 2008). On ne connaît pas le taux de prévalence du jeu pathologique à vie au Canada.

Au Québec, Kairouz et al. (2005) ont fait la même analyse en utilisant les mêmes données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 1,2 (ESCC 1,2) réalisée par Statistique Canada. Le sous-échantillon représentatif de la province composé par 5 332 participants a montré un taux de prévalence de 80,5 % pour la participation totale au jeu dans les 12 derniers mois et un taux de prévalence de 1,7 % pour les problèmes avec le jeu (joueurs de risque modéré et joueurs pathologiques probables combinés).

Récemment, Kairouz et al. (2011) ont réalisé une autre étude auprès de 11 888 adultes représentatifs de la population du Québec et elles ont trouvé que la plupart d'entre eux (86,3 %) ont déjà joué aux jeux de hasard et d'argent au moins une fois au cours de leur vie, incluant les loteries, tandis que 70,4 % l'ont fait dans les 12 mois précédant l'enquête. Quant à la gravité des problèmes de jeu, l'étude révèle que 66 % sont des joueurs sans problème, 2,4 % sont de joueurs à faible risque, 1,3 % sont des joueurs à risque modéré et 0,7 % sont des joueurs pathologiques probables.

Dans cette même étude, les cinq activités de jeux les plus populaires au Québec au cours des 12 derniers mois sont : les loteries (65,2 %), les machines à sous (10,1 %), le poker (4,7 %), le bingo (4,6 %) et les appareils de loterie vidéo (4,6 %). De plus, l'étude montre que 10,4 % des Québécois ont joué au casino et 1,4 % ont joué sur internet dans l'année précédant l'étude (Kairouz et al., 2011).

En bref, ces études nous disent que, même en utilisant des différents instruments de mesure, en général, le taux de prévalence du jeu pathologique dans les sociétés nord-américaines se trouve entre 0,4 et 0,7 %.

Le jeu pathologique a été reconnu plus fréquemment chez les hommes que chez les femmes. Cette différence sexuelle a été observée dans toutes les études qui ont été consultées. La motivation pour jouer est aussi différente entre les hommes et les femmes. Fréquemment, les hommes jouent pour l'excitation ou pour trouver des sensations fortes. Les femmes, au contraire, jouent pour moduler des émotions négatives. Cette différence de motivation peut influencer aussi sur les différentes comorbidités entre les sexes (Dannon et al., 2006; Petry et al., 2005).

Conséquences associées au jeu pathologique

Le jeu pathologique est associé à de nombreuses conséquences négatives tant pour l'individu et ses proches que pour la société en général, ce qui a été démontré dans plusieurs études (Desrosiers et Jacques, 2009; Ferland et al., 2008; Petry et al., 2005; Williams et al., 2011). Ces conséquences incluent des problèmes financiers, au travail, légaux, difficultés conjugales, interpersonnelles et psychologiques.

La conséquence la plus évidente est reliée aux finances du joueur. La grande majorité des joueurs pathologiques utilisent l'argent de la famille ou ils empruntent de l'argent à leurs amis ou proches pour jouer, ce qui cause des dettes élevées pour la personne. De plus, les joueurs peuvent avoir des problèmes au travail à cause des absences ou même des pertes d'emploi dues au jeu, ce qui aggravera les problèmes financiers mentionnés précédemment (Desrosiers et Jacques, 2009).

Les dettes peuvent également amener les joueurs à s'engager dans des activités illégales ou criminelles, tels que des fraudes, des vols, des falsifications, etc., leur causant des problèmes juridiques (Desrosiers et Jacques, 2009).

Au niveau interpersonnel, le jeu pathologique peut être associé à des taux élevés de divorce et de violence conjugale (Petry et al., 2005). Selon Desrosiers et Jacques (2009), plusieurs personnes proches du joueur seront touchées par ses habitudes de jeu, incluant la famille, les amis et les collègues de travail. Parmi ces personnes, les conjoints sont normalement les plus affectés. En fait, dans une étude réalisée auprès des conjoints des joueurs pathologiques, l'effet négatif du jeu sur la vie du couple a été mis en évidence (Ferland et al., 2008).

De plus, l'une des conséquences sociales les plus significatives du jeu pathologique est la perte de productivité due au temps que les joueurs passent à jouer, à penser au jeu ou à résoudre les problèmes causés par leurs problèmes de jeu (Fong, 2005).

Finalement, au niveau personnel, le jeu pathologique peut avoir des effets et des conséquences graves. Les problèmes liés au jeu, outre les autres conséquences mentionnées précédemment, peuvent causer une détresse psychologique importante chez le joueur, caractérisée par de nombreux symptômes tels que le stress, le sentiment de culpabilité, la dépression, l'anxiété et, dans les cas plus sévères, l'idéation suicidaire ou même les tentatives de suicide (Ferland et al., 2008). En fait, plusieurs études ont démontré l'association du jeu pathologique à des taux élevés de suicide (Ledgerwood et al., 2005).

Dans une étude réalisée par Petry et Kiluk (2002) aux États-Unis, 343 joueurs pathologiques ont été évalués lorsqu'ils étaient admis en traitement. Les instruments utilisés étaient l'*Addiction Severity Index* (ASI), pour mesurer les différentes sphères de la vie de la personne, et le *South Oaks Gambling Screen* (SOGS) pour mesurer le problème de jeu. Les résultats de cette étude ont montré que les participants qui avaient une histoire des pensées suicidaires et des tentatives de suicide avaient moins de probabilité d'être mariés, des scores plus élevés dans le SOGS (problème de jeu plus sévère), plus de dettes, plus de problèmes dans la sphère de relations familiales/interpersonnelles de l'ASI et plus de symptômes de détresse psychologique (dépression, anxiété, trouble de concentration et de mémoire, etc.) selon l'ASI.

Comorbidité dans la population générale

La comorbidité est la concomitance de deux troubles ou plus chez la même personne. Ces troubles peuvent se présenter les deux ensemble (comorbidité de troubles simultanés) ou chacun à différents moments dans la vie de la personne (comorbidité à vie) (Smith et al., 2007).

Selon les résultats de NESARC (voir annexe 1) citée précédemment, les joueurs pathologiques ont présenté des taux élevés de prévalence d'autres troubles psychiatriques à vie : un taux de prévalence de 25,42 % pour un trouble d'abus d'alcool; 47,79 % pour un trouble de dépendance à l'alcool; 26,92 % pour un trouble d'abus des drogues; 11,18 % pour un trouble de dépendance aux drogues; 60,37 % pour un trouble de dépendance à la nicotine; 49,62 % pour des troubles de l'humeur; 41,30 % pour des troubles anxieux; et 60,82 % pour des troubles de la personnalité. Parmi les troubles de l'humeur, la dépression a été la plus fréquente avec un taux de prévalence de 36,99 %. Parmi les troubles anxieux, la phobie spécifique a été la plus fréquente avec un taux de prévalence de 23,54 %. Les troubles de la personnalité avec les plus hauts taux de prévalence étaient : obsessionnelle compulsive (28,45 %), paranoïde (24,08 %) et antisociale (23,31 %). Comme on peut le constater dans l'annexe 1, la probabilité de présenter un diagnostic du jeu pathologique est 8,3 fois plus élevée lorsqu'il y a un trouble de la personnalité; 6,0 fois plus élevée chez les gens avec un trouble de consommation d'alcool; 4,4 fois plus élevée chez les toxicomanes; et 4,4 fois plus élevée lorsqu'il y a un trouble de l'humeur (Petry et al., 2005).

Dans l'étude réalisée par Kessler et al. (2008), les résultats ont montré une comorbidité similaire à celle trouvée dans l'étude NESARC. Les troubles à vie les plus fréquents chez les joueurs pathologiques ont été : les troubles de l'humeur (prévalence de 55,6 %), incluant la

dépression majeure et la dysthymie (38,6 %) et le trouble bipolaire (17 %); les troubles anxieux (60,3 %), incluant les phobies (52,2 %) et le trouble de l'ÉSPT (14,8 %); les troubles de l'impulsion (42,3 %); et, surtout, les toxicomanies (76,3 %), en incluant la dépendance à la nicotine (63,0 %) et l'abus d'alcool ou des drogues (46,2 %).

Dans l'étude réalisée par Rush et al. (2008) au Canada, les résultats ont montré que la prévalence du jeu pathologique dans les 12 derniers mois augmente à mesure que les troubles de consommation d'alcool et des drogues sont plus sévères. En fait, la prévalence du jeu pathologique a été 3,0 fois plus élevée chez les participants avec un trouble de dépendance, par rapport à la prévalence observée dans la population générale.

En bref, ces études nous disent que, même si les taux de prévalence varient d'une étude à l'autre en raison des divers instruments de mesure utilisés, le jeu pathologique est souvent associé à d'autres troubles dans la population générale. L'association entre le jeu pathologique et les toxicomanies est la plus forte relation qui a été trouvée. De même, les troubles de l'humeur, les troubles anxieux et les troubles de la personnalité sont aussi très fréquemment présents chez les joueurs pathologiques.

Comorbidité dans les échantillons cliniques

La comorbidité dans des échantillons cliniques est différente de celle dans la population générale parce qu'il est plus probable pour une personne de chercher de l'aide professionnelle lorsqu'elle présente plus de symptômes ou plus de troubles psychiatriques en comparaison aux personnes qui présentent seulement un trouble ou un problème moins sévère (Petry et al., 2005).

Diverses études réalisées avec des échantillons cliniques des joueurs pathologiques à travers le monde ont corroboré la relation entre le jeu et les troubles à l' Axe I. Par exemple, les troubles liés aux substances ont été identifiés dans plusieurs études cliniques auprès de joueurs pathologiques. Au Minnesota, 35 % des joueurs pathologiques en traitement ont présenté un trouble de consommation des drogues; en Espagne, 35 % aussi un trouble de consommation des drogues; en Australie, 24 % un abus d'alcool et 11 % un abus ou dépendance à la marijuana (Smith et al., 2007).

Les troubles de l'humeur sont aussi très fréquents. Différentes études montrent une prévalence de la dépression qui varie entre 32 et 76 % et une prévalence de l'hypomanie de 38 % chez les joueurs pathologiques en traitement (Smith et al., 2007).

Les troubles anxieux sont aussi fréquents. Dans une étude réalisée par Linden et al. (dans Smith et al., 2007) chez *Gamblers anonymes*, 4 % ont présenté une phobie sociale, un trouble d'anxiété généralisée ou un trouble d'agoraphobie avec un trouble de panique; 8 %, une phobie simple; et 16 %, un trouble de panique.

Dans une étude clinique réalisée par Ledgerwood et Petry (2006) avec des joueurs pathologiques en traitement, les participants ayant des scores les plus élevés dans l'évaluation des symptômes du trouble de l'ÉSPT ont eu aussi un problème de jeu à vie plus sévère. En fait, 88,6 % des participants ont vécu au moins un événement traumatique dans leur vie et 34,2 % présentaient un trouble de l'ÉSPT. De plus, les deux troubles (le jeu pathologique et l'ÉSPT) partagent de caractéristiques cliniques telles que l'impulsivité et la dissociation.

Selon quelques auteurs, le jeu pathologique est aussi associé aux troubles des conduites alimentaires. Par exemple, Lesieur et al. ont trouvé que la boulimie est fréquente chez les

femmes qui présentent des problèmes avec le jeu. Néanmoins, il manque plus de recherche sur ce sujet (Valleur et Bucher, 2006).

En ce qui a trait aux troubles à l'Axe II, différentes études cliniques ont montré que le jeu pathologique est associé à presque tous les troubles de la personnalité. Selon le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*, quatrième édition (DSM-IV), un trouble de la personnalité est un mode durable des conduites et des expériences vécues qui dévie notablement de ce qui est attendu dans la culture de la personne (APA, 2000). Cette déviation est manifeste dans au moins deux des quatre domaines suivants : la cognition (la perception et la vision de soi-même, d'autrui et des événements), l'affectivité (la diversité, l'intensité, la labilité et l'adéquation de la réponse émotionnelle), le fonctionnement interpersonnel et le contrôle des impulsions. Ces modes de fonctionnement durables et rigides envahissent des situations personnelles et sociales très diverses et entraînent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants. Un trouble de la personnalité est stable et prolongé et ses premières manifestations sont évidentes au plus tard à l'adolescence ou au début de l'âge adulte (APA, 2000). Le DSM-IV regroupe les troubles de la personnalité en trois catégories :

1. Groupe A (paranoïaque, schizoïde et schizotypique) : caractérisé par des comportements bizarres et des similarités phénoménologiques avec la schizophrénie.
2. Groupe B (antisociale, état limite, narcissique et histrionique) : caractérisé par des émotions instables, impulsives ou dramatiques, des comportements théâtraux ou capricieux, la désinhibition, et l'intolérance à la frustration.
3. Groupe C (évitante, dépendante et obsessionnelle-compulsive) : caractérisé par des comportements de crainte ou d'anxiété (APA, 2000).

Les taux de prévalence des troubles de la personnalité chez les joueurs pathologiques varient entre 25 et 93 %. Cet écart peut être expliqué par les différentes méthodologies utilisées pour évaluer les troubles ainsi que par les échantillons divers qui ont été étudiés (Bagby et al., 2008).

Une étude en Espagne a évalué les troubles de la personnalité dans deux groupes : le premier formé par 50 patients diagnostiqués comme joueurs pathologiques, le deuxième étant un groupe de contrôle (n=50) provenant de la population générale avec des caractéristiques sociodémographiques similaires à celles des patients. Les participants qui ont présenté un trouble comorbide de l'Axe I ont été exclus de cette étude. Le *South Oaks Gambling Screen* (SOGS) et le *Structured Clinical Interview for DSM Disorders – Axe II* (SCID-II) ont été utilisés comme instruments de mesure. Les résultats ont montré que 34 % des joueurs pathologiques avaient présenté des troubles de la personnalité en comparaison à un taux de prévalence de 8 % chez le groupe de contrôle. Les troubles de la personnalité les plus fréquents chez les joueurs pathologiques étaient : état limite (14 %), antisociale (6 %) et paranoïaque (6 %). Ainsi, 20 % des joueurs pathologiques ont présenté un trouble de la personnalité du groupe B (Sáez-Abad et Bertolín-Guillén, 2008).

Dans une étude réalisée par Sacco et al. (2008) à St. Louis, Missouri, 146 joueurs de 15 à 85 ans ont été évalués avec le *Computerized Gambling Assessment Module* (C-GAM) et le *Computer Assisted Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Expert System* (CAS II ES), et 20 % de l'échantillon ont été diagnostiqués avec un trouble de la personnalité, principalement du groupe C. Le trouble de la personnalité obsessionnelle compulsive a été le plus prévalent.

Au Canada, une étude avec 204 adultes entre 20 et 65 ans a évalué la relation entre le jeu pathologique et les troubles de la personnalité. Dans cette étude, il y avait un groupe de joueurs pathologiques et un groupe de contrôle. Les instruments de mesure utilisés ont été le CPGI et le *Structured Clinical Interview for DSM Disorders* (SCID, Axe I et II). La prévalence des troubles de la personnalité a été plus élevée chez le groupe de joueurs pathologiques que chez le groupe de contrôle. Les deux troubles les plus associés au jeu pathologique dans cet échantillon ont été l'état limite et le trouble de la personnalité histrionique (Bagby et al., 2008).

Au Québec, 100 joueurs pathologiques en traitement ont été évalués à partir des plusieurs instruments : l'Entrevue diagnostique sur le jeu pathologique-révisée (EDJP-R), l'entrevue diagnostique du jeu pathologique du DSM-IV et le SCID-II (Pelletier, 2006). Les résultats ont montré que 64 % d'entre eux présentaient un trouble de la personnalité. De plus, 25 % des joueurs pathologiques évalués ont présenté deux troubles de la personnalité comorbides. Dans cet échantillon, les troubles de la personnalité du groupe B (42 %) ont été plus fréquents chez les joueurs pathologiques que les troubles de la personnalité des groupes A (24 %) et C (27 %). Spécifiquement, les troubles de la personnalité les plus fréquents dans ce groupe de joueurs pathologiques ont été : antisociale (29 %), personnalité non spécifiée (27 %), paranoïaque (18 %), obsessionnelle compulsive (16 %), narcissique (15 %), état limite (10 %) et évitante (10 %).

À partir de ces études avec des échantillons cliniques à travers le monde, il faut conclure que la plupart des joueurs pathologiques qui amorcent un traitement pour leur problème de jeu présentent aussi d'autres troubles comorbides. La consommation d'alcool et des drogues est très souvent présente chez les joueurs pathologiques en traitement, ainsi que

les troubles de l'humeur (principalement la dépression) et les troubles anxieux. D'ailleurs, la présence d'un ou plusieurs troubles comorbides de la personnalité a aussi été démontrée dans les études cliniques auprès des joueurs pathologiques. Toutefois, différents troubles de la personnalité ont été identifiés comme les plus fréquents dans les divers échantillons évalués.

Impact de la comorbidité sur le traitement

Plusieurs études ont montré que souvent les joueurs pathologiques quittent prématurément le traitement. Par exemple, dans une étude clinique réalisée au Minnesota avec des joueurs pathologiques, 30 % d'entre eux n'ont pas complété le traitement. En plus, des études réalisées auprès des toxicomanes ont montré que la présence et la sévérité d'autres troubles comorbides peuvent affecter le succès ou l'issue favorable du traitement (Winters et Kushner, 2003). Pour cette raison, on peut penser que, chez les joueurs pathologiques en traitement, la présence de comorbidité peut avoir un manque comparable.

En fait, Hodgins et el-Guebaly (2010) ont suivi pendant une période de cinq ans un échantillon clinique de 101 joueurs pathologiques. Ils ont observé que ceux qui avaient un autre trouble comorbide (troubles liés aux substances ou troubles de l'humeur) présentaient plus de difficultés à atteindre l'abstinence. Plus spécifiquement, un diagnostic d'un trouble lié à l'alcool augmentait la probabilité de présenter des récives. De plus, les participants sans antécédent de toxicomanie étaient 2,5 fois plus susceptibles d'arriver à l'abstinence. De même, pour les participants ayant présenté un trouble de l'humeur au cours de leur vie, rester abstinent était 46 % moins probable que pour ceux qui n'avaient jamais eu un trouble de l'humeur.

Pour ces raisons, il est important d'évaluer la prévalence de troubles comorbides chez les joueurs pathologiques en traitement afin d'essayer de mieux répondre aux besoins des clients et de prévenir les risques de récidives.

Objectifs de l'étude

Comme on peut le constater, dans les études populationnelles ainsi que dans les études cliniques, un grand nombre de joueurs pathologiques présente aussi un autre trouble associé, soit à l'Axe I, soit à l'Axe II. En fait, certaines études montrent que la présence d'un trouble augmente la probabilité de développer un comportement du jeu à risque.

Pour cette raison, il était important d'évaluer la prévalence de cette comorbidité chez les joueurs pathologiques en traitement dans la région de Montréal afin de bien répondre à leurs besoins et de les aider non seulement avec leur problème avec le jeu, mais aussi avec les divers symptômes psychiatriques qui viennent aggraver leur situation et augmenter les risques de rechute.

Plus précisément, le but de l'étude était d'obtenir une description des troubles comorbides présents dans l'échantillon afin de voir si les taux de prévalence trouvés chez les participants étaient similaires aux taux de comorbidité connus dans la population québécoise.

Par conséquent, les objectifs de cette étude ont été les suivants :

1. L'évaluation de la consommation d'alcool et de drogues.
2. L'évaluation de la détresse psychologique chez l'échantillon clinique (troubles à l'Axe I et troubles à l'Axe II)

3. L'évaluation du trouble de l'ÉSPT. Cet objectif a été inclus dans le projet en raison d'une demande spécifique de l'équipe du Programme jeu pathologique du Centre Dollard-Cormier, Institut universitaire sur les dépendances.

Hypothèses

Pour évaluer la comorbidité chez les joueurs pathologiques admis en traitement au Programme jeu pathologique du Centre Dollard-Cormier, Institut universitaire sur les dépendances et atteindre les objectifs mentionnés ci-dessus, trois hypothèses ont été formulées pour l'étude :

- a. La présence de problèmes de consommation d'alcool et de drogues chez les joueurs pathologiques.
- b. La présence d'une détresse psychologique chez les joueurs pathologiques en traitement caractérisée par :
 - La présence des symptômes et des syndromes cliniques (Axe I);
 - La présence des troubles de la personnalité (Axe II).
- c. Une concomitance entre le jeu pathologique et le trouble de l'ÉSPT.

CHAPITRE 2

Démarche de recherche

CHAPITRE 2

Démarche de recherche

Ce projet de mémoire a été approuvé le 25 mai 2010 par le Secrétariat des études supérieures de l'Université de Montréal. Le 1^{er} octobre 2010, à la suite d'une rencontre avec l'équipe clinique du Programme jeu pathologique du Centre Dollard-Cormier, Institut universitaire sur les dépendances, la coordonnatrice Brigitte Vincent a accepté de collaborer au projet de recherche. L'équipe de cliniciens du centre a demandé d'inclure l'évaluation des états de stress post-traumatique dans les objectifs de l'étude. Finalement, le projet a été soumis au Comité d'éthique de la recherche en toxicomanie (CÉRT) et l'approbation finale a été reçue le 14 février 2011 (voir annexe 2).

Participants et processus de sollicitation

La population admise en traitement au Centre Dollard-Cormier, Institut universitaire sur les dépendances à Montréal est de 260 joueurs par année. L'équipe des cliniciens du Programme jeu pathologique a accepté de solliciter tous les usagers admis en traitement durant une période de six mois, pour obtenir un échantillon total de 40 participants. Cette taille de l'échantillon a été considérée pertinente, étant donné qu'il s'agissait d'une étude pilote voulant décrire les troubles comorbides présents chez les participants.

Le recrutement des participants a été fait en deux étapes. Dans une première étape, les intervenants ont sollicité directement les joueurs admis au centre à participer dans le projet, en leur présentant les caractéristiques générales de la recherche à travers la lettre de présentation (voir annexe 3). Ceux qui ont été intéressés à participer ont autorisé la communication de leurs coordonnées afin de pouvoir être contactés. Dans une deuxième étape, l'auteur de ce texte a

contacté par téléphone les joueurs qui ont accepté de participer et leur a expliqué plus en détail le but de la recherche et le déroulement du projet. Chaque participant n'a été rencontré qu'une seule fois. Chaque rencontre a débuté par la lecture et signature du formulaire de consentement (voir annexe 4) par le participant, suivie par l'administration des différents tests.

Les rencontres avec les participants, d'une durée approximative de 90 à 120 minutes, ont eu lieu entre avril et octobre 2011, dans deux points de service du Centre Dollard-Cormier : Prince-Arthur et Louvain. Une compensation de 20 \$ (en carte-cadeau de Pharmaprix) a été donnée à chaque participant à la fin de la rencontre.

Matériel et instruments de mesure

Le matériel et les tests (voir annexe 5) qui ont été nécessaires pour la réalisation de cette étude incluent :

- La lettre de présentation.
- Le formulaire de consentement.
- L'*Indice de gravité d'une toxicomanie* (IGT) : entrevue semi-structurée pour évaluer sept sphères chez les toxicomanes (consommation d'alcool, de drogues, état de santé physique, relations familiales / interpersonnelles, état psychologique, emploi / ressources, situation judiciaire. Le score obtenu dans chaque sphère indique la gravité dans ce domaine : 0-1, pas de problème réel; 2-3, problème léger; 4-5, problème moyen; 6-7, problème considérable; 8-9, problème extrême (Bergeron et al., 1998).

L'IGT est un instrument qui a été utilisé dans les centres québécois de réadaptation de toxicomanes depuis plus de 20 ans. L'IGT a été adapté et traduit de l'*Addiction Severity Index* (ASI) par McLellan et ses collaborateurs et diverses études de validation ont indiqué de

bonnes qualités psychométriques tant au niveau de la validité (validité d'apparence, validité conceptuelle) que de la fidélité (test-retest, consistance interne) (Bergeron et al., 1998). Dans une étude réalisée par Petry (2007), les qualités psychométriques de l'ASI ont été évaluées et les résultats ont démontré une consistance interne dans l'instrument avec un coefficient alpha de chaque sous-échelle entre 0,68 et 0,84. La fidélité test-retest avec un intervalle d'un mois a été bonne aussi (r entre 0,68 et 0,94 pour chaque sous-échelle). Finalement, l'ASI a présenté une validité convergente, discriminante et prédictive.

- *L'Indice canadien du jeu excessif (ICJE) ou Canadian Problem Gambling Index (CPGI)* : composé de 9 items pour évaluer la gravité du jeu dans les 12 derniers mois et les problèmes associés. Une classification des joueurs peut être obtenue à partir du score total : 0, joueur sans problème; 1-2, joueur à faible risque; 3-7, joueur à risque modéré; 8 et plus, joueur excessif (Ferris et Wynne, 2001).

L'ICJE ou CPGI a démontré avoir des bonnes propriétés psychométriques. Dans une étude réalisée par Ferris et Wynne (2001), le CPGI a présenté une fidélité adéquate avec un coefficient de consistance interne de $\alpha=0,84$ et une fidélité test-retest de $r=0,78$. Dans une étude plus récente réalisée par Holtgraves (2009), la fidélité du CPGI a été aussi très bonne ($\alpha=0,85$). La validité du CPGI a aussi été démontrée en comparant ses scores à ceux du SOGS et à d'autres mesures et les corrélations ont été positives et significatives mais moins fortes (entre 0,001 et 0,24 selon chaque activité du jeu). La validité de construit a été démontrée grâce à une corrélation positive entre la sévérité du jeu pathologique et le nombre des distorsions cognitives chez le joueur (par exemple, la croyance de qu'on gagnera après plusieurs pertes).

- L'*Inventaire clinique multiaxial de MillonTM* (MCMI-III) : instrument d'auto-évaluation composé de 175 questions de type vrai ou faux, comprenant 11 échelles des types de personnalité et trois échelles de troubles sévères de personnalité, équivalents à ceux du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder* (DSM). Dix syndromes cliniques sont aussi évalués. Le score total pour chaque échelle indique : 0-74, score normal; 75-84, présence des signes du trouble de personnalité ou du syndrome clinique; 85 et plus, prééminence du trouble de personnalité ou du syndrome clinique (Millon et al., 2006; Nadeau et al., 1999).

Le MCMI-III a aussi présenté des qualités psychométriques adéquates. Dans une étude réalisée par Wetzler (1990), le MCMI a démontré avoir une bonne fidélité avec une consistance interne significative et une fidélité test-retest de 0,80. En comparant les scores du MCMI avec ceux d'autres instruments, le MCMI a présenté une validité concurrente ainsi qu'une validité de contenu en faisant une comparaison entre les sous-échelles du MCMI et les critères du DSM-IV.

- L'*Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT) : instrument pour évaluer la consommation à risque d'alcool, composé de 10 questions sur la consommation récente, les symptômes de dépendance et les problèmes associés à l'alcool. Les seuils d'interprétation pour le score total sont : 0-7, pas de problème de consommation; 8-19, probabilité de consommation dangereuse; 20 et plus, diagnostic potentiel de dépendance à l'alcool (Babor et al., 2001).

L'AUDIT présente aussi des qualités métriques adéquates. Reinert et Allen (2007) ont fait une révision des différentes études et ils ont trouvé que l'AUDIT présente un coefficient de consistance interne élevé avec une fidélité moyenne de 0,81. La fidélité a aussi été

démontrée plusieurs fois à travers le test-retest. En outre, la validité de l'AUDIT a été démontrée parce que c'est un instrument adéquat pour mesurer la consommation d'alcool chez différents échantillons. Dans une autre étude réalisée par Gache et al. (2005), une version française de l'AUDIT a été validée. Les résultats ont montré une consistance interne forte ($\alpha=0,87$) et l'AUDIT a été plus utile que des autres instruments pour discriminer entre les différents niveaux de consommation d'alcool.

- Le *Questionnaire d'événements traumatiques* (QÉT) : traduction française du *Trauma Assessment for Adults-Self Report*, composé de 13 questions évaluant plusieurs types d'événements traumatiques basées sur les critères du DSM-IV. Le score total indique le nombre total de types d'événements traumatiques vécus (Cusack et al., 2004).

Le QÉT qui a été traduit du *Trauma Assessment for Adults* (TAA) présente aussi de bonnes qualités psychométriques. Dans une étude réalisée auprès d'un échantillon non clinique, le TAA a présenté une bonne fidélité test-retest avec un intervalle de 7 jours ($r=0,80$). Cet instrument a été comparé avec le *Traumatic Life Events Questionnaire* (TLEQ) et les résultats ont montré une corrélation importante ($r=0,66$). Dans une autre étude, les propriétés psychométriques du TAA ont été évaluées dans un échantillon clinique et il a été corrélé fortement avec le TLEQ ($r=0,66$) (Gray et al., 2009).

- L'*Échelle modifiée des symptômes du trouble de stress post-traumatique* (ÉMST) : questionnaire auto-administré pour évaluer la fréquence et la sévérité des 17 symptômes du trouble de l'état de stress post-traumatique. Le score indique le nombre de symptômes présents dans les deux dernières semaines. Un score de 14 et plus indique un diagnostic potentiel du trouble de l'état de stress post-traumatique (Guay et al., 2002).

L'ÉMST est le seul instrument qui a été validé au Québec. Dans une étude réalisée auprès d'un échantillon non clinique (Stephenson et al., 2000, dans Guay et al., 2002), l'ÉMST a démontré avoir des indices satisfaisants de consistance interne ($\alpha=0,92$ pour la sous-échelle « Fréquence » et $\alpha=0,95$ pour la sous-échelle « Sévérité ») et de fidélité test-retest avec un intervalle de 5 semaines ($r=0,98$). Les propriétés psychométriques de l'ÉMST ont été aussi évaluées dans un échantillon clinique (Guay et al., 2002) et les résultats de cette étude ont montré d'excellents coefficients de consistance interne ($\alpha=0,97$ pour le score total et $\alpha=0,95$ pour chacune des sous-échelles). L'ÉMST a aussi présenté une bonne fidélité test-retest ($r=0,76$ pour la sous-échelle « Fréquence », $r=0,67$ pour la sous-échelle « Sévérité » et $r=0,72$ pour le score total). Finalement, les scores de l'ÉMST ont été comparés aux scores d'autres instruments de mesure et ils sont corrélés positivement et significativement avec eux, ce qui vérifie la validité de l'ÉMST.

Les variables sociodémographiques des participants ont été analysées. Des tableaux de fréquence ont été obtenus pour chacune des variables. Le score de l'ICJE a été utilisé pour évaluer la gravité du problème de jeu dans l'échantillon. La prévalence de la consommation d'alcool et de drogues a été obtenue à partir des scores de l'AUDIT et de l'IGT. La présence d'une détresse psychologique a été évaluée à partir des symptômes psychologiques mesurés dans l'IGT et des syndromes cliniques et des troubles de la personnalité mesurés dans le MCMI-III. Les scores du QÉT et de l'ÉMST ont aussi été analysés pour examiner la présence et la sévérité du trouble de l'ÉSPT dans l'échantillon. Le traitement statistique sera décrit au chapitre 3 lors de la présentation des résultats (Haccoun et Cousineau, 2007). Les données recueillies pour cette étude seront conservées pendant une durée de trois ans.

Les risques associés à la recherche ont été minimum étant donné que l'étude n'a compris qu'une entrevue semi-structurée et des questionnaires auto-rapportés. Les tests qui ont été administrés aux participants n'avaient pas pour objectif de diagnostiquer une condition particulière. Néanmoins, il était possible que les questions puissent soulever un malaise ou de l'anxiété chez les participants. Pour cette raison, ils ont été avertis dès le début du projet, à travers la lettre de présentation et le formulaire de consentement, que s'ils présentaient des malaises pendant leur participation au projet, ils pouvaient discuter de la situation avec les chercheurs ou avec l'équipe clinique du centre. Un encadrement a toujours été offert aux participants qui en avaient besoin. Toutefois, aucun participant a mentionné avoir des malaises à la suite de sa participation.

CHAPITRE 3

Présentation des résultats

CHAPITRE 3

Présentation des résultats

Au total, on a rencontré 40 participants. L'échantillon était composé par 25 hommes et 15 femmes (62,5 % et 37,5 % respectivement). Parmi les 40 participants, l'âge moyen était de 51,08 ans avec un écart type de 13,605, le participant le plus jeune ayant 21 ans et le participant le plus âgé ayant 73 ans. Plus de la moitié de l'échantillon se trouve dans le groupe d'âge de 25-54 ans (55 %), avec un seul participant (2,5 %) de moins de 25 ans, 22,5 % entre 55 et 64 ans, et 20 % des participants de 65 ans et plus.

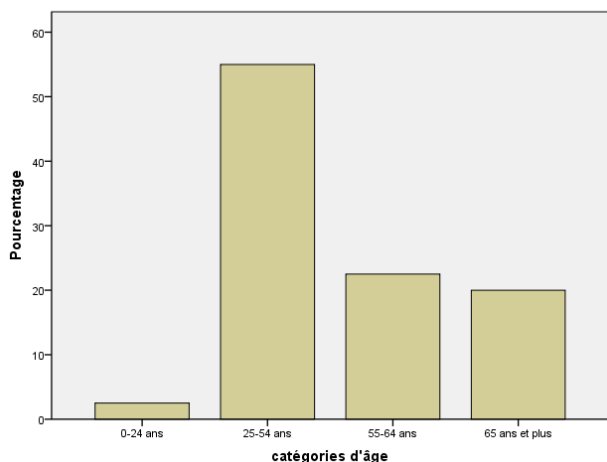


Figure 1 : Distribution des participants selon les groupes d'âge

En comparant les différents groupes d'âge par sexe, les proportions des hommes et des femmes dans chaque catégorie présentent des similitudes et des différences : un seul participant a moins de 25 ans (homme); dans la catégorie de 25-54 ans, on trouve des proportions similaires (56 % des hommes et 53,3 % des femmes); dans la catégorie de 55-64 ans par contre, on trouve une surreprésentation de femmes (33,3 % contre 16 % des hommes); et, finalement, dans la catégorie de 65 ans et plus, les hommes sont surreprésentés (24 % contre 13,3% des femmes). Un tableau plus détaillé sera présenté ultérieurement.

La plupart de participants sont nés au Québec (82,5 %). En termes de l'état civil, 25 % de l'échantillon sont présentement en couple (5 % mariés et 20 % en union libre), tandis que 75 % sont sans partenaire (42,5 % célibataires, 27,5 % séparés/divorcés, et 5 % veuf/ves). En ce qui concerne le niveau de scolarité, plus de la moitié de l'échantillon (55 %) a complété un maximum de 12 années, 35 % ont fait des études au cégep (partiel ou complété), et seulement 10 % ont fait des études à l'université (partielle ou complétée). Si on considère l'occupation actuelle, plus de la moitié des participants (57,5 %) est sur le marché du travail (45 % à temps plein et 12,5 % à temps partiel), tandis que 42,5 % d'entre eux sont sans emploi (25 % en retraite/invalidité, 12,5 % en aide sociale, et 5 % dans d'autres situations). Par ailleurs, le revenu personnel annuel des participants est variable : 15 % d'entre eux gagnent 11 999 \$ et moins; 25 %, entre 12 000 \$ et 19 999 \$; 37,5 %, entre 20 000 \$ et 29 999 \$; 7,5 %, entre 30 000 \$ et 39 999 \$; et 15 % des participants ont un revenu de 40 000 \$ et plus. C'est important de mentionner que le seuil de faible revenu pour une personne seule à Montréal est de 17 219 \$, ce qui implique qu'environ un tiers des participants sont en dessous de ce seuil (Statistique Canada, 2004).

La durée de traitement des participants présente aussi une variabilité importante, avec une moyenne de 30,01 mois et une médiane de 24 mois (écart type = 35,32). Cette variabilité peut rendre difficile la comparaison entre les participants qui viennent de commencer le traitement et ceux qui l'ont suivi pendant plusieurs années. Par ailleurs, le recrutement d'un échantillon plus homogène aurait pris plus des six mois prévus.

Si les participants sont catégorisés selon la durée du traitement, les proportions dans chacune des catégories sont les suivantes : 7,5 % des participants sont en traitement depuis moins d'un mois; 25 % depuis plus d'un mois mais moins de 6 mois; 10 % depuis plus de 6 mois mais moins de 12 mois; 27,5 % depuis plus d'un an mais moins de trois ans; 15 % depuis plus de trois ans mais moins de six ans; et 15 % d'entre eux sont en traitement depuis six ans ou plus.

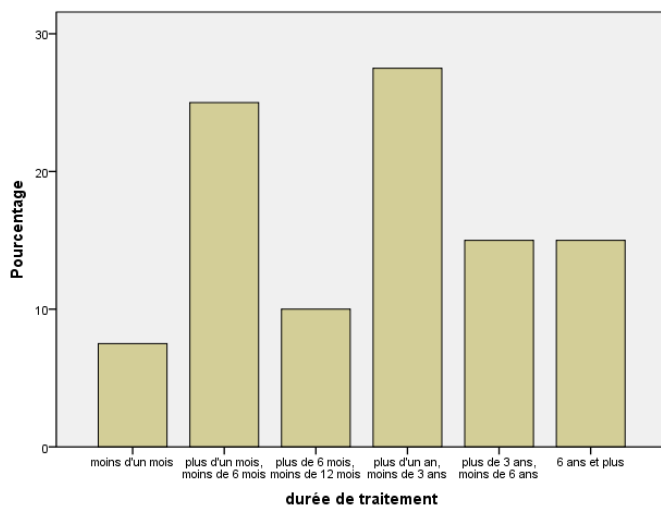


Figure 2 : Distribution des participants selon la durée de traitement

Si on compare l'échantillon de cette étude avec la clientèle ayant reçu des services au Centre Dollard-Cormier, Programme jeu pathologique, pendant l'année 2010-2011, on constate que les deux groupes sont similaires socio-démographiquement (âge, état civil, origine ethnique et occupation actuelle), comme on peut voir dans le tableau I. Ainsi, l'échantillon est représentatif de la clientèle du centre.

Tableau I : Comparaison de l'échantillon avec la clientèle du Centre Dollard-Cormier

Variable	Fréquence dans l'échantillon	Pourcentage dans l'échantillon	Pourcentage dans la clientèle CDC
Groupe d'âge FEMMES :			
<i>0-24 ans</i>	0	0 %	1,42 %
<i>25-54 ans</i>	8	53,3 %	58,16 %
<i>55-64 ans</i>	5	33,3 %	23,40 %
<i>65 ans et plus</i>	2	13,3 %	17,02 %
<i>Total femmes</i>	15	37,5 %	36,43 %
Groupe d'âge HOMMES :			
<i>0-24 ans</i>	1	4 %	6,51 %
<i>25-54 ans</i>	14	56 %	67,07 %
<i>55-64 ans</i>	4	16 %	15,85 %
<i>65 ans et plus</i>	6	24 %	10,57 %
<i>Total hommes</i>	25	62,5 %	63,57 %
État civil :			
<i>Mariés</i>	2	5 %	18,60 %
<i>Union libre</i>	8	20 %	16,28 %
<i>Séparés/divorcés</i>	11	27,5 %	16,54 %
<i>Veuf/ves</i>	2	5 %	6,46 %
<i>Célibataires</i>	17	42,5 %	42,12 %
Origine ethnique :			
<i>Nés au Québec</i>	33	82,5 %	79,59 %
<i>Autre</i>	7	17,5 %	20,41 %
Occupation actuelle :			
<i>Travail</i>	23	57,5 %	45,99 %
<i>Retraite</i>	10	25 %	13,70 %
<i>Aide social</i>	5	12,5 %	17,57 %
<i>Autres</i>	2	5 %	22,74 %

Prévalence du jeu pathologique

Le score moyen obtenu dans l'ICJE était de 18,18 et la médiane de 20 (écart type=8,2). Comme on peut le constater dans le tableau II, seulement un des participants dans l'échantillon était un joueur sans problème (2,5 %); 5 % étaient des joueurs à faible risque; 7,5 % étaient des joueurs à risque modéré et la grande majorité des participants (85 %) étaient de joueurs pathologiques probables. Les caractéristiques sociodémographiques des différents types de joueurs sont présentées dans l'annexe 6.

Tableau II: Classification des participants selon la gravité de leur problème de jeu

Type de joueurs	N	%
Joueurs sans problème	1	2,5
Joueurs à faible risque	2	5
Joueurs à risque modéré	3	7,5
Joueurs pathologiques probables	34	85
Total	40	100

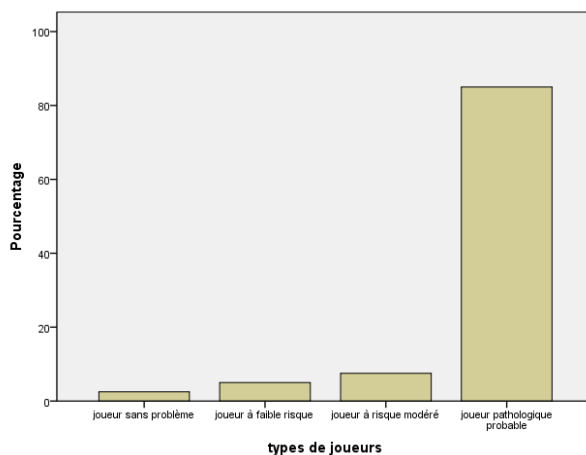


Figure 3 : Distribution des participants selon la gravité de leur problème de jeu

Jeu pathologique et consommation d'alcool et de drogues

La première hypothèse de l'étude avait pour objet l'évaluation de la consommation d'alcool et de drogues chez les joueurs pathologiques.

La consommation d'alcool dans les 12 derniers mois a été mesurée avec l'AUDIT. Le score moyen obtenu était de 3,73 avec un écart type de 5,17. Selon les résultats de ce test (indiqués dans le tableau III), 75 % des participants ne présentent pas de consommation à risque, tandis que 25 % ont une probabilité d'avoir une consommation à risque. Aucun participant n'a présenté un diagnostic potentiel de dépendance à l'alcool.

Tableau III : Classification des participants selon la gravité de leur consommation

Score AUDIT	Pourcentage
0-7 : Pas de problème	75
8-19 : Probabilité de consommation à risque	25
20 et plus : Diagnostic potentiel de dépendance à l'alcool	0

En utilisant l'IGT, on a mesuré la gravité de la consommation d'alcool à vie chez les participants. Selon le score général obtenu dans la sphère d'alcool (tableau IV), actuellement 10 % des participants présentent un problème considérable ou extrême, 15 % ont un problème de gravité moyenne et 75 % n'ont pas de problème avec leur consommation ou ont un problème léger. Néanmoins, parmi les participants qui ne présentent pas de problème actuellement (30/40), 16 ont eu des histoires de consommation dans le passé : (quatre participants avec 1-5 ans d'utilisation, deux avec 6-10 ans d'utilisation et dix participants avec plus de dix ans d'utilisation). Ces résultats indiquent que 35 % de l'échantillon n'a jamais eu une consommation d'alcool problématique, mais 40 % des participants ont eu de problèmes dans le passé et 25 % traversent actuellement de tels problèmes.

Tableau IV: Gravité de la consommation d'alcool à vie selon le score obtenu dans l'IGT

Consommation actuelle	Fréquence	%	Consommation dans le passé
Problème considérable ou extrême	4	10	-
Problème de gravité moyenne	6	15	-
Pas de problème ou problème léger	30	75	35 % (14/40) : aucun an d'utilisation 10 % (4/40) : 1-5 ans d'utilisation 5 % (2/40) : 6-10 ans d'utilisation 25 % (10/40) : plus de 10 ans d'utilisation

Si on considère la consommation d'alcool dans les 30 derniers jours, plus d'un tiers des participants (37,5 %) n'ont pas consommé d'alcool, 17,5 % ont consommé un seul jour et le reste (45 %) ont consommé trois jours ou plus. La consommation moyenne d'alcool était de 6,15 jours, avec une médiane de 1,00 jour (écart type=9,61).

En ce qui concerne la première consommation d'alcool, l'âge moyen pour l'échantillon était de 15,30 ans (écart type=3,93) avec un âge minimum de 3 ans et un âge maximum de 24 ans.

La gravité de la consommation de drogues à vie a aussi été mesurée avec l'IGT. Selon le score général obtenu dans la sphère des drogues, 72,5 % n'ont pas de problème ou ont un problème léger, 15 % ont un problème moyen et 12,5 % ont un problème considérable ou extrême.

De plus, la polyconsommation dans le dernier mois et à vie a été mesurée. Au cours de 30 derniers jours, la plupart de participants (57,5 %) ne présentent aucun jour de polyconsommation, 15 % ont consommé un jour et le reste (27,5 %) ont consommé plusieurs

substances deux jours ou plus. La polyconsommation moyenne était de 1,98 jours, avec une médiane de 0,00 (écart type=5,01).

En ce qui concerne les années d'utilisation de plusieurs substances, 55 % de l'échantillon n'ont pas présenté des histoires de polyconsommation, mais 20 % des participants ont consommé plusieurs substances de façon régulière pendant 1-5 ans, 10 % pendant 6-10 ans et 15 % pendant plus de 10 ans.

L'âge moyen de la première consommation de drogues était de 21,67 ans (écart type=11,42) avec un âge minimum de 9 ans et un âge maximum de 62 ans.

En demandant aux participants dans l'IGT quelle substance leur causait un problème majeur, 5 % ont choisi l'alcool, 2,5 % le cannabis, 22,5 % l'alcool et les drogues ensemble, et 5 % les polydrogues. Le reste de l'échantillon (65 %) ne présentait aucun problème de consommation actuellement.

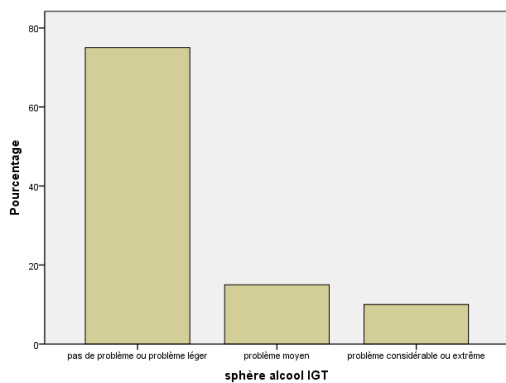


Figure 4 : Distribution des participants selon la gravité de leur consommation d'alcool (IGT)

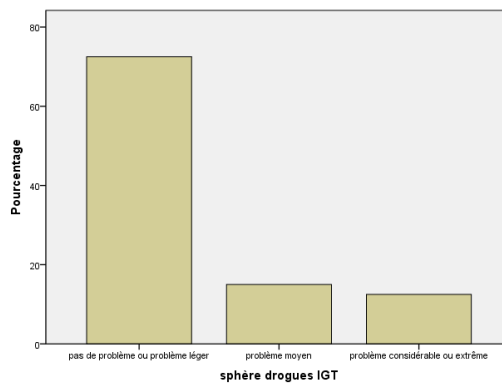


Figure 5 : Distribution des participants selon la gravité de leur consommation de drogues (IGT)

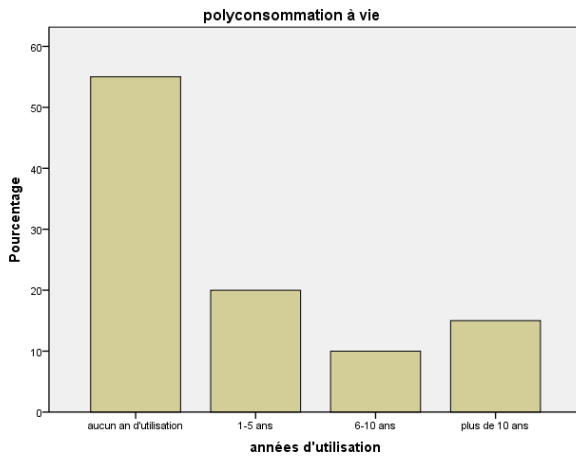


Figure 6 : Polyconsommation à vie

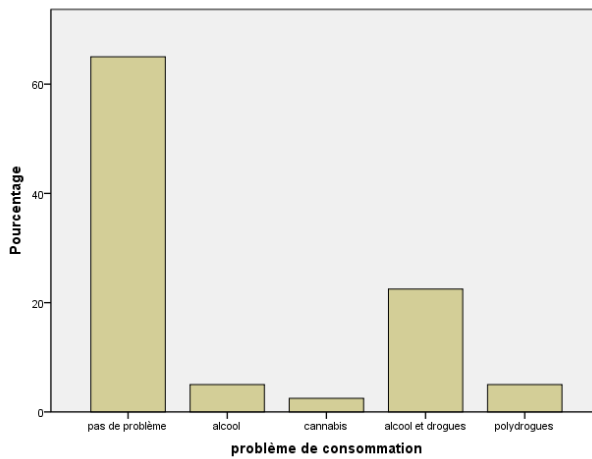


Figure 7 : Substances causant un problème majeur

Comme on peut le constater à partir des résultats présentés précédemment, les problèmes de consommation d'alcool et de drogues sont souvent présents chez les gens ayant un problème de jeu pathologique, ce qui soutient la première hypothèse de l'étude. Dans le cas de cet échantillon clinique, 65 % des participants ont présenté des problèmes avec leur consommation d'alcool, soit actuellement (25 %) soit dans le passé (40 %). En ce qui concerne les drogues, 27,5 % des participants présentent de problèmes avec leur consommation et 20 % d'entre eux ont présenté des histoires de polyconsommation dans le passé.

Selon l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 1,2 (ESCC 1,2) (Kairouz et al., 2008), 16 % de la population québécoise ont présenté une consommation excessive d'alcool au cours des 12 derniers mois et 1,8 % ont présenté une dépendance à l'alcool. En ce qui concerne les autres substances, 12,8 % ont fait un usage régulier du cannabis et 3,2 % ont fait un usage régulier des autres substances illicites au cours des 12 derniers mois. Alors, la probabilité de présenter un problème de consommation d'alcool ou de drogues semble être plus élevée chez l'échantillon étudié que dans la population générale.

Jeu pathologique et détresse psychologique

La deuxième hypothèse de l'étude était qu'une détresse psychologique serait présente chez les joueurs pathologiques en traitement. Cette détresse a été mesurée, à partir de l'IGT et le MCMI-III, en faisant l'évaluation des symptômes et des syndromes cliniques ainsi que des troubles de la personnalité.

En utilisant l'IGT, les différentes sphères de la vie des participants ont été évaluées au cours du dernier mois et à vie. Les deux sphères les plus problématiques étaient l'état psychologique et les relations interpersonnelles. Dans la sphère de l'état psychologique, 37,5 % des participants avaient des problèmes considérables ou extrêmes actuellement, 35 % des problèmes de gravité moyenne et le reste de l'échantillon (27,5 %) n'a présenté aucun problème au niveau psychologique ou des problèmes légers. Dans la sphère des relations interpersonnelles, 27,5 % des participants avaient des problèmes considérables ou extrêmes actuellement, 35 % des problèmes de gravité moyenne et le reste (37,5 %) n'ont pas présenté aucun problème ou des problèmes relationnels légers.

Étant donné que la sphère de l'état psychologique était la plus problématique selon l'IGT, les différents symptômes de détresse psychologique évalués dans ce test ont aussi été analysés pour les 30 derniers jours et à vie (tableau V). La grande majorité des participants (87,5 %) ont présenté des symptômes de dépression ou d'anxiété à vie et presque la moitié d'entre eux en présentaient au cours du dernier mois (45 % pour la dépression et 52,5 % pour l'anxiété). De plus, 70 % des participants ont présenté des pensées suicidaires à vie et 22,5 % au cours du dernier mois, tandis que 40 % ont fait des tentatives de suicide à vie et 5 % au cours du dernier mois. Finalement, 80 % des participants ont déclaré avoir pris de médicaments pour des problèmes émotionnels ou psychologiques au cours de leur vie et 45 % d'entre eux en prenaient au cours des 30 derniers jours. Si on compare les résultats selon le sexe, il semble avoir des différences apparentes entre les hommes et les femmes. En fait tous les symptômes sont plus présents chez les femmes que chez les hommes, sauf pour la dépression dans le dernier mois qui est plus fréquente chez les hommes.

Tableau V : Symptômes de détresse psychologique selon l'IGT

Symptômes		Tous	Hommes	Femmes
Dépression	<i>Dernier mois</i>	45 %	48 %	40 %
	<i>À vie</i>	87,5 %	84 %	93,3 %
Anxiété	<i>Dernier mois</i>	52,5 %	52 %	53,3 %
	<i>À vie</i>	87,5 %	84 %	93,3 %
Pensées suicidaires	<i>Dernier mois</i>	22,5 %	12 %	40 %
	<i>À vie</i>	70 %	60 %	86,7 %
Tentatives de suicide	<i>Dernier mois</i>	5 %	0 %	13,3 %
	<i>À vie</i>	40 %	28 %	60 %
Médicaments	<i>Dernier mois</i>	45 %	44 %	46,7 %
	<i>À vie</i>	80 %	72 %	93,3 %

Les taux de prévalence observés dans l'échantillon semblent être beaucoup plus élevés que ceux observés dans la population générale. En fait, selon l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 1,2 (ESCC 1,2) (Kairouz et al., 2008), 11,2 % de la population québécoise ont présenté un diagnostic à vie d'au moins un trouble anxieux et 4,2 %, au cours des 12 derniers mois. En ce qui concerne la dépression majeure, 13,9 % ont présenté un diagnostic à vie et 4,8 % au cours des 12 derniers mois. De plus, 14,4 % ont présenté des pensées suicidaires à vie et 3,8 % au cours de 12 derniers mois, tandis que 3,5 % ont fait des tentatives de suicide à vie et 0,3 % l'ont fait au cours des 12 derniers mois. Cela veut dire que l'échantillon étudié semble être plus à risque de présenter des symptômes de détresse psychologique que la population générale. Néanmoins, une telle affirmation est très risquée étant donné que les variables de cette étude ont été mesurées différemment que dans les études portant sur la population générale, ce qui sera approfondi dans la discussion des résultats.

La prévalence de divers syndromes cliniques à vie chez les joueurs de l'échantillon a été évaluée à travers le MCMI-III. Le test d'une des participants a été invalidé à cause d'un excès de réponses manquantes et doubles. Pour cette raison, toutes les analyses ont été faites sur 39 participants (25 hommes et 14 femmes) au lieu de sur 40. Des scores ont été calculés pour chaque syndrome clinique. Un score de 75 à 84 indique que le participant présente des signes du syndrome tandis qu'un score de 85 et plus indique la prééminence du syndrome.

En utilisant le seuil de 85 et plus, la moyenne du nombre total de syndromes cliniques présentés était de 1,08 (écart type=1,22), avec 45 % des participants n'ayant présenté aucun trouble et le reste des participants ayant présenté d'un à un maximum de quatre syndromes cliniques (2,5 %), ce qui signifie que 52,5 % des participants ont eu un diagnostic probable d'au moins un syndrome clinique.

Si on considère les scores de 75 à 84, la moyenne du nombre total de syndromes cliniques présentés était de 2,33 (écart type=1,95), avec 25 % des participants n'ayant présenté aucun syndrome et des participants ayant présenté d'un jusqu'à un maximum de six syndromes cliniques (7,5 %), ce qui signifie que 72,5 % des participants ont eu un diagnostic d'au moins un syndrome clinique.

Le tableau VI indique les scores obtenus pour chaque syndrome clinique selon les deux seuils utilisés (85+ et 75-84). Au seuil de 85 et plus, les syndromes les plus prédominants étaient l'anxiété (27,5 %), la dépression majeure (25 %) et la dysthymie ainsi que la dépendance à l'alcool (15 % chacune). Les syndromes avec aucun participant ayant eu un score de 85 ou plus étaient la somatisation, le trouble de l'état de stress post-traumatique, le trouble de la pensée et le trouble délirant. Au seuil de 75-84, les syndromes cliniques les plus prédominants étaient l'anxiété (27,5 %), le trouble bipolaire ainsi que la dépendance aux drogues (20 % chacun) et la dépression majeure (17,5 %). Tous les syndromes ont obtenu des scores d'au moins 75.

Les scores moyens obtenus pour chaque syndrome clinique sont montrés dans le tableau VII. La moyenne pour tous les syndromes était en dessous de 65. Le syndrome avec le score moyen le plus élevé était l'anxiété (moyenne=62,31, écart type=33,09), suivie par le trouble bipolaire (moyenne=60,62, écart type=23,61) et la dépendance aux drogues (moyenne=59,13, écart type=24,01). En comparant les scores moyens obtenus entre les hommes et les femmes, on peut voir que les hommes ont obtenu des scores plus élevés pour les syndromes d'anxiété, trouble bipolaire et dépendance (alcool et drogues), tandis que la dysthymie et la dépression majeure étaient plus élevées chez les femmes.

Tableau VI : Scores obtenus pour les syndromes cliniques évalués dans le MCMI-III

Échelle MCMI-III	Score 85+		Score 75-84	
	%	Position	%	Position
Anxiété	27,5	1	27,5	1
Somatisation	0	7	2,5	10
Trouble bipolaire	12,5	5	20	2
Dysthymie	15	3	7,5	6
Dépendance alcool	15	3	10	5
Dépendance drogues	10	6	20	2
Trouble de l'ÉSPT	0	7	7,5	6
Trouble de la pensée	0	7	5	8
Dépression majeure	25	2	17,5	4
Trouble délirant	0	7	5	8

Tableau VII : Scores moyens obtenus pour les syndromes cliniques selon le sexe

Échelles MCMI-III	Score moyen (Écart type)		
	Tous	Hommes	Femmes
Anxiété	62,31 (33,09)	64,36 (33,75)	58,64 (32,78)
Somatisation	48,10 (26,27)	47,68 (25,51)	48,86 (28,54)
Trouble bipolaire	60,62 (23,61)	64,24 (25,16)	54,14 (19,74)
Dysthymie	57,21 (28,82)	53,16 (28,16)	64,43 (29,60)
Dépendance alcool	57,74 (25,94)	63,44 (25,31)	47,57 (24,73)
Dépendance drogues	59,13 (24,01)	63,32 (24,17)	51,64 (22,65)
Trouble de l'ÉSPT	48,54 (23,73)	47,36 (23,96)	50,64 (24,08)
Trouble de la pensée	48,92 (26,45)	49,32 (24,86)	48,21 (30,06)
Dépression majeure	55,31 (32,09)	54,04 (30,11)	57,57 (36,45)
Trouble délirant	41,97 (27,44)	40,24 (28,66)	45,07 (25,84)

Si on considère exclusivement le syndrome clinique le plus élevé pour chaque participant (tableau VIII), un quart des participants ont obtenu le score le plus élevé dans l'anxiété. Néanmoins, il y a aussi un quart des participants qui n'ont pas obtenu de syndrome

prédominant, étant donné que seulement les syndromes avec un score de 75 ou plus ont été considérés.

Tableau VIII : Syndromes cliniques les plus élevés chez les participants

Syndromes cliniques	Fréquence	Pourcentage
Aucun score de 75+	10	25
Anxiété	10	25
Trouble bipolaire	4	10
Dysthymie	5	12,5
Dépendance alcool	4	10
Dépendance drogues	4	10
Dépression majeure	1	2,5
Mixte	1	2,5
Total	39	97,5

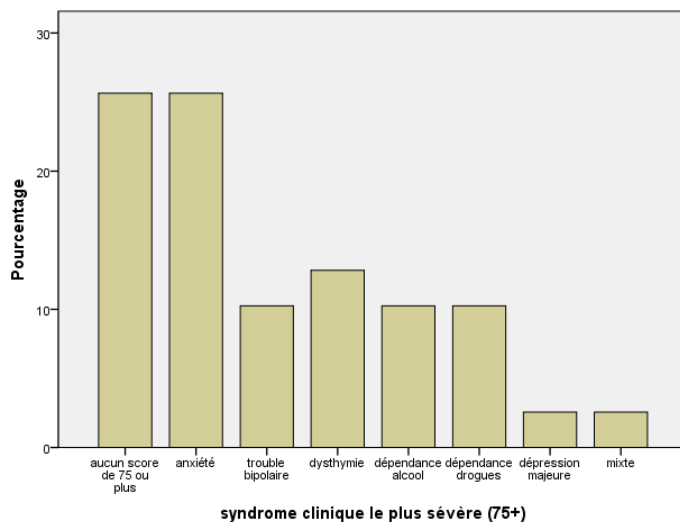


Figure 8 : Syndromes cliniques les plus élevés chez les participants

Selon ces résultats, pour 10 % de l'échantillon le trouble bipolaire est le syndrome clinique le plus élevé. Cependant, il faut noter que le trouble bipolaire est un des critères d'exclusion du jeu pathologique. Alors, il faudrait vérifier le diagnostic pour ces participants

parce qu'en principe, ils devraient suivre un traitement pour le trouble bipolaire ou un traitement intégré qui mieux répondrait à leurs symptômes.

Comme on peut le constater à partir des résultats présentés précédemment, une proportion importante des participants ont présenté, soit dans le passé soit actuellement, des symptômes de détresse psychologique (anxiété, dépression, pensées suicidaires et tentatives de suicide) et même des syndromes cliniques spécifiques tels que l'anxiété, la dépression majeure et la dysthymie, ce qui soutient la première partie de la deuxième hypothèse de l'étude.

Outre que pour évaluer la prévalence des syndromes cliniques, le MCMI-III a également été utilisé pour mesurer les troubles de la personnalité chez les joueurs de l'échantillon. Les analyses ont été faites avec 39 participants étant donné qu'un des tests était invalidé, comme on l'a mentionné. Des scores ont été calculés pour chaque échelle. Un score de 75 à 84 indique que le participant présente des signes de ce trouble de la personnalité tandis qu'un score de 85 et plus indique la prééminence du trouble.

En utilisant le seuil de 85 et plus, la moyenne du nombre total de troubles de la personnalité présentés était de 0,95 (écart type=1,19), avec des participants n'ayant présenté aucun trouble (42,5 %) et des participants ayant présenté d'un jusqu'à un maximum de cinq troubles (2,5 %), ce qui signifie que 55 % des participants ont eu un diagnostic probable d'au moins un trouble de la personnalité.

Si on considère les scores de 75 à 84, la moyenne du nombre total de troubles de la personnalité présentés était de 2,92 (écart type=1,98), avec des participants n'ayant présenté aucun trouble (7,5 %) et des participants ayant présenté un jusqu'à un maximum de sept troubles (5 %), ce qui signifie que 90 % des participants ont eu un diagnostic d'au moins un trouble de la personnalité.

Le tableau IX indique les scores obtenus dans chaque échelle selon les deux seuils utilisés (85+ et 75-84). Au seuil de 85 et plus, les échelles les plus prédominantes en ordre décroissant étaient : dépendante (22,5 %), dépressive (20 %) et narcissique (15 %). Les échelles n'ayant pas de participants avec un score de 85 ou plus étaient : sadique, compulsive, négativiste, schizotypique, limite ni paranoïaque. Au seuil de 75-84, les échelles les plus prédominantes en ordre décroissant étaient : dépendante (35 %), limite (27,5 %) et schizoïde ainsi qu'évitante (20 % chacune). La seule échelle n'ayant pas de participants avec un score de 75 à 84 était la personnalité sadique.

Tableau IX : Scores obtenus pour les troubles de la personnalité selon le MCMI-III

Échelles MCMI-III	Score 85+		Score 75-84	
	%	Position	%	Position
Schizoïde	7,5	6	20	3
Évitante	5	7	20	3
Dépressive	20	2	22,5	5
Dépendante	22,5	1	35	1
Histrionique	2,5	8	5	10
Narcissique	15	3	5	10
Antisociale	10	4	17,5	6
Sadique	0	9	0	14
Compulsive	0	9	2,5	12
Négativiste	0	9	12,5	7
Masochiste	10	4	12,5	7
Schizotypique	0	9	2,5	12
Limite	0	9	27,5	2
Paranoïaque	0	9	10	9

Les scores moyens obtenus pour chaque échelle sont montrés dans le tableau X. La moyenne pour toutes les échelles était en dessous de 70. L'échelle avec le score moyen le plus élevé était la personnalité dépendante (moyenne=68,46, écart type= 24,37), suivie par les personnalités schizoïde (moyenne=63,56, écart type=21,14) et antisociale (moyenne=60,97, écart type=22,25). Les hommes ont obtenu des scores plus élevés dans les échelles dépendante et antisociale, tandis que les échelles dépressive et schizoïde étaient plus élevées pour les femmes.

Tableau X : Scores moyens obtenus pour les troubles de la personnalité selon le sexe

Échelles MCMI-III	Score Moyen (Écart Type)		
	Tous	Hommes	Femmes
Schizoïde	63,56 (21,14)	61,24 (20,78)	67,71 (21,91)
Évitante	55,15 (26,14)	56,28 (23,83)	53,14 (30,70)
Dépressive	58,74 (29,94)	55,88 (29,77)	63,86 (30,65)
Dépendante	68,46 (24,37)	69,96 (21,75)	65,79 (29,16)
Histrionique	50,03 (22,36)	52,84 (21,93)	45,00 (23,06)
Narcissique	53,95 (25,57)	56,00 (23,13)	50,29 (30,01)
Antisociale	60,97 (22,25)	64,24 (22,73)	55,14 (20,89)
Sadique	51,36 (22,13)	52,52 (23,32)	49,29 (20,50)
Compulsive	51,69 (16,19)	50,96 (16,21)	53,00 (16,67)
Négativiste	54,64 (22,77)	50,92 (25,20)	61,29 (16,38)
Masochiste	59,87 (24,46)	60,60 (24,41)	58,57 (25,43)
Schizotypique	47,18 (25,85)	48,56 (23,50)	44,71 (30,39)
Limite	58,56 (25,05)	58,80 (23,93)	58,14 (27,89)
Paranoïaque	55,72 (18,38)	51,92 (20,89)	62,50 (10,20)
	N = 39	n = 25	n = 14

Si on compare la prévalence des troubles de la personnalité chez l'échantillon étudié avec celle trouvée dans la population générale, il semble avoir des différences importantes. Selon le NESARC (Petry et al., 2005), 60,82 % des joueurs pathologiques dans la population générale ont présenté un diagnostic à vie d'au moins un trouble de la personnalité. Les troubles les plus fréquents étaient, en ordre décroissant : obsessionnelle-compulsif (28,45 %), paranoïaque (24,08 %), antisociale (23,31 %), schizoïde (14,97 %), évitante (13,96 %), histrionique (13,10 %) et dépendante (3,19 %).

Si on considère exclusivement l'échelle la plus élevée de chaque participant (tableau XI), plus d'un tiers (35 %) de l'échantillon a obtenu le score le plus élevé dans l'échelle de personnalité dépendante et 15 % dans l'échelle de personnalité dépressive. Trois participants (7,5 %) n'ont pas obtenu d'échelle prédominante, étant donné que seulement les échelles avec un score de 75 ou plus ont été considérées.

Tableau XI : Troubles de la personnalité les plus élevés chez les participants

Échelles les plus élevées	Fréquence	Pourcentage
Aucun score de 75+	3	7,5
Schizoïde	4	10
Dépressive	6	15
Dépendante	14	35
Histrionique	2	5
Narcissique	5	12,5
Antisociale	5	12,5
Total	39	97,5

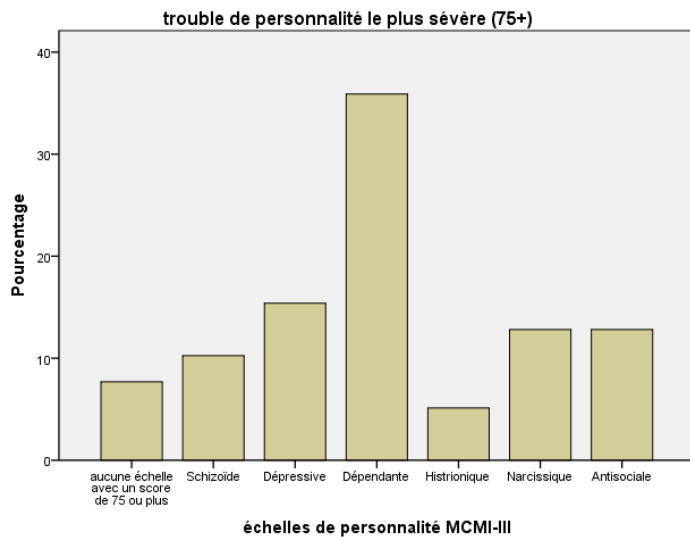


Figure 9 : Troubles de la personnalité les plus élevés chez les participants

Comme on peut le constater à partir des résultats présentés antérieurement, plus de la moitié de l'échantillon (55 %) présentent au moins un trouble de la personnalité selon le MCMI-III. De plus, plusieurs participants présentent deux ou plus troubles comorbides de la personnalité. Ces résultats soutiennent la deuxième partie de la deuxième hypothèse de l'étude. Alors, on peut conclure que les joueurs pathologiques de l'échantillon présentent une détresse psychologique importante, caractérisée par la présence des symptômes et syndromes cliniques et des troubles de la personnalité.

Jeu pathologique et trouble de l'état de stress post-traumatique

La troisième hypothèse de l'étude était qu'une concomitance entre le jeu pathologique et le trouble de l'ÉSPT serait trouvée chez les participants.

En utilisant l'IGT, les abus vécus à vie (émotionnel, physique et sexuel) ont été mesurés. Presque la moitié des participants (47,5 %) ont déclaré avoir vécu des abus émotionnels, 32,5 % ont révélé des abus sexuels et 30 % des abus physiques. Comme on peut le constater, il y a des participants qui ont vécu plusieurs types d'abus. En fait, presque un tiers

d'entre eux (32,5 %) ont mentionné avoir été victimes de plusieurs types d'abus, 30 % ont déclaré un seul type d'abus et 37,5 % n'ont mentionné aucun abus.

Le nombre total d'événements traumatiques vécus à vie a été mesuré avec le QÉT. La moyenne était de 2,08 événements traumatiques vécus (écart type=1,46) avec des participants n'ayant vécu aucun (12,5 %) et des participants ayant vécu un jusqu'à un maximum de six événements traumatiques. Plus de la moitié de l'échantillon (55 %) a mentionné avoir vécu un ou deux événements traumatiques. L'âge moyenne du premier événement traumatique était de 19,73 ans (écart type=11,81) avec un âge minimum de 4 ans et un âge maximum de 49 ans.

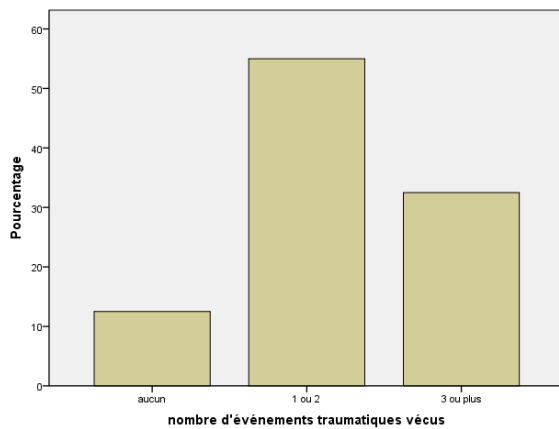


Figure 10 : Nombre total d'événements traumatiques vécus à vie selon le QÉT

Le tableau XII montre la prévalence de chaque type d'événement traumatique vécu ainsi que l'âge moyen de chacun. Les événements vécus par plus de participants étaient une peur de mourir (35 %), une autre situation traumatique (32,5 %) et un accident grave (27,5 %). Aucun participant n'a déclaré avoir vécu une guerre ou un combat, ni avoir un proche tué par un conducteur ivre.

Tableau XII : Prévalence des différents événements traumatiques à vie selon le QÉT

Type d'événement traumatique vécu	%	Âge moyenne
Guerre ou combat	0	NA
Accident grave	27,5	30,27
Désastre naturel	5	66
Agression sexuelle (avant 13 ans)	17,5	10,29
Agression sexuelle (13-18 ans)	15	15,33
Agression sexuelle (après 18 ans)	10	23
Agression physique (avec arme)	15	28,25
Agression physique (sans arme)	17,5	13,50
Blessure grave	5	18
Peur de mourir	35	26,92
Témoin d'une situation traumatique	25	30,67
Autre situation traumatique	32,5	34,60
Assassinat d'un proche	2,5	NSP
Proche tué par un conducteur ivre	0	NA

Les symptômes du trouble de l'ÉSPT présents dans les deux dernières semaines ont été mesurés en utilisant l'ÉMST. Le score moyen obtenu était de 6,08, avec un écart type de 10,09. Plus de la moitié des participants (52,5 %) n'ont pas présentés de symptômes. Néanmoins, 30 % d'entre eux ont présenté quelques symptômes et 17,5 % ont obtenu un score indiquant la probabilité d'un diagnostic de trouble de l'ÉSPT.

Selon le *National Comorbidity Survey Replication* (NCS-R) (Kessler et al., 2008), le taux de prévalence à vie du trouble de l'ÉSPT est de 14,8 % dans la population américaine. Cela veut dire que les participants de l'échantillon étudié semblent avoir une probabilité un peu plus grande de présenter un diagnostic du trouble de l'ÉSPT que les gens dans la population générale des États-Unis.

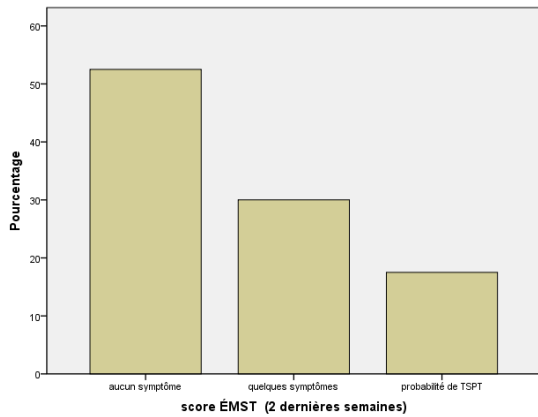


Figure 11 : Distribution des participants selon la présence de symptômes du trouble de l'ÉSPT

Comme on peut le constater à partir des résultats présentés précédemment, la grande majorité de l'échantillon (87,5 %) a vécu au moins un événement traumatique à vie. De plus, 30 % des participants ont présenté des symptômes du trouble de l'ÉSPT dans les deux semaines précédant l'étude et 17,5 % ont présenté un diagnostic probable de ce trouble, ce qui soutient la troisième hypothèse de l'étude concernant la concomitance entre le jeu pathologique et le trouble de l'ÉSPT.

CHAPITRE 4

Discussion et interprétation des résultats

CHAPITRE 4

Discussion et interprétation des résultats

Comme on peut le constater à partir des résultats présentés précédemment, la comorbidité est présente chez les joueurs pathologiques en traitement au Centre Dollard-Cormier, Institut universitaire sur les dépendances. En fait, les participants de l'étude présentent plusieurs difficultés à part de leur problème de jeu. Néanmoins, les scores obtenus à l'ICJE montrent qu'il y a des participants (15 %) qui ne souffrent pas actuellement d'un problème de jeu pathologique (2,5 % sont des joueurs sans problème, 5 % sont des joueurs à faible risque et 7,5 % sont des joueurs à risque modéré). Ces participants ont été conservés pour l'analyse des résultats étant donné qu'ils ont été admis en traitement pour leur problème de jeu, même si celui n'est plus présent. Toutefois, il faut interpréter les résultats avec prudence parce que dans ces cas, on aurait une comorbidité à vie au lieu d'avoir des troubles comorbides présents de façon simultanée.

Dans la section qui suit, les résultats obtenus seront discutés en faisant référence aux objectifs et hypothèses de l'étude. Les taux de prévalence des troubles évalués dans l'échantillon seront comparés à ceux trouvés dans la population générale selon les études mentionnées dans le cadre théorique. Pourtant, il faut faire attention au moment d'interpréter ces différences observées parce que les différentes variables cliniques mesurées dans cette étude ont été évaluées à l'aide d'instruments de mesure différents à ceux utilisés dans les études auprès de la population générale, ce qui rend difficile la comparaison des taux. En plus, on ne peut pas considérer que ces différences apparentes sont en fait significatives étant donné que les analyses statistiques nécessaires pour faire une telle affirmation n'ont pas été effectuées.

De la même façon, les résultats montrent une différence entre les hommes et les femmes sur certaines variables cliniques telles que les symptômes de détresse psychologique, les syndromes cliniques ainsi que les troubles de la personnalité. Néanmoins, aucun test statistique n'a été fait pour savoir si ces différences sont significatives. En conséquence, il faut interpréter et traiter ces différences avec prudence.

La consommation d'alcool et de drogues chez les joueurs pathologiques

Le premier objectif de l'étude était d'évaluer la consommation d'alcool et de drogues chez les joueurs pathologiques qui suivent un traitement au Centre Dollard-Cormier, Institut universitaire sur les dépendances pour voir s'il y avait une comorbidité de ces deux problématiques.

En ce qui concerne l'alcool, selon les deux instruments utilisés pour mesurer la gravité de la consommation (l'AUDIT et l'IGT) lors de cette étude, un quart de l'échantillon présente actuellement une consommation à risque. Ce taux est 1,56 fois plus élevé que celui trouvé dans la population québécoise selon l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 1,2 (ESCC 1,2) (Kairouz et al., 2008).

Lorsqu'on considère la consommation d'alcool à vie, on peut constater que près de la moitié des participants (40 %) présentent des histoires importantes de consommation dans le passé. Alors, cela veut dire qu'au total 65 % de l'échantillon étudié ont présenté ou présentent au cours des 12 derniers mois des problèmes de consommation d'alcool (25 % actuellement et 40 % dans le passé). Ce taux est similaire à ceux trouvés dans le NESARC (Petry et al., 2005) où 25,42 % des joueurs pathologiques dans la population générale ont présenté un abus d'alcool à vie et 47,79 % une dépendance à l'alcool à vie.

En ce qui concerne les drogues, 27,5 % des participants présentent une consommation problématique actuellement. Ce taux est 1,72 fois plus élevé que celui trouvé dans la population québécoise selon l'ESCC 1,2 (Kairouz et al., 2008).

Lorsqu'on examine la consommation à vie de plusieurs substances, on peut constater que près de la moitié de l'échantillon (45 %) présente des histoires importantes de polyconsommation. Ce taux est aussi similaire à ceux trouvés dans le NESARC (Petry et al., 2005) où 26,92 % des joueurs pathologiques dans la population générale ont présenté un abus de drogues à vie et 11,18 % une dépendance aux drogues à vie.

Il faut en conclure que, comme on l'avait formulé dans la première hypothèse de l'étude, ces troubles – jeu pathologique ainsi que consommation d'alcool et de drogues – se présentent souvent de façon concomitante, même si c'est dans des différents moments de la vie de la personne. Cette comorbidité a été démontrée dans la majorité des études faites auprès des joueurs pathologiques, soit dans la population générale soit dans des échantillons cliniques (Kessler et al., 2008; Petry et al., 2005; Rush et al., 2008; Smith et al., 2007).

En outre, plusieurs études ont démontré la similarité entre les critères diagnostiques du jeu pathologique et ceux des troubles reliés à la consommation de substances. Dans les deux cas, la substance ou le comportement addictif aide à la personne à satisfaire un besoin, mais il y a une perte de contrôle, des préoccupations et des pensées compulsives par rapport à la substance ou au comportement, une répétition du comportement en dépit des conséquences négatives, des signes de tolérance (besoin de consommer plus de substance ou de jouer plus ou avec plus d'argent pour atteindre la même excitation qu'avant) et des symptômes de sevrage tels que l'agitation, l'irritabilité, etc., lorsque la consommation ou le jeu est arrêté (APA, 2012; Grant et Kim, 2003; Temcheff et al., 2011).

Plusieurs explications peuvent clarifier la concomitance des problèmes de jeu pathologique et de consommation d'alcool et de drogues. L'explication la plus évidente est la prise de risque. Diverses études ont démontré que la prise de risque est souvent associée aux personnes qui sont à la recherche de sensations. Ces gens cherchent des sensations et des expériences nouvelles, variées, complexes et intenses et sont prêts à prendre différentes sortes de risques (physiques, sociaux, juridiques et financiers) afin de vivre telles expériences et d'avoir du plaisir. La consommation d'alcool et de drogues ainsi que le jeu pathologique font partie de cette vaste gamme de comportements à risque (Barnes et al., 2005; Llewellyn, 2008; Reyna et Rivers, 2008).

D'autres hypothèses explicatives incluent : l'implication des mêmes processus neurobiologiques et systèmes cérébraux de récompense ainsi que des facteurs génétiques et environnementaux similaires. Diverses études ont démontré que les mêmes structures et fonctions cérébrales sont souvent affectées tant chez les toxicomanes que chez les joueurs pathologiques. De plus, des études génétiques montrent que les mêmes gènes sont associés aux deux troubles (Grant et al., 2002; Petry, 2007).

Une dernière hypothèse pour expliquer cette concomitance serait que le jeu a remplacé la consommation et c'est pour cette raison qu'on trouve des histoires de consommation dans le passé des personnes qui ne consomment plus.

Alors, même si, dans cette étude, on ne connaît pas l'ordre d'apparition des deux troubles, on constate une comorbidité entre les deux problématiques. Deux processus pourraient être mis en cause : soit que la consommation de substances a désinhibé un comportement à risque tel que le jeu excessif, soit que le jeu pathologique a causé une

initiation ou une augmentation de la consommation, soit que les deux troubles se sont présentés comme des conséquences à d'autres problématiques chez les participants.

Toutefois, il est nécessaire de noter que les troubles de consommation ne sont pas présentes chez tous les joueurs de l'échantillon. Les explications proposées précédemment ne peuvent donc pas s'appliquer à tous les participants de l'étude.

La détresse psychologique chez les joueurs pathologiques

Le deuxième objectif de l'étude était d'identifier la présence d'une détresse psychologique chez les joueurs pathologiques en traitement, caractérisée par des symptômes et des syndromes cliniques (Axe I) ainsi que par des troubles de la personnalité (Axe II).

Les résultats montrent que, selon l'IGT, une grande majorité de l'échantillon (72,5 %) a présenté des problèmes de gravité moyenne à extrême dans l'échelle de l'état psychologique. En ce qui concerne la prévalence de plusieurs symptômes de détresse psychologique, près de 9 participants sur 10 ont présenté des symptômes d'anxiété et de dépression à vie (87,5 %). Ces taux sont 7,81 et 6,29 fois plus élevés (pour l'anxiété et pour la dépression, respectivement) que ceux observés dans la population québécoise selon l'ESCC 1,2 (Kairouz et al., 2008). De plus, 70 % des participants ont présenté des pensées suicidaires à vie tandis que 40 % ont fait des tentatives de suicide au cours de leur vie. En comparant ces taux avec ceux obtenus dans l'ESCC 1,2 (Kairouz et al., 2008), on constate que les pensées suicidaires sont 4,86 fois plus élevées chez l'échantillon étudié que dans la population québécoise et les tentatives de suicide sont 11,43 fois plus élevées. Cela est un premier indicateur d'une importante détresse psychologique vécue par les participants.

La prévalence des syndromes cliniques a été évaluée avec le MCMI-III. Les résultats montrent que plus de la moitié de l'échantillon (52,5 %) a eu un diagnostic probable d'au moins un syndrome clinique. Les troubles comorbides qui ont été trouvés chez les participants étaient : l'anxiété (dans 27,5 % de l'échantillon), la dépression majeure (25 %), la dysthymie (15 %) et le trouble bipolaire (12,5 %). Étant donné que le trouble bipolaire est un des critères d'exclusion du jeu pathologique, il faudrait vérifier le diagnostic des participants dont le trouble bipolaire est de 85+ pour examiner s'ils devraient suivre un traitement pour ce trouble, ou tout au moins un traitement intégré mieux adapté à leurs symptômes.

Cela dit, les syndromes cliniques trouvés dans l'échantillon peuvent être considérés comme un autre indicateur de détresse psychologique chez les joueurs pathologiques, tel que proposé dans la deuxième hypothèse de l'étude.

En outre, les troubles comorbides à l'Axe I trouvés dans l'échantillon sont similaires à ceux trouvés dans les différentes études mentionnées au début de ce texte. Selon ces études, les troubles de l'humeur et les troubles anxieux sont très fréquents chez les joueurs pathologiques (Kessler et al., 2008; Petry et al., 2005; Petry et Kiluk, 2002; Smith et al., 2007).

Par ailleurs, même si les résultats soutiennent l'hypothèse d'une détresse psychologique chez les joueurs de l'échantillon, nos données ne permettent de savoir si la détresse existait avant le problème de jeu ou si elle est apparue comme une conséquence du jeu. Néanmoins, plusieurs études ont trouvé qu'une des conséquences négatives du jeu pathologique est une détresse psychologique caractérisée par des divers symptômes tels que le stress, le sentiment de culpabilité, la dépression, l'anxiété, l'idéation suicidaire et les tentatives de suicide (Desrosiers et Jacques, 2009; Ferland et al., 2008; Petry et al., 2005; Petry et Kiluk,

2002; Williams et al., 2011). Généralement, cette détresse n'est pas seulement causée par le problème du jeu, mais aussi par les autres conséquences associées, telles que les problèmes financiers, d'emploi et les difficultés interpersonnelles présentes chez les joueurs, ce qui pourrait être également le cas pour les participants de cette étude.

En ce qui concerne les troubles de la personnalité, les résultats montrent que les joueurs pathologiques qui suivent un traitement au Centre Dollard-Cormier, Institut universitaire sur les dépendances sont fréquemment atteints de troubles de la personnalité comorbides. En effet, plus de la moitié de l'échantillon (55 %) présente un diagnostic probable d'au moins un trouble de la personnalité, selon le MCMI-III. Ce taux est similaire à celui trouvé dans le NESARC (Petry et al., 2005) où 60,82 % des joueurs pathologiques dans la population générale ont présenté un trouble de la personnalité.

Outre que le NESARC, plusieurs études ont démontré la comorbidité entre le jeu pathologique et les troubles de la personnalité (Bagby et al., 2008; Pelletier, 2006; Petry et al., 2005; Sacco et al., 2008; Sáez-Abad et Bertolín-Guillén, 2008). Néanmoins, il y a des différences en ce qui concerne les troubles de la personnalité les plus fréquents, ce qui pourrait être attribuable aux divers instruments utilisés dans les différentes études, aux différents échantillons sélectionnés et aussi aux différences culturelles (études faites aux États-Unis, au Canada, au Québec et en Espagne).

Dans cette étude, le trouble de la personnalité dépendante était le plus fréquent avec un taux de prévalence 7,05 fois plus élevé que celui trouvé dans le NESARC (Petry et al., 2005). Les autres troubles de la personnalité trouvés dans l'échantillon étaient : le TP dépressive, le TP narcissique, le TP masochiste (ces trois troubles n'étaient pas mesurés dans le NESARC), le TP antisociale, le TP schizoïde, le TP évitante et le TP histrionique (qui étaient,

respectivement, 2,33, 2,00, 2,79 et 5,24 fois plus élevés dans le NESARC que dans notre échantillon).

Plusieurs études ont démontré que les troubles de la personnalité se présentent souvent de façon comorbide avec les toxicomanies. Divers modèles ont été proposés pour expliquer cette comorbidité (Revington et Wilson, 2006). Parmi ces modèles, il y a ceux qui proposent que des facteurs communs (par exemple, des facteurs génétiques) contribuent à l'apparition des deux troubles. Selon d'autres modèles, les troubles de la personnalité sont un facteur de risque qui augmente la probabilité de développer une consommation d'alcool ou de drogues. Ainsi, les pensées et les symptômes bouleversants expérimentés par les personnes atteintes d'un trouble de la personnalité les amènent à consommer afin de réduire les émotions négatives et les sentiments de culpabilité qui sont souvent présents. D'autres modèles suggèrent, par contre, que c'est la consommation d'alcool ou de drogues qui cause ou empire les troubles mentaux (en incluant les troubles de la personnalité). Finalement, il y a des modèles bidirectionnels selon lesquels la vulnérabilité à présenter un des troubles est augmentée par la présence de l'autre trouble, l'un des troubles agissant comme un facteur de maintien de l'autre (Revington et Wilson, 2006). Même si ces modèles expliquent la comorbidité entre les troubles de la personnalité et les toxicomanies, ils pourraient aussi aider à expliquer la comorbidité entre les troubles de la personnalité et le jeu pathologique.

En ce qui concerne spécifiquement la relation entre le jeu pathologique et les troubles de la personnalité, quelques auteurs ont proposé que l'impulsivité qui est souvent présente dans les troubles de la personnalité a un rôle très important dans le développement du jeu pathologique (Fernández-Montalvo et Echeburúa, 2004; Steel et Blaszczynski, 1998).

Ce qui est clair est que la présence des troubles de la personnalité aggrave le problème de jeu ainsi que les autres symptômes qui peuvent être présents chez le joueur pathologique (tels que l'anxiété, la dépression, la consommation d'alcool ou de drogues, la détresse psychologique, les pensées suicidaires et les tentatives de suicide) et augmente le coefficient de difficulté du traitement. En fait, il est plus probable que les personnes atteintes d'un trouble de la personnalité quittent le traitement de façon prématurée, ce qui diminue son efficacité et augmente les risques de récurrence (Fernández-Montalvo et Echeburúa, 2004; Revington et Wilson, 2006; Steel et Blaszczynski, 1998).

Conséquemment, il est important de bien identifier les troubles de la personnalité présents chez les joueurs pathologiques qui arrivent en traitement afin de bien répondre à leur situation et leurs besoins spécifiques.

Concomitance du jeu pathologique et du trouble de l'état de stress post-traumatique

Le troisième objectif de l'étude était d'évaluer la prévalence du trouble de l'ÉSPT chez les participants de l'échantillon pour examiner s'il y avait concomitance entre ce trouble et le jeu pathologique. Comme on l'a déjà mentionné, cet objectif a été inclus dans le projet comme une demande spécifique de l'équipe clinique du Centre Dollard-Cormier, Institut universitaire sur les dépendances.

Les résultats obtenus montrent que, selon le QÉT, la plupart des participants (87,5 %) ont vécu un ou plusieurs événements traumatiques au cours de leur vie, ce qui est similaire au 88,6 % trouvé par Ledgerwood et Petry (2006) dans une étude réalisée avec un échantillon clinique.

En ce qui concerne les symptômes du trouble de l'ÉSPT dans les deux dernières semaines mesurés avec l'ÉMST, 30 % de l'échantillon ont présenté plusieurs symptômes mais seulement 17,5 % des participants ont présenté un diagnostic probable du trouble. La proportion trouvée par Ledgerwood et Petry (2006) était presque deux fois plus élevée (34,2 % des joueurs ont présenté un trouble de l'ÉSPT). Néanmoins, le 17,5 % trouvé dans cette étude est légèrement supérieure à la proportion trouvée par Kessler et al. (2008) auprès des joueurs pathologiques dans la population générale, où 14,8 % d'entre eux présentaient le trouble. Cela dit, le trouble de l'ÉSPT est présent chez les participants de l'étude, ce qui soutient la troisième hypothèse sur la concomitance de ce trouble et le jeu pathologique. Une possible explication de cette concomitance a pour objet les caractéristiques similaires partagées par les deux troubles, principalement l'impulsivité et la dissociation (Ledgerwood et Petry, 2006).

De plus, plusieurs études ont démontré que le trouble de l'ÉSPT se présente souvent de façon comorbide avec d'autres troubles, tels que la dépression et la consommation d'alcool ou de drogues (problématiques présentes chez les joueurs en traitement au Centre Dollard-Cormier, Institut universitaires sur les dépendances).

En fait, selon une étude réalisée par Simoneau et Guay (2008), la concomitance entre le trouble de l'ÉSPT et les toxicomanies peut être expliquée par plusieurs hypothèses incluant l'automédication (les substances seraient utilisées pour gérer les symptômes du trouble de l'ÉSPT, tels que l'insomnie, l'hypervigilance, la détresse psychologique, etc.) et le manque de soutien social (expliqué par les difficultés interpersonnelles et les pertes de relations causées soit par la consommation de substances soit par le cycle de victimisation vécu par des survivants des événements traumatiques). Ces mêmes hypothèses pourraient aussi expliquer la concomitance entre le trouble de l'ÉSPT et le jeu pathologique chez l'échantillon étudié.

Limites de l'étude

La présente étude comporte néanmoins certaines limites. Premièrement, un échantillon plus grand aurait rendu les résultats plus faciles à analyser ainsi que plus généralisables. Cependant, le choix de la taille de l'échantillon a été considéré approprié pour une étude pilote comme celle-ci ayant pour but la description des troubles comorbides chez les joueurs en traitement au centre. De plus, un échantillon composé des participants avec une durée de traitement moins hétérogène aurait aussi aidé à obtenir des résultats plus clairs. Également, il faut prendre en considération qu'il y a des participants qui ne présentent pas un problème de jeu pathologique actuellement, même s'initialement ils ont été admis en traitement pour cette problématique. Donc, il faut être prudent quant à la présence d'une comorbidité chez ces participants.

Deuxièmement, même si on sait que la plupart des participants sont des joueurs pathologiques, on n'a pas obtenu d'information concernant leurs habitudes de jeu. On ne connaît pas non plus l'âge du début des problèmes de jeu. Pour cette raison, on ne peut pas savoir si les troubles comorbides existaient avant la survenue des problèmes du jeu ou s'ils sont apparus après, comme une conséquence du jeu pathologique.

Troisièmement, même si on observe des différences entre les taux obtenus à partir de cet échantillon clinique et ceux trouvés dans les études normatives, on n'est pas capable de dire si ces différences sont significatives parce que les tests statistiques nécessaires pour le faire n'ont pas été effectuées. Cette limite s'applique aussi pour les différences apparentes observées entre les hommes et les femmes sur certaines variables cliniques.

Finalement, une des limites les plus importantes porte sur les réserves quant à la comparabilité des données de l'étude avec les données normatives, étant donné que les

variables cliniques dans cette étude ont été évaluées à l'aide de questionnaires auto-rapportés tandis que la plupart des études auprès de la population générale ont utilisé des entrevues structurées pour mesurer les variables. Cette différence méthodologique rend difficile la comparaison des taux entre l'échantillon clinique et les données normatives et doit être prise en considération en interprétant les résultats et conclusions de cette étude.

Cependant, on peut conclure que plusieurs joueurs pathologiques qui sont en traitement sont atteints des troubles comorbides. Toutefois, d'autres recherches s'avèrent essentielles pour répliquer les résultats obtenus lors de cette étude et aussi, pour identifier d'autres troubles comorbides qui pourraient être présents chez les joueurs. Une compréhension profonde de cette comorbidité contribuera à améliorer et mieux adapter le traitement offert aux joueurs pathologiques.

CONCLUSION

CONCLUSION

Selon la plupart des études faites sur ce sujet, les joueurs pathologiques sont souvent atteints d'autres troubles comorbides qui aggravent leur situation déjà difficile à cause des problèmes de jeu et de ses conséquences. Pour cette raison, le but de cette étude était d'évaluer la comorbidité chez les joueurs pathologiques admis en traitement au Centre Dollard-Cormier, Institut universitaires sur les dépendances, afin de mieux répondre à leurs besoins et de les aider non seulement avec leurs problèmes du jeu mais aussi avec les symptômes causés par les troubles comorbides.

Le premier objectif était d'évaluer la consommation d'alcool et de drogues pour voir si les joueurs pathologiques présentaient aussi des problèmes de consommation. Le deuxième objectif était d'identifier la présence d'une détresse psychologique chez les participants à travers l'évaluation des symptômes (tels que l'anxiété, la dépression, les pensées suicidaires et les tentatives de suicide), des syndromes cliniques et des troubles de la personnalité. Le troisième objectif était d'identifier la présence du trouble de l'ÉSPT chez les joueurs pathologiques pour évaluer la concomitance entre ces deux problématiques.

L'étude a été réalisée auprès d'un échantillon clinique composé par 40 participants qui ont été recrutés au Programme jeu pathologique du Centre Dollard-Cormier, Institut universitaire sur les dépendances durant une période de six mois. Les six instruments de mesure utilisés incluent : l'IGT (évaluation de sept sphères de la vie de la personne : alcool, drogues, santé physique, état psychologique, relations interpersonnelles, situation d'emploi et situation judiciaire), l'ICJE (évaluation de la gravité du jeu dans les 12 derniers mois), l'AUDIT (évaluation de la consommation à risque d'alcool dans les 12 derniers mois), le MCMI-III (évaluation des syndromes cliniques et des troubles de la personnalité à vie), le

QÉT (évaluation des différents types d'événements traumatiques vécus) et l'ÉMST (évaluation des symptômes du trouble de l'état de stress post-traumatique dans les deux dernières semaines).

En ce qui concerne la première hypothèse de l'étude, les résultats montrent qu'il y a effectivement une concomitance des problèmes de jeu pathologique et de consommation d'alcool et de drogues. En fait, selon les résultats de l'AUDIT et de l'IGT, 25 % des participants présentent des problèmes actuels avec leur consommation d'alcool (ce qui est 1,56 fois plus élevé que dans la population québécoise) et parmi le 75 % qui ne consomme plus, 40 % présentent des histoires importantes de consommation dans le passé. En termes de la consommation de drogues, 27,5 % présentent de problèmes actuels (ce qui est 1,72 fois plus élevé que dans la population québécoise). De plus, lorsqu'on considère la consommation des plusieurs substances, 20 % des participants présentent des histoires de polyconsommation dans le passé.

En ce qui concerne la deuxième hypothèse de l'étude, les résultats montrent qu'en effet, les joueurs pathologiques présentent une détresse psychologique caractérisée par la présence des symptômes et des syndromes cliniques ainsi que des troubles de la personnalité. Selon l'IGT, la grande majorité de l'échantillon (87,5 %) ont présenté des symptômes d'anxiété et de dépression à vie (ce qui est 7,81 et 6,29 fois plus élevé, respectivement, que dans la population québécoise), 70 % ont eu des pensées suicidaires à vie et 40 % ont fait de tentatives de suicide à vie (4,86 et 11,43 fois plus élevé, respectivement, que dans la population québécoise). Selon le MCMI-III, plus de la moitié de l'échantillon (52,5 %) ont présenté un diagnostic probable d'au moins un syndrome clinique dont les plus fréquents étaient : l'anxiété (27,5 %), la dépression majeure (25 %) et la dysthymie (15 %). En outre,

plus de la moitié de l'échantillon (55 %) a aussi présenté un diagnostic probable d'au moins un trouble de la personnalité, ce qui est similaire au taux trouvé dans le NESARC auprès des joueurs pathologiques dans la population générale. Si on considère l'échelle la plus élevée de chaque participant, les troubles de la personnalité les plus fréquents étaient : dépendante (35 %), dépressive (15 %), narcissique (12,5 %), antisociale (12,5 %), schizoïde (10 %) et histrionique (5 %). Dans ce cas, la personnalité dépendante a été 7,05 fois plus élevée que dans le NESARC.

En ce qui concerne la troisième hypothèse de l'étude, les résultats montrent qu'il y a une concomitance entre le jeu pathologique et le trouble de l'ÉSPT pour 17,5 % de l'échantillon selon les scores obtenus dans l'ÉMST, ce qui est légèrement supérieur au taux trouvé dans la population générale selon la *National Comorbidity Survey Replication* (NCS-R). De plus, 30 % des participants de l'échantillon ont présenté des symptômes du trouble, même s'ils n'ont pas atteint le seuil pour avoir un diagnostic probable du trouble. Finalement, selon les résultats du QÉT, la grande majorité de l'échantillon (87,5 %) a vécu au moins un événement traumatique au cours de la vie.

Comme on peut le constater, la comorbidité est un problème très fréquent chez les joueurs pathologiques. Dans l'échantillon étudié, une proportion importante des participants a présenté d'autres troubles concomitants. Ces résultats ont des implications importantes. En fait, il faut reconnaître que la comorbidité peut avoir un impact négatif sur le traitement du jeu pathologique (par exemple, en causant un abandon prématuré du traitement). De plus, les troubles comorbides aggravent les malaises et les difficultés vécues par les joueurs et augmentent leur risque de récurrence même à l'issue du traitement. Pour cette raison, il est essentiel d'identifier les troubles comorbides présents chez les joueurs qui arrivent aux centres

de traitement afin d'être capables de bien répondre à leurs besoins, en leur offrant un traitement adapté aux difficultés et aux troubles particuliers de chaque individu.

Liste des références

- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd ed.). Washington, DC: Author
- American Psychiatric Association. (2000) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, (4th ed., Text Revision). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (2012) – *DSM V, classification jeu pathologique*. Récupéré le 9 avril 2012 :
<http://www.dsm5.org/ProposedRevision/Pages/proposedrevision.aspx?rid=210>
- Babor, T.F., Higgins-Biddle, J.C., Saunders, J.B., and Monteiro, M.G. (2001). *AUDIT, The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for Use in Primary Care*. (2nd edition). World Health Organization: Department of Mental Health and Substance Dependence.
- Bagby, R.M., Vachon, D.D., Bulmash, E., and Quilty, L.C. (2008, April). Personality disorders and pathological gambling: A review and re-examination of prevalence rates. *Journal of Personality Disorders*, 22(2), 191-207.
- Barnes, G.M., Welte, J.W., Hoffman, J.H., and Dintcheff, B.A. (2005). Shared predictors of youthful gambling, substance use, and delinquency. *Psychology of Addictive Behaviors*, 19(2), 165-174.
- Bergeron, J., Landry, M., Brochu, S., et Guyon, L. (1998). *Indice de gravité d'une toxicomanie, adaptation de l'Addiction Severity Index (ASI) de McLellan, A.T., Lubbersky, L., O'Brien, C.P. (1980). Traduit et validé par le RISQ*. Montréal : RISQ.

- Blaszczynski, A. (2000, March). Pathways to Pathological Gambling: Identifying Typologies. *Journal of Gambling Issues*, 1. Récupéré le 28 mars 2012 :
<http://jgi.camh.net/doi/full/10.4309/jgi.2000.1.1>
- Campbell, C.S., Hartnagel, T.F. et Smith, G.J. (2005). *The Legalization of Gambling in Canada*. The Law Commission of Canada.
- Caux, C. (2003). *Les politiques publiques en matière de casinos et de loteries instantanées. Le cas du Québec, de l'Ontario et de l'Australie*. Institut national de santé publique du Québec.
- Cusack, K.J., Frueh, B.C., and Brady, K.T. (2004). Trauma history screening in a community mental health center. *Psychiatric Services*, 55(2), 157-162.
- Dannon, P.N., Lowengrub, K., Aizer, A., and Kotler, M. (2006). Pathological gambling: Comorbid psychiatric diagnoses in patients and their families. *Isr J Psychiatry Relat Sci*, 43(2), 88-92.
- Desrosiers, P. et Jacques, C. (2009). *Les services en jeu pathologique dans les centres en réadaptation en dépendance*. Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec.
- Ferland, F., Fournier, P.M., Ladouceur, R., Brochu, P., Bouchard, M. et Pâquet, L. (2008, December). Consequences of pathological gambling on the gambler and his spouse. *Journal of Gambling Issues*, 22, 219-229.
- Fernández-Montalvo, J. and Echeburúa, E. (2004). Pathological gambling and personality disorders: An exploratory study with the IPDE. *Journal of Personality Disorders*, 18(5), 500-505.

- Ferris, J. et Wynne, H. (2001). *L'indice canadien du jeu excessif. Rapport final*. Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies. Récupéré le 5 février 2011 : <http://www.ccsa.ca/2003%20and%20earlier%20CCSA%20Documents/ccsa-010082-2001.pdf>
- Fong, T.W. (2005, March). The biopsychosocial consequences of pathological gambling. *Psychiatry*, 2(3), 22-30.
- Gache, P., Michaud, P., Landry, U., Accietto, C., Arfaoui, S., Wenger, O., and Daepfen, J.B. (2005, November). The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) as a screening tool for excessive drinking in primary care: reliability and validity of a French version. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 29(11), 2001-2007.
- Grant, J.E., Kushner, M.G. and Kim, S.W. (2002). Pathological Gambling and Alcohol Use Disorder. *Alcohol Research and Health*, 26(2), 143-150.
- Grant, J.E. and Kim, W. (2003, September). Comorbidity of impulse control disorders in pathological gamblers. *Acta Psychiatr Scand*, 108(3), 203-207.
- Gray, M.J., Elhai, J.D., Owen, J.R., and Monroe, R. (2009). Psychometric properties of the Trauma Assessment for Adults. *Depression and Anxiety*, 26(2), 190-195.
- Guay, S., Iucci, S., Marchand, A. et Martin, A. (2002). Validation de la version québécoise de l'échelle modifiée des symptômes du trouble de stress post-traumatique auprès d'un échantillon clinique. *Revue québécoise de psychologie*, 23(3), 257-269.
- Haccoun, R. et Cousineau, D. (2007). *Statistiques. Concepts et applications*. Les Presses de l'Université de Montréal.

- Hodgins, D.C. and el-Guebaly, N. (2010, March). The influence of substance dependence and mood disorders on outcome from pathological gambling: five-year follow-up. *Journal on Gambling Studies*, 26(1), 117-127.
- Holtgraves, T. (2009, March). Evaluating the Problem Gambling Severity Index. *J Gambling Studies*, 25(1), 105-120.
- Kairouz, S., Nadeau, L., and Lo Siou, G. (2005, September). Area variations in the prevalence of substance use and gambling behaviours and problems in Quebec: A multilevel analysis. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50(10), 591-598.
- Kairouz, S., Boyer, R., Nadeau, L., Perreault, M. et Fiset-Laniel, J. (2008). *Troubles mentaux, toxicomanie et autres problèmes liés à la santé mentale chez les adultes québécoises. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2)*, Québec : Institut de la statistique du Québec.
- Kairouz, S., Nadeau, L. et Paradis, C. (2011, Avril). *Enquête ENHJEU-QUÉBEC. Portrait du jeu au Québec : prévalence, incidence et trajectoires sur quatre ans*. Université Concordia : Laboratoire de recherche Habitudes de vie et Dépendances. Récupéré le 10 avril 2012 : <http://socianth.concordia.ca/documents/RapportdetapeENHJEU-QUEBEC28avril2011.pdf>
- Kessler, R.C., Hwang, I., LaBrie, R., Petukhova, M., Sampson, N.A., Winters, K.C. et al. (2008, September). The prevalence and correlates of DSM-IV pathological gambling in the National Comorbidity Survey Replication. *Psychol Med*, 38(9), 1351-1360.
- Ledgerwood, D.M., Steinberg, M.A., Wu, R., and Potenza, M.N. (2005). Self-report gambling-related suicidality among gambling helpline callers. *Psychology of Addictive Behaviors*, 19, 175-183.

- Ledgerwood, D.M. and Petry, N.M. (2006, June). Posttraumatic Stress Disorder Symptoms in Treatment-Seeking Pathological Gamblers. *Journal of Traumatic Stress*, 19(3), 411-416.
- Ledgerwood, D.M. and Petry, N.M. (2010, September). Subtyping Pathological Gamblers Based on Impulsivity, Depression, and Anxiety. *Psychology of Addictive Behaviors*, 24(4), 680-688.
- Llewellyn, D.J. (2008). The psychology of risk taking: Toward the integration of psychometric and neuropsychological paradigms. *American Journal of Psychology*, 121(3), 363-376.
- Milosevic, A. and Ledgerwood, D.M. (2010, June). The subtyping of pathological gambling : A comprehensive review. *Clinical Psychology Review*, 30, 988-998.
- Millon, T., Millon, C., Davis, R. and Grossman, S. (2006). *MCMI-III, Millon Clinical Multiaxial Inventory-III*. Manual (4th edition). Pearson.
- Mitzner, G.B., Whelan, J.P., and Meyers, A.W. (2010, October). Comments from the Trenches: Proposed changes to the DSM-V classification of pathological gambling. *J Gambler Stud*, 27, 517-521.
- Nadeau, L., Landry, M., and Racine, S. (1999, August). Prevalence of Personality Disorders Among Clients in Treatment for Addiction. *Can J Psychiatry*, 44, 592-596.
- Newman, S.C. and Thompson, A.H. (2007, September). The association between pathological gambling and attempted suicide: Findings from a national survey in Canada. *Canadian Journal of Psychiatry*, 52(9), 605-613.
- Pelletier, O. (2006). *Troubles de la personnalité et jeu pathologique : Comorbidité et prédictors d'abandon du traitement*. Université Laval : Thèse pour l'obtention du grade de Philosophiae Doctor.

- Petry, N.M. and Kiluk, B.D. (2002). Suicidal Ideation and Suicide Attempts in Treatment-Seeking Pathological Gamblers. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 190(7), 462-469.
- Petry, N.M., Stinson, F.S., and Grant, B.F. (2005, May). Comorbidity of DSM-IV pathological gambling and other psychiatric disorders: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry*, 66(5), 564-574.
- Petry, N.M. (2007, January). Concurrent and predictive validity of the Addiction Severity Index in pathological gamblers. *The American Journal of Addictions*, 16(4), 272-282.
- Petry, N.M. (2007). Gambling and substance use disorders: Current status and future directions. *American Journal on Addictions*, 16, 1-9.
- Reinert, D.F. and Allen, J.P. (2007, January). The Alcohol Use Disorders Identification Test: an update of research findings. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 31(2), 185-199.
- Revington, N. and Wilson, K.G. (2006). Prevalence of personality disorders in persons with substance dependence and the related implications of this co-morbidity for diagnosis and treatment. Récupéré le 16 mai 2012:
<http://www.cleanstart.co.za/NicolaRevingtonArticle27September2006FINA.pdf>
- Reyna, V.F. and Rivers, S.E. (2008, March). Current theories of risk and rational decision making. *Dev Rev*, 28(1), 1-11.
- Rush, B.R., Bassani, D.G., Urbanoski, K.A., and Castel, S. (2008, November). Influence of co-occurring mental and substance use disorders on the prevalence of problem gambling in Canada. *Addiction*, 103(11), 1847-1856.

- Sacco, P., Cunningham-Williams, R.M., Ostmann, E., and Spitznagel, E.L. (2008, October). The association between gambling pathology and personality disorders. *J Psychiatr Res*, 42(13), 1122-1130.
- Sáez-Abad, C. and Bertolín-Guillén, J.M. (2008). Personality traits and disorders in pathological gamblers versus normal controls. *Journal of Addictive Diseases*, 27(1), 33-40.
- Simoneau, H. et Guay, S. (2008, Décembre). Conséquences de la concomitance des troubles liés à l'utilisation de substances et à l'état de stress post-traumatique sur le traitement. *Drogues, santé et société*, 7(2), 125-160.
- Smith, G., Hodgins, D.C., and Williams, R.J. (2007). *Research and measurement issues in gambling studies*. Oxford: Elsevier.
- Statistique Canada. *Les seuils de faible revenu de 2005 et les mesures de faible revenu de 2004*. Conseil canadien de développement social. Récupéré le 13 mars 2012 : <http://www.ccsd.ca/francais/statistiques/economique/pauvrete/index.htm>
- Steel, Z. and Blaszczynski, A. (1998). Impulsivity, personality disorders and pathological gambling severity. *Addiction*, 93(6), 895-905.
- Temcheff, C.E., Derevensky, J.L., and Paskus, T.S. (2011, August). Pathological and disordered gambling: a comparison of DSM-IV and DSM-V criteria. *International Gambling Studies*, 11(2), 213-220.
- Valleur, M. et Bucher, C. (2006). *Le jeu pathologique*. Paris: Armand Colin.
- Wetzler, S. (1990, December). The Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI): a review. *Journal of Personality Assessment*, 55(3-4), 445-464.

- Williams, R.J., Rehm, J., and Stevens, R.M.G. (2011). *The Social and Economic Impacts of Gambling*. Final Report prepared for the Canadian Consortium for Gambling Research.
- Winters, K.C. and Kushner, M.G. (2003). Treatment issues pertaining to pathological gamblers with a comorbid disorder. *Journal of Gambling Studies*, 19(3), 261-277.

ANNEXES

ANNEXE 1

Taux de prévalence des troubles psychiatriques comorbides chez les joueurs pathologiques (NESARC)

Taux de prévalence des troubles psychiatriques comorbides chez les joueurs pathologiques (NESARC)

TROUBLE COMORBIDE À VIE	TAUX DE PRÉVALENCE CHEZ LES JOUEURS PATHOLOGIQUES (%)	ODDS RATIO
Trouble de consommation d'alcool	73,22	6,0
Abus d'alcool	25,42	1,4
Dépendance à l'alcool	47,79	5,6
Trouble de consommation des drogues	38,10	4,4
Abus des drogues	26,92	3,5
Dépendance aux drogues	11,18	3,5
Dépendance à la nicotine	60,37	6,7
Troubles de l'humeur	49,62	4,4
Dépression	36,99	3,3
Dysthymie	13,20	3,3
Épisode maniaque	22,80	8,0
Épisode hypomaniaque	4,66	1,8
Troubles anxieux	41,30	3,9
Trouble panique avec agoraphobie	5,09	5,2
Trouble panique sans agoraphobie	13,13	4,2
Phobie sociale	10,55	2,2
Phobie spécifique	23,54	3,5
Anxiété généralisée	11,15	3,1

Troubles de la personnalité	60,82	8,3
Évitante	13,96	6,5
Dépendante	3,19	5,5
Obsessionnelle-compulsive	28,45	4,6
Paranoïaque	24,08	6,1
Schizoïde	14,97	5,0
Histrionique	13,10	6,9
Antisociale	23,31	6,0

* Petry et al. (2005)

ANNEXE 2

Lettre d’approbation de l’Université de Montréal

Lettre de collaboration du Centre Dollard-Cormier

Lettre d’approbation du Comité d’éthique de la recherche en toxicomanie (CÉRT)

Secrétariat des études supérieures

RAPPORT

Destinataires: Madame, Daniela González Sicilia Fernández, étudiante
Madame, Louise Nadeau, directrice de recherche
Madame, Serge Lecours, président

Date: Le 25 mai 2010

Objet: *Rapport d'évaluation de votre projet de mémoire*

Décision:

Approbation

Approbation
En tenant comptes des
commentaires

Modifications
demandées

Refus

Remarque:

Votre projet de mémoire est accepté tel quel. Afin que les crédits de recherche s'y rapportant vous soient accordés, vous devez compléter le formulaire intitulé « Enregistrement du sujet de recherche » que vous trouverez sur le site Web de la FESP à l'adresse suivante :

http://www.fesp.umontreal.ca/Fichiers/Sujet_recherche_2007.pdf

Nous vous prions de remettre le formulaire signé par vous et votre directeur de recherche à Sophie Bilodeau, local D-417 dans les plus brefs délais.

Michèle Robert
Responsable des programmes
M.Sc. et Ph.D. recherche

MR/sb

C.C. Louise Nadeau
Serge Lecours

p.j. copie des évaluations

Montréal, le 1^{er} octobre 2010

Mme Louise Nadeau
Professeure titulaire
Département de psychologie
Université de Montréal

Objet : acceptation de collaborer au projet de recherche

Madame,

Nous nous sommes rencontrées pour discuter du projet « La comorbidité chez les joueurs pathologiques en traitement » que vous voudriez faire au Centre Dollard-Cormier, Institut universitaire sur les dépendances, auprès des adultes admis en traitement dans l'unité de jeu pathologique. Cette étude parlera sur la prévalence des troubles comorbides chez les joueurs admis au centre.

En espérant que l'étude contribuera à l'avancement des connaissances dans ce domaine et qu'elle pourra nous aider à mieux répondre aux besoins des nos clients, nous avons accepté de collaborer à la réalisation de votre projet de recherche.

Cordialement,

Responsable désigné de l'établissement
Centre Dollard-Cormier
Programme Jeu pathologique

Comité d'éthique de la recherche en toxicomanie (CERT)
Centre Dollard-Cormier - 950 de Louvain est, Montréal, Québec H2M 2E8

Montréal, ce 14 février 2011

Madame Louise Nadeau

Objet : CÉRT 2010-119 : *La comorbidité chez les joueurs pathologiques en traitement* (Chercheur principal : Louise Nadeau; Étudiante à la maîtrise : Daniela Gonzalez Sicilia Fernandez)

APPROBATION FINALE (RESTREINT)

Madame Nadeau,

Nous avons pris connaissance des documents que vous nous avez fait parvenir en réponse aux commentaires soulevés dans notre lettre du 4 février 2011. La qualité des réponses et les modifications apportées aux formulaires d'information et de consentement sont satisfaisantes à tout point de vue.

La présente constitue l'approbation finale de votre projet, laquelle est valide pour un an à compter de la date d'approbation finale, soit jusqu'au 14 février 2012. À la date anniversaire, vous devrez compléter le formulaire de suivi annuel vous demandant de résumer le déroulement de l'étude afin d'obtenir un renouvellement de l'approbation éthique de ce projet. Cette approbation finale suppose également que vous vous engagez :

- À respecter la présente décision qui vaut pour le Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les dépendances ;
- À tenir une liste des sujets de recherche, pour une période maximale de douze mois suivant la fin du projet;
- À aviser le CÉRT dans les plus brefs délais de tout *incident* en cours de projet ainsi que tout *changement ou modification* que vous souhaitez apporter à la recherche notamment au protocole ou au formulaire de consentement ;
- À notifier au CÉRT dans les meilleurs délais tout nouveau renseignement susceptible d'affecter l'intégrité ou l'éthicité du projet de recherche ou d'influer sur la décision d'un sujet de recherche quant à sa participation;
- À communiquer au CÉRT toute suspension ou annulation d'autorisation relative au projet que formulerait un organisme subventionnaire ou de réglementation;
- À informer le CÉRT de tout problème constaté par un tiers au cours d'une activité de surveillance ou de vérification, interne ou externe, qui est susceptible de remettre en question soit l'éthicité du projet, soit la décision du CÉRT;

Madame Louise Nadeau

Ce 14 février 2011

CÉRT 2010-119

- À notifier au CÉRT l'interruption temporaire ou définitive du projet et remettre un rapport faisant état des motifs de cette interruption ainsi que les répercussions de celle-ci sur les sujets de recherche;
- À remettre au CÉRT un rapport final faisant état des résultats de la recherche.

Les formulaires sont disponibles sur le site www.centredollardcormier.qc.ca à la section Comité d'éthique de la recherche en toxicomanie sous la rubrique Centre Dollard-Cormier.

Vous souhaitant la meilleure des chances dans la réalisation du projet, nous vous prions d'agréer l'expression de nos sentiments distingués.

Me Delphine Roigt
Présidente du CÉRT

c. c. : Répondant du CDC-IUD (Gilles Cuillerier)

ANNEXE 3

Lettre de présentation

LETTRE DE PRÉSENTATION

Vous êtes invité(e) à participer à un projet de recherche qui porte sur les problèmes de santé mentale associés au jeu, par exemple : des sentiments dépressifs, beaucoup d'inquiétude par rapport à l'avenir, des perturbations dans le sommeil, de l'inquiétude par rapport aux dettes, etc.

Il s'agit d'une étude clinique réalisée dans l'Unité de jeu pathologique du Centre Dollard-Cormier, Institut universitaire sur les dépendances. Vous serez 40 joueurs à participer à cette étude.

Si vous acceptez d'y participer, votre participation consistera à répondre à quelques questions sociodémographiques et nous allons vous poser aussi six questionnaires, sur papier ou oralement, d'une durée approximative de 90 minutes.

Les aspects qui seront évalués à travers ces instruments incluent : la sévérité du jeu, la consommation d'alcool et les troubles liés aux substances, les troubles de la personnalité et les états de stress post-traumatique.

Votre participation dans ce projet ne comporte aucun risque connu. Cependant, il est possible que les questions soulèvent un malaise. Vous êtes invité(e) à discuter de la situation avec les chercheurs ou avec l'équipe clinique du centre. Le cas échéant, ils pourront vous diriger vers des ressources appropriées.

En participant dans cette étude, vous pourrez contribuer à l'avancement des connaissances dans ce domaine.

Une compensation monétaire de 20 \$ vous sera remise pour votre participation à la recherche.

Pour toute question relative à cette étude, vous pouvez communiquer avec les chercheurs du projet.

Chercheuse principale : Louise Nadeau

Cochercheuse : Daniela Gonzalez Sicilia

Lieu de la recherche : Centre Dollard-Cormier, Institut universitaire sur les dépendances :

- a. Point de service Louvain : 950, rue de Louvain Est, H2M 2E8, Tél. 514 385-1232.
- b. Point de service Prince-Arthur : 110, rue Prince-Arthur Ouest, H2X 1S7, Tél. 514 288-1232.

ANNEXE 4

Formulaire de consentement

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Titre de la recherche : La comorbidité chez les joueurs pathologiques en traitement.

Chercheuse principale : Louise Nadeau, professeure titulaire, Université de Montréal.

Cochercheuse : Daniela Gonzalez Sicilia, étudiante à la maîtrise, Université de Montréal.

Personne responsable du projet dans l'établissement : Brigitte Vincent sous la direction de Gilles Cuillerier.

Lieu de la recherche : Centre Dollard-Cormier, Institut universitaire sur les dépendances :

c. Point de service Louvain : 950, rue de Louvain Est, H2M 2E8, Tél. 514 385-1232.

d. Point de service Prince-Arthur : 110, rue Prince-Arthur Ouest, H2X 1S7, Tél. 514 288-1232.

A) RENSEIGNEMENTS AUX PARTICIPANTS

1. Introduction

Il est très important de bien lire et comprendre le présent formulaire de consentement pour la recherche à laquelle nous vous demandons de participer. Prenez tout le temps nécessaire pour prendre votre décision. N'hésitez pas à poser en tout temps vos questions.

2. Description du projet

Vous êtes invité(e) à participer à une étude qui porte sur les problèmes de santé mentale associés au jeu, tels que les sentiments dépressifs, l'inquiétude excessive par rapport à l'avenir, les perturbations dans le sommeil, l'inquiétude par rapport aux dettes, etc., chez les joueurs.

Le but du projet est d'évaluer la fréquence de ces problèmes afin de bien répondre aux besoins des joueurs et de les aider non seulement avec leur problème avec le jeu, mais aussi avec les divers symptômes qui viennent aggraver leur situation et augmenter les risques de rechute. Nous croyons que les échelles et questionnaires qui seront utilisés permettront de mieux identifier les troubles associés au jeu.

3. Participation à la recherche

La participation à ce projet requiert votre consentement. Si vous acceptez d'y participer, vous devrez vous déplacer au Centre pour une visite durant laquelle on vous demandera de remplir six questionnaires. La durée de la visite sera d'environ 90 minutes.

4. Avantages

En participant à cette recherche, vous pourrez contribuer à l'avancement des connaissances sur les problèmes de santé mentale qui peuvent affecter les joueurs pathologiques.

5. Risques et inconvénients

Les risques liés à la participation à ce projet de recherche ont trait à la nature des questions posées. Les tests qui vous seront administrés n'ont pas pour objectif de diagnostiquer une condition particulière. Cependant, il est possible que les questions soulèvent un malaise. Vous êtes invité(e) à discuter de la situation avec les chercheurs ou avec l'équipe clinique du centre. Le cas échéant, ils pourront vous diriger vers des ressources appropriées.

6. Diffusion des résultats

Vous n'aurez pas accès à vos résultats individuels mais vous aurez accès aux résultats généraux de la recherche (rapport de recherche, articles, etc.). Pour en avoir accès, vous devrez contacter les chercheurs qui vous fourniront l'information correspondante.

7. Respect de la vie privée et protection de la confidentialité

On n'accédera pas à votre dossier clinique. Cependant, pour des fins de recherche, on demandera à votre clinicien traitant le nombre d'heures de thérapie que vous avez suivi au centre.

Nous nous engageons à respecter la confidentialité des renseignements recueillis. Afin de protéger votre identité, vous serez désigné(e) par un numéro de code. Tous les renseignements obtenus seront confidentiels, de sorte qu'aucune donnée ne permettra de vous identifier. Les données seront conservées dans un local sous clef, accessible aux seuls membres de l'équipe de recherche. Toutefois, il est possible que nous devions permettre l'accès au dossier de recherche aux autorités compétentes (par exemple, des agences gouvernementales, un délégué du Comité d'éthique à la recherche), pour fins de vérification et de gestion internes.

Les données de la recherche seront conservées pendant une durée de 3 ans. Les résultats de ce projet de recherche pourront servir à des fins de publication ou de congrès scientifiques ou pour aider les cliniciens à intervenir plus efficacement, sans que votre identité ne soit révélée.

8. Compensation et dépenses

Une compensation monétaire de 20 \$ vous sera remise. Celle-ci a pour but de vous indemniser pour les inconvénients liés à votre participation à la recherche.

9. Indemnisation

Si vous deviez subir quelque préjudice que ce soit dû à votre participation au projet de recherche, vous êtes protégé(e) par les lois en vigueur au Québec. En acceptant de participer à ce projet, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs ou l'établissement de leur responsabilité civile et professionnelle.

10. Liberté de participation et de retrait

Votre participation à ce projet de recherche est entièrement volontaire. Vous êtes donc libre d'accepter ou de refuser d'y participer, sans avoir à donner de raisons et sans risque de subir de préjudice. Vous êtes également libre de cesser votre participation à tout moment. Cependant, une fois que les résultats seront analysés pour tout le groupe, il sera impossible de vous retirer, compte tenu que les données permettant de vous identifier auront été détruites.

B) CONSENTEMENT

J'ai lu et compris le contenu du présent formulaire. J'ai eu l'occasion de poser toutes mes questions et on y a répondu à ma satisfaction. Je sais que je suis libre de participer au projet et que je demeure libre de m'en retirer en tout temps, par avis verbal, sans préjudice (ou sans que cela n'affecte la qualité des traitements, des soins futurs et des rapports avec les intervenants du centre). Je certifie qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre ma décision. Je recevrai une copie signée et datée du présent formulaire. Je, soussigné(e), consens à participer à ce projet.

Nom : _____ Prénom : _____

Signature : _____ Date : _____

Je comprends que je peux participer à cette recherche sans que des informations soient automatiquement versées à mon dossier clinique et ce, sans inconvénient. Néanmoins, j'autorise qu'on verse à mon dossier clinique toute information concernant la présence d'événements traumatiques vécus dans le passé et l'existence et la sévérité d'un diagnostic potentiel d'état de stress post-traumatique afin que l'équipe puisse intervenir plus efficacement.

OUI / NON (Veuillez encercler) Signature _____

Je certifie a) avoir expliqué au signataire les termes du présent formulaire de consentement ; b) avoir répondu aux questions qu'il m'a posées à cet égard ; c) lui avoir clairement indiqué qu'il reste à tout moment libre de mettre un terme à sa participation dans le projet ; et d) que je lui remettrai une copie signée et datée du présent formulaire.

Nom du chercheur : _____ Signature : _____

Nom du cochercheur : _____ Signature : _____

Date : _____

Pour toute question relative à la recherche, ou pour vous retirer de la recherche, vous pouvez communiquer avec :

- Mme Louise Nadeau, chercheure principale.
- Daniela Gonzalez Sicilia, cochercheure.

Si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez vous adresser au commissaire local à la qualité des services du Centre-Dollard Cormier, au 514 212-4315.

Le projet de recherche et le présent formulaire de consentement ont été approuvés par le Comité d'éthique de la recherche en toxicomanie, le 14 février 2011.

ANNEXE 5

Tests et instruments de mesure utilisés :

IGT

ICJE

MCMI-III

AUDIT

QÉT

ÉMST

RISQ

RECHERCHE ET INTERVENTION SUR LES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES - QUÉBEC

950, rue de Louvain Est, Montréal (Québec) H2M 2E8

Téléphone : 514 385-3490 poste 1133 Télécopie : 514 385-4685

Courriel : risq.cirasst@ssss.gouv.qc.ca

<http://www.risq-cirasst.umontreal.ca>

Indice de Gravité d'une Toxicomanie (IGT)

5^{ième} version

L'indice de gravité d'une toxicomanie est l'adaptation de l'*Addiction Severity Index (ASI)* de McLellan, A.T., Luborsky, L., O'Brien, C.P. (1980).

Traduit et validé par le RISQ (Bergeron, J., Landry, M., Brochu, S., Guyon, L. 1998).

Le «manuel d'utilisation» est essentiel pour l'usage de ce questionnaire et une formation est requise pour la passation de ce questionnaire.

AVRIL 2001

Date de l'entrevue
Année Mois Jour

Heure début

Heure fin

Code contact
1- En personne
2- Téléphone

Nom Prénom

Numéro de dossier

Numéro de code de l'interviewer

Code postal

Âge

Sexe
1- Homme
2- Femme

Ethnie

1. Au cours des 30 derniers jours, avez-vous été en institution?

1- Oui
2- Non

Si oui, laquelle?

- N/A (si non à la question précédente)
- 1- Prison, maison de transition
 - 2- Traitement alcool ou drogues (ex. : Centre de réadaptation ou désintoxication)
 - 3- Traitement médical (ex. : hôpital)
 - 4- Traitement psychiatrique (ex. : centre de crise)
 - 5- Ressources d'hébergement (ex. : pour femmes victimes de violence, pour jeunes ou sans-abri, résidences d'accueil)
 - 6- Autres : (spécifiez) _____

2. Combien de jours
N/A (si non à la question 1)

À noter :

- 1- Risque de suicide
- 2- Risque de violence
- 3- Autres (précisez)

Délai-attente dossier :

- autres :

- conditions :

Non admissible :

Référé à : _____

Autres :

Fermeture de dossier :

Date :
Année Mois Jour

CONSIGNES

- Les codes « 9 » (ou « 99 », « 999 », « 9999 ») sont utilisés pour « NSP = ne sait pas » ou « refus = refus de répondre ».
- Le code N/A signifie « ne s'applique pas ».
- Items objectifs critiques (~~ISO~~).
- Les espaces grisés se remplissent à l'usage du centre seulement.

Note : Il est important de remplir toutes les cases (sauf si indication « allez à »). En cas de doute, utilisez l'espace prévu pour les commentaires, en indiquant le numéro de la question et donnez le plus de détails possibles.

- ☞ 17. Combien de fois avez-vous eu :
- le *delirium tremens* (alcool)?
 - une surdose (drogues)?
- ☞ 18. Combien de fois dans votre vie avez-vous été traité :
- pour l'abus d'alcool uniquement?
 - pour l'abus de drogues uniquement?
 - pour l'abus d'alcool et de drogues?
19. Parmi ces traitements, combien étaient des cures de désintoxication seulement :
N/A si 00 à la question 18
- pour l'alcool uniquement?
 - pour la drogue uniquement?
 - pour l'alcool et la drogue?
20. Au cours des 30 derniers jours, combien d'argent estimez-vous avoir dépensé :
- 9998 = 9998\$ et plus
9999 = NSP ou refus
- pour de l'alcool?
 - pour des drogues?
21. Au cours des 30 derniers jours, combien de jours avez-vous été traité en externe pour des problèmes d'alcool ou de drogues? (y compris AA-CA-NA)
22. Au cours des 30 derniers jours, pendant combien de jours avez-vous éprouvé :
- des problèmes d'alcool?
 - des problèmes de drogues?

QUESTIONS 23 ET 24 : DEMANDEZ À L'USAGER D'UTILISER L'ÉCHELLE D'ÉVALUATION SUBJECTIVE (0 À 4)

23. Au cours des 30 derniers jours, dans quelle mesure avez-vous été perturbé ou préoccupé par :
- ces problèmes d'alcool?
 - ces problèmes de drogues?
24. Dans quelle mesure vous semble-t-il important, maintenant, d'avoir un traitement pour :
- ces problèmes d'alcool?
 - ces problèmes de drogues?

ÉVALUATION DE GRAVITÉ PAR L'INTERVENANT (0 À 9)

- 25a. Quelle est votre estimation de la gravité du problème de l'utilisateur :
- pour abus d'alcool?
 - pour abus de drogues?
- 25b. Dans quelle mesure estimez-vous que l'utilisateur a besoin de traitement :
- pour abus d'alcool?
 - pour abus de drogues?

ÉVALUATION DE CONFIANCE

Les renseignements ci-dessus sont-ils sensiblement faussés :

26. parce que l'utilisateur dissimule la vérité?
1- Oui 2- Non
27. parce qu'il ne comprend pas les questions?
1- Oui 2- Non

COMMENTAIRES :



☞ 1. Combien de fois dans votre vie avez-vous été hospitalisé (24 heures et plus) pour des problèmes de santé physique? (y compris surdoses et *delirium tremens*; excluant désintoxication)

- 00- Aucune hospitalisation
- 98- 98 hospitalisations et plus
- 99- NSP ou refus

☞ 2. Combien de temps s'est écoulé depuis votre dernière hospitalisation pour un problème de santé physique?

- 00- A été hospitalisé au cours des 30 derniers jours
- 99- NSP ou refus
- N/A n'a jamais été hospitalisé

années mois

☞ 3. Avez-vous un problème chronique de santé physique qui continue de perturber votre vie?

1- Oui 2- Non

4. Prenez-vous régulièrement un médicament prescrit pour un problème de santé physique?

1- Oui 2- Non

5. Au cours des douze derniers mois, avez-vous consulté un médecin pour un problème de santé physique?

1- Oui 2- Non

6. Souffrez-vous d'une incapacité permanente?

1- Oui 2- Non → allez à la question 8

7. Cette incapacité est-elle le résultat d'un accident?

1- Oui 2- Non → allez à la question 8

Si oui, était-ce :

- 1- Un accident de la route?
- 2- Un accident de travail?
- 3- Un accident survenu à domicile?
- 4- Un autre type d'accident (spécifiez)

8. Au cours des 30 derniers jours, pendant combien de jours avez-vous éprouvé des problèmes de santé physique?

QUESTIONS 9 ET 10 : DEMANDEZ À L'USAGER D'UTILISER L'ÉCHELLE D'ÉVALUATION SUBJECTIVE (0 À 4)

9. Au cours des 30 derniers jours, dans quelle mesure avez-vous été perturbé ou préoccupé par ces problèmes de santé physique?

10. Dans quelle mesure vous semble-t-il important maintenant de recevoir un traitement pour ces problèmes de santé physique?

ÉVALUATION DE GRAVITÉ PAR L'INTERVENANT (0 À 9)

11a. Quelle est votre estimation de la gravité du problème de l'utilisateur?

11b. Dans quelle mesure estimez-vous que l'utilisateur a besoin de traitement médical?

ÉVALUATION DE CONFIANCE

Les renseignements ci-dessus sont-ils sensiblement faussés :

12. parce que l'utilisateur dissimule la vérité?

1- Oui 2- Non

13. parce qu'il ne comprend pas les questions?

1- Oui 2- Non

COMMENTAIRES :



1. Êtes-vous présentement :

- 1- Marié(e) et vivant avec votre conjoint(e)?
- 2- Vivant en union libre avec un(e) conjoint(e)?
- 3- Séparé(e) (légalement ou non) ou divorcé(e) et ne vivant pas avec une un(e) conjoint(e)?
- 4- Veuf(veuve) et ne vivant pas avec un(e) conjoint(e)?
- 5- Jamais marié(e) mais ayant vécu dans le passé avec un(e) conjoint(e) dans une union libre?
- 6- Jamais marié(e) et n'ayant jamais vécu avec un(e) conjoint(e)?

2a. Depuis combien de temps êtes-vous dans votre situation présente? (depuis l'âge de 18 ans, si code 6 à la question 1)

années				mois	

2b. Êtes-vous satisfait(e) de cette situation?

- 1- Oui 2- Non 3- Indifférent(e)

3. Actuellement, êtes-vous :

- 1- Propriétaire de votre résidence?
- 2- Locataire?
- 3- Chambreux?
- 4- Chez des parents?
- 5- En milieu institutionnel?
- 6- Sans-abri?
- 7- Autres (spécifiez) _____

4. Conditions de vie habituelles :

Actuellement 3 dernières années

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

- 01- Avec le(la) conjoint(e) et les enfants
- 02- Avec le(la) conjoint(e) seulement
- 03- Avec les enfants seulement
- 04- Avec les parents
- 05- Avec la famille
- 06- Avec des amis
- 07- Seul(e) ou en chambre
- 08- En milieu institutionnel
- 09- Avec un(des) colocataire(s)
- 10- Sans-abri
- 11- Pas de conditions de vie stables (s'applique seulement aux 3 dernières années)

5a. Depuis combien de temps vivez-vous dans les conditions actuelles? (depuis l'âge de 18 ans, si vous vivez avec vos parents ou votre famille)

01- 15 jours à 1 mois

années				mois	

5b. Êtes-vous satisfait(e) de ces conditions de vie?

- 1- Oui 2- Non 3- Indifférent(e)

6a. Vivez-vous avec quelqu'un qui a des problèmes avec l'alcool?

- 1- Oui 2- Non 9- NSP ou refus

6b. Vivez-vous avec quelqu'un qui fait un usage non-médical de drogues?

- 1- Oui 2- Non 9- NSP ou refus

7a. Avec qui passez-vous la plupart de vos temps libres?

- 1- La famille 2- Les amis 3- Seul(e)

7b. Êtes-vous satisfait(e) de cette façon de passer vos temps libres?

- 1- Oui 2- Non 3- Indifférent(e)

8. Combien d'amis intimes avez-vous?

COMMENTAIRES :

		A	B	C	D	E		G	H		I	J	K	L
Personnes		Mère bio.	Mère adopt.	Père bio.	Père adopt.	Frères		Conjoint	Enfants °		Autres parents imp.	Amis	Voisins	Coll. de travail
						Nbre :			Nbre :					
9. Avez-vous connu des périodes significatives de graves problèmes de relations avec...	30 derniers jours													
	à vie													
À votre avis, certains de vos proches ont-ils eu :						(1)	(2)	(1)	(2)	(1)	(2)			
10. des problèmes avec l'alcool?								*	*	*				
11. des problèmes avec des drogues?								*	*	*				
12. des problèmes psychiatriques?								*	*	*				
13. Estimez-vous avoir établi une relation étroite et durable avec les personnes suivantes?														
1-Oui 2-Non 9-NSP ou refus		N/A – ne s'applique pas car l'usager n'a aucune personne du type mentionné (exemple : pas de mère adoptive) ou n'a eu aucun contact ou personne décédée (sauf question 13)						° Demandez l'âge de ou des enfants(s) et inscrivez ici :						
		* Facultatif												

14. Avez-vous déjà été abusé émotionnellement

(par des propos injurieux) :

1-Oui 2-Non

● dans les 30 derniers jours?

● dans la vie?

15. Avez-vous déjà été abusé physiquement

(en ayant eu des dommages corporels) :

1-Oui 2-Non

● dans les 30 derniers jours?

● dans la vie?

16. Avez-vous déjà été abusé sexuellement

(en vous faisant imposer des avances ou des relations sexuelles) :

1-Oui 2-Non

● dans les 30 derniers jours?

● dans la vie?

17. Au cours des 30 derniers jours, pendant combien de jours avez-vous été en conflit grave :

a) avec votre famille?

b) avec d'autres personnes? (à l'exception de la famille)

QUESTIONS 18 À 21 : DEMANDEZ À L'USAGER D'UTILISER L'ÉCHELLE D'ÉVALUATION SUBJECTIVE (0 À 4)

Au cours des 30 derniers jours, dans quelle mesure avez-vous été perturbé ou préoccupé par :

18. vos problèmes familiaux?

19. vos problèmes de relation avec les autres (y compris les problèmes liés à l'isolement et à la solitude?)

Dans quelle mesure vous semble-t-il important d'obtenir un traitement ou de l'aide pour :

20. vos problèmes familiaux?

21. vos problèmes de relation avec les autres? (y compris les problèmes liés à l'isolement et à la solitude?)

ÉVALUATION DE GRAVITÉ PAR L'INTERVENANT (0 À 9)

22a. Quelle est votre estimation de la gravité du problème de l'usager?

22b. Dans quelle mesure estimez-vous que l'usager a besoin de counselling familial et/ou interpersonnel?

ÉVALUATION DE CONFIANCE

Les renseignements ci-dessus sont-ils sensiblement faussés :

23. parce que l'usager dissimule la vérité? 1- Oui 2- Non

24. parce qu'il ne comprend pas les questions? 1- Oui 2- Non



☞ 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 connu une période prolongée, NE RÉSULTANT PAS DE LA CONSOMMATION DE DROGUES OU D'ALCOOL, au cours de laquelle vous avez :

☞ 2. eu une **dépression grave** (tristesse, désespoir, perte d'intérêt important, apathie, sentiment de culpabilité, crises de larmes)?

- | | |
|----------------------|---|
| 30 derniers jours | dans votre vie
pendant au moins 2 semaines |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 1- Oui | 2- Non |
| | 9- NSP ou refus |

☞ 3. souffert d'**anxiété ou de tensions graves** (sensation de tension, d'incapacité de se détendre, crainte déraisonnable)?

- | | |
|----------------------|---|
| 30 derniers jours | dans votre vie
pendant au moins 2 semaines |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 1- Oui | 2- Non |
| | 9- NSP ou refus |

☞ 4. souffert d'**hallucinations** (voir des choses, des gens ou entendre des voix qui n'existent pas, même si la durée a été brève)?

- | | |
|----------------------|----------------------|
| 30 derniers jours | dans votre vie |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 1- Oui | 2- Non |
| | 9- NSP ou refus |

☞ 5. éprouvé des troubles graves de concentration, de mémorisation et/ou de compréhension?

- | | |
|----------------------|---|
| 30 derniers jours | dans votre vie
pendant au moins 2 semaines |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 1- Oui | 2- Non |
| | 9- NSP ou refus |

Avez-vous connu une période RÉSULTANT OU NON DE LA CONSOMMATION D'ALCOOL OU DE DROGUES, au cours de laquelle vous avez :

☞ 6. éprouvé des difficultés à maîtriser un comportement violent?

- | | |
|----------------------|----------------------|
| 30 derniers jours | dans votre vie |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 1- Oui | 2- Non |
| | 9- NSP ou refus |

☞ 7. tenté de vous blesser intentionnellement (autre que tentative de suicide)?

- | | |
|----------------------|----------------------|
| 30 derniers jours | dans votre vie |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 1- Oui | 2- Non |
| | 9- NSP ou refus |

☞ 8. eu de fortes pensées suicidaires (avec scénario)?

- | | |
|----------------------|----------------------|
| 30 derniers jours | dans votre vie |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 1- Oui | 2- Non |
| | 9- NSP ou refus |

☞ 9. tenté de vous suicider?

- | | |
|----------------------|----------------------|
| 30 derniers jours | dans votre vie |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 1- Oui | 2- Non |
| | 9- NSP ou refus |

☞ 10. eu un médicament prescrit pour un problème psychologique ou émotionnel?

- | | |
|----------------------|----------------------|
| 30 derniers jours | dans votre vie |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 1- Oui | 2- Non |
| | 9- NSP ou refus |

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

QUESTIONS 12 ET 13 : DEMANDEZ À L'USAGER D'UTILISER L'ÉCHELLE D'ÉVALUATION SUBJECTIVES (0 À 4)

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 vous semble-t-il important maintenant de recevoir un traitement pour ces problèmes psychologiques ou émotionnels?

QUESTIONS À L'USAGE DE L'INTERVENANT

(Aux questions 14, 16 et 19, en cas de doute, demandez à l'utilisateur)

AU MOMENT DE L'ENTREVUE, L'USAGER EST-IL :

14. visiblement déprimé ou en retrait?
1- Oui 2- Non

15. visiblement hostile?
1- Oui 2- Non

16. visiblement anxieux ou nerveux?
1- Oui 2- Non

17. A-t-il des difficultés à évaluer objectivement la situation, des troubles de la pensée, une pensée paranoïde?
1- Oui 2- Non

18. A-t-il des difficultés à comprendre, à se concentrer et à se souvenir?
1- Oui 2- Non

19. A-t-il des pensées suicidaires?
1- Oui 2- Non

ÉVALUATION DE GRAVITÉ PAR L'INTERVENANT (0 À 9)

20a. Quelle est votre estimation de la gravité du problème de l'utilisateur?

20b. Dans quelle mesure estimez-vous que l'utilisateur a besoin de traitement psychiatrique/psychologique?

ÉVALUATION DE CONFIANCE

Les renseignements ci-dessus sont-ils sensiblement faussés :

21. parce que l'utilisateur dissimule la vérité?
1- Oui 2- Non

22. parce qu'il ne comprend pas les questions?
1- Oui 2- Non

COMMENTAIRES :



☞ 1. Quel est le plus haut niveau de scolarité que vous avez complété (notez le code correspondant à la scolarité complétée)?

- 00- Aucune scolarité ou uniquement l'école maternelle
- 01- Première année
- 02- Deuxième année
- 03- Troisième année
- 04- Quatrième année
- 05- Cinquième année
- 06- Sixième année
- 07- Septième année
- 08- Huitième année ou secondaire I
- 09- Neuvième année ou secondaire II
- 10- Dixième année ou secondaire III
- 11- Onzième année ou secondaire IV
- 12- Douzième année ou secondaire V
- 13- Études **partielles** dans un Cégep, une école de métiers ou un collège commercial privé, un institut technique, une école de sciences infirmières, une école normale
- 14- **Diplôme ou certificat d'études** d'un Cégep, d'une école de métiers ou un collège commercial privé, un institut technique, une école de sciences infirmières, une école normale
- 15- Études **partielles** à l'université, **Certificat(s) universitaire(s)**
- 16- Baccalauréat, Maîtrise ou Doctorat **acquis**

☞ 2. Autre formation (perfectionnement / en cours d'emploi / chômage)?

- 98- 98 mois et plus
- 99- NSP ou refus

☞ 3. Avez-vous une profession ou un métier?

- 1- Oui (Spécifiez) _____
- 2- Non

4. Avez-vous un permis de conduire valide?

- 1- Oui
- 2- Non, permis non renouvelé
- 3- Non, permis suspendu
- 4- Non, n'en a jamais eu

5. Pouvez-vous disposer d'un véhicule automobile?

- 1- Oui
- 2- Non

(Codez 2, si pas de permis valide)

☞ 6. Quelle a été la durée de votre plus long emploi régulier?

années mois

7. Occupation habituelle (ou dernière occupation)?
Spécifiez :

8. Quelqu'un d'autre contribue-t-il à votre soutien financier d'une manière ou d'une autre?

1- Oui 2- Non → aller à la question 10a.

9. Si oui, cela représente-t-il l'essentiel de vos ressources financières?

1- Oui 2- Non

☞ 10a. Type d'activité habituelle.

actuellement 3 dernières années

- 1- travail à plein temps (35 heures/semaine)
- 2- travail à temps partiel (heures régulières)
- 3- travail à temps partiel (heures irrégulières ou travail à la journée)
- 4- travail saisonnier (combinaison travail chômage)
- 5- études
- 6- retraite
- 7- invalidité
- 8- assurance-emploi (chômage)
- 9- séjour en milieu institutionnel
- 10- sécurité du revenu (B.E.S.)
- 11- au foyer
- 12- autres (incluant activités illégales)
- 13- conditions instables (plusieurs situations de durées variables)

10b. Êtes-vous satisfait(e) de votre situation actuelle?

1- Oui 2- Non 3- Indifférent(e)

11. Au cours des 30 derniers jours, combien de jours de travail vous a-t-on payés (y compris un travail au noir)?

AU COURS DES 30 DERNIERS JOURS, COMBIEN D'ARGENT AVEZ-VOUS REÇU DES SOURCES SUIVANTES :

9998 = 9998\$ et plus 9999 = NSP ou refus

12. emploi (revenu net)?

13. prestations de chômage?

14. aide sociale?

15. pension, prestations CSST (sans lien d'emploi), RRQ, IVAC, SAAQ, allocations familiales, pension alimentaire?

16. conjoint, famille ou amis, prêts et bourses, revenus imprévus tel TPS, retour d'impôts, loterie?

17. sources illégales?

18. Combien de personnes dépendent de vous pour la plus grande partie de leurs besoins (nourriture, logement, etc.)?

19a. Au cours des 30 derniers jours, pendant combien de jours avez-vous eu des problèmes d'emploi?
00- aucun jour (inclut aucune recherche d'emploi)

19b. Au cours des 30 derniers jours, pendant combien de jours avez-vous fait des démarches pour vous réinsérer sur le marché du travail?

QUESTIONS 20 ET 21 : DEMANDEZ À L'USAGER D'UTILISER L'ÉCHELLE D'ÉVALUATION SUBJECTIVES (0 À 4)

20. Au cours des 30 derniers jours, dans quelle mesure avez-vous été perturbé ou préoccupé par ces problèmes d'emploi?

21. Dans quelle mesure vous semble-t-il important, maintenant, de recevoir de l'aide pour ces problèmes d'emploi?

ÉVALUATION DE GRAVITÉ PAR L'INTERVENANT (0 À 9)

22a. Quelle est votre estimation de la gravité du problème de l'usager?

22b. Dans quelle mesure estimez-vous que l'usager a besoin de counselling d'emploi?

23. Cette demande a-t-elle été provoquée ou exigée par votre employeur?
1- Oui 2- Non

24. Avez-vous perdu ou quitté un ou plusieurs emplois à cause de la consommation de drogues ou d'alcool?
1- Oui 2- Non

25. Quel est le montant de vos dettes? (détaillez en commentaires)
99998 = 99998\$ et plus
99999 = NSP ou refus

26. Quel est votre revenu personnel annuel? (utilisez l'échelle des revenus ci-dessous)
1- 0 000 \$ - 00 999 \$
2- 1 000 \$ - 05 999 \$
3- 6 000 \$ - 11 999 \$
4- 12 000 \$ - 19 999 \$
5- 20 000 \$ - 29 999 \$
6- 30 000 \$ - 39 999 \$
7- 40 000 \$ - 49 999 \$
8- 50 000 \$ et plus
9- NSP pour refus

27. Quel est le revenu annuel de votre famille? (utilisez l'échelle des revenus de la question précédente)

ÉVALUATION DE CONFIANCE

Les renseignements ci-dessus sont-ils sensiblement faussés :

28. parce que l'usager dissimule la vérité?
1- Oui 2- Non

29. parce qu'il ne comprend pas les questions?
1- Oui 2- Non

COMMENTAIRES :



1. Cette admission a-t-elle été imposée ou suggérée par le système judiciaire et/ou par le système social?

1- Oui 2- Non → allez à la question 2

Si oui lequel?

● **Système judiciaire**

- 1- agent de probation
- 2- agent de libération conditionnelle
- 3- avocat
- 4- juge (libération sous caution)
- 5- autres : (spécifiez) _____

● **Système social**

- 6- intervenants des Centres Jeunesse
- 7- autres intervenants du réseau
- 8- avocat ou juge (Tribunal de la Jeunesse)

2. Présentement, êtes-vous :

- 1- en libération conditionnelle?
- 2- en probation?
- 3- en maison de transition?
- 4- autres (ex. : prison, pénitencier)? (spécifiez) _____
- 5- aucune mesure légale?

COMBIEN DE FOIS DANS VOTRE VIE AVEZ-VOUS ÉTÉ INculpÉ (ACCUSÉ) DES INFRACTIONS OU DÉLITS SUIVANTS :

3. désordre, vagabondage, ivresse publique?

4. infractions majeures au Code de la route (ex. : conduite dangereuse, conduite sans permis)?

5a. De combien de ces inculpations avez-vous été reconnu coupable?
N/A si jamais inculpé

5b. Combien de sentences avez-vous reçues pour ces condamnations?
N/A si jamais condamné

COMBIEN DE FOIS DANS VOTRE VIE AVEZ-VOUS ÉTÉ INculpÉ (ACCUSÉ) DES DÉLITS OU CRIMES SUIVANTS (c.f. Code criminel) :

☞ 6. infractions contre l'application de la loi (ex. : désobéissance à une ordonnance de la Cour, bris de probation, entraves à la justice telles les évasions ou les omissions de comparaître)?

☞ 7. fraude (ex. : vol de carte de crédit, escroquerie telle fabrication ou usage de faux)?

☞ 8. port d'arme illégal (ex. : posséder ou utiliser une arme à feu sans permis)?

☞ 9. infractions hors classe (ex. : libelle diffamatoire, fabrication de fausse monnaie)?

☞ 10. drogues (possession ou trafic)?

☞ 11. méfait (ex. : introduction par effraction, vandalisme, crime d'incendie, troubler la paix, braconnage)?

☞ 12. conduite avec facultés affaiblies (et/ou défaut ou refus de fournir un échantillon d'haleine ou de sang)?

☞ 13. vol (recel, vol sans arme et sans menace de violence sur la personne)?

☞ 14. infractions d'ordre sexuel (prostitution, proxénétisme)?

☞ 15. voies de fait (menace de mort, agression physique)?

☞ 16. négligence criminelle (délit de fuite)?

☞ 17. vol qualifié (avec une arme ou menace de violence sur la personne)?

☞ 18. viol, inceste, agression sexuelle?

☞ 19. homicide, meurtre (tentative de meurtre)?

☞ 20a. De combien de ces inculpations (6 à 19) avez-vous été reconnu coupable?
N/A si jamais inculpé

20b. Combien de sentences avez-vous reçues pour ces condamnations?
N/A si jamais condamné

21a. Combien de mois avez-vous été détenu? mois
00- moins de 15 jours, ou jamais inculpé, ou autres types de sentences → allez à la question 24
98 98 mois et plus
99 NSP ou refus

21b. Cela représente combien d'épisodes de détention au total?

22. Combien de temps a duré votre dernière détention?
 01- 15 jours ou plus
 98- 98 mois et plus
 99- NSP ou refus
 mois

23. Pour quel délit étiez-vous détenu?
 3-4, 6-19, code correspondant à l'item ou au délit.
 Si plusieurs délits, codez le plus grave, les délits étant ordonnés selon l'ordre croissant de gravité.

24. Présentement, êtes-vous en instance d'inculpation, de procès ou de sentence?
 1- Oui 2- Non → allez à la question 26a
 Si oui, êtes-vous :
 1- en instance d'inculpation?
 2- en attente de procès?
 3- en attente de sentence?

25. Pour quel délit?
 3-4, 6-19, code correspondant à l'item ou au délit.
 Si plusieurs délits, notez le plus grave, les délits étant ordonnés selon un ordre croissant de gravité.

26a. À quel âge avez-vous fait votre premier geste délinquant (acte ou infraction passible d'être traduit en justice au criminel)?
 00 si aucun geste délinquant

26b. Quel âge aviez-vous lors de votre dernière inculpation pour un délit (code criminel)?
 00 si aucune inculpation

27. Au cours des 30 derniers jours, pendant combien de jours avez-vous été détenu?

28. Au cours des 30 derniers jours, pendant combien de jours vous êtes-vous adonné à des activités illégales en vue d'en tirer profit?

QUESTIONS 29a À 29c : DEMANDEZ À L'USAGER D'UTILISER L'ÉCHELLE D'ÉVALUATION SUBJECTIVES (0 À 4)

29a. Dans quelle mesure pensez-vous que vos problèmes judiciaires actuels sont graves?
 (exclure les problèmes civils)

29b. Dans quelle mesure vous semble-t-il important, maintenant, d'avoir de l'aide ou une consultation pour ces problèmes judiciaires?

29c. Dans quelle mesure vous semble-t-il important, maintenant, de recevoir des services psychosociaux pour vos problèmes judiciaires?

ÉVALUATION DE GRAVITÉ PAR L'INTERVENANT (0 À 9)

30a. Quelle est votre estimation de la gravité du problème de l'utilisateur?

30b. Dans quelle mesure estimez-vous que l'utilisateur a besoin de services juridiques ou de counselling?

30c. Comment évaluez-vous son besoin de services psychosociaux en regard de son profil de délinquance?

ÉVALUATION DE CONFIANCE

Les renseignements ci-dessus sont-ils sensiblement faussés :

31. parce que l'utilisateur dissimule la vérité?
 1- Oui 2- Non

32. parce qu'il ne comprend pas les questions?
 1- Oui 2- Non

COMMENTAIRES :

COMMENTAIRES ADDITIONNELS

Page, question	Commentaires

Indice canadien du jeu excessif (ICJE)

En réfléchissant aux **12 derniers mois**, (COCHEZ UNE RÉPONSE PAR PROPOSITION)

	Presque toujours	La plupart du temps	Quelques fois	Jamais
a. À quelle fréquence avez-vous parié plus que ce que vous pouviez réellement vous permettre de perdre ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. À quelle fréquence avez-vous eu besoin de jouer de plus gros montants d'argent afin de ressentir le même niveau d'excitation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Quand vous jouiez, à quelle fréquence êtes-vous retourné jouer (un autre jour) pour tenter de regagner l'argent que vous aviez perdu ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. À quelle fréquence avez-vous emprunté de l'argent ou vendu quelque chose dans le but d'obtenir de l'argent pour jouer ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. À quelle fréquence avez-vous senti que vous pouviez avoir un problème avec les jeux de hasard et d'argent ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. À quelle fréquence le fait de jouer vous a-t-il causé des problèmes de santé quelconques, incluant du stress ou de l'anxiété ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. À quelle fréquence des personnes ont-elles critiqué vos habitudes de jeu ou vous ont-elles dit que vous aviez un problème de jeu, peu importe le fait que vous pensiez ou non que ceci était vrai ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. À quelle fréquence vos habitudes de jeu ont-elles causé des problèmes financiers quelconques, pour vous ou au sein de votre foyer ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. À quelle fréquence vous êtes-vous senti coupable par rapport à votre façon de jouer ou à ce qui arrive lorsque vous jouez ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Avez-vous déjà menti aux membres de votre famille ou à d'autres personnes pour cacher vos activités de jeu ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Avez-vous déjà parié ou dépensé plus d'argent au jeu que vous en aviez l'intention ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Avez-vous déjà voulu arrêter de parier de l'argent ou de jouer mais pensiez que vous en étiez incapable ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Ferris, J. et Wynne, H. (2001). L'indice canadien du jeu excessif. Rapport final. *Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies*.
<http://www.ccsa.ca/2003%20and%20earlier%20CCSA%20Documents/ccsa-010082-2001.pdf>

MCMII-III^{MD}



Livret de réponses

INVENTAIRE CLINIQUE MULTIAXIAL DE MILLON~III^{MD}

Par : Theodore Millon, Ph.D.

Adaptation canadienne-française par :
Randolph Stephenson, Ph.D., Donald Bouthillier, Ph.D., et Pascale Brillon, Ph.D.

PEARSON

N'écrivez rien sur ce livret.

DIRECTIVES :

Les pages qui suivent contiennent une liste d'énoncés que les gens utilisent pour se décrire. Ils sont énumérés ici pour vous aider à décrire vos sentiments et vos attitudes. Essayez de répondre de façon aussi franche et sérieuse que possible, puisque vos réponses aideront votre thérapeute à comprendre vos problèmes (ou votre situation) et à planifier l'aide qu'il vous apportera.

Ne vous préoccupez pas du fait que quelques-uns des énoncés semblent inhabituels; ils sont inclus pour tenir compte de personnes ayant différents types de problèmes. Si vous êtes d'accord avec un énoncé ou si vous décidez qu'il vous décrit bien, noircissez le **V** sur la feuille réponse pour indiquer que c'est vrai.

Si vous n'êtes pas d'accord avec l'énoncé ou si vous décidez qu'il ne vous décrit pas bien, noircissez le **F** pour indiquer que c'est faux. Essayez de répondre à chaque énoncé même si vous n'êtes pas certain(e) de votre choix. Si vous avez essayé et n'êtes toujours pas capable de décider, noircissez **F** pour faux.

Utilisez un crayon à mine noir foncé et appuyez fermement lorsque vous noircissez les cercles. Si vous faites une erreur ou si vous changez d'idée, effacez complètement puis noircissez le bon cercle.

Il n'y a pas de limite de temps pour compléter cet inventaire, mais il est souhaitable de procéder aussi rapidement qu'il vous est confortable de le faire.

1. Ces derniers temps, je me sens sans énergie, même le matin.
2. Je pense beaucoup de bien des règlements parce qu'ils sont de bons guides à suivre.
3. J'aime faire tellement de choses différentes que j'ai de la difficulté à choisir par quoi commencer.
4. Je me sens faible et fatigué(e) la plupart du temps.
5. Je sais que je suis quelqu'un de supérieur, alors je me fiche de ce que les autres pensent.

6. Les gens n'ont jamais été assez reconnaissants pour les choses que j'ai faites.
7. Si ma famille me mettait de la pression, il est probable que je me sentirais fâché(e) et que je résisterais à faire ce qu'ils veulent.
8. Les gens se moquent de moi dans mon dos en parlant de ma façon d'agir ou de mon apparence.
9. Je critique souvent les gens vivement lorsqu'ils me contrarient.
10. Je montre rarement au monde extérieur le peu d'émotion que je ressens.

Continuez à la page suivante.

N'écrivez rien sur ce livret.

11. J'ai de la difficulté à maintenir mon équilibre en marchant.
12. Je montre facilement et rapidement mes sentiments.
13. Ma dépendance à la drogue m'a souvent causé de gros problèmes par le passé.
14. Parfois, il m'arrive d'être vraiment dur(e) et méchant(e) dans mes relations avec les membres de ma famille.
15. Les choses qui vont bien aujourd'hui ne dureront pas très longtemps.

16. Je suis une personne très agréable et docile.
17. Lorsque j'étais adolescent(e), j'avais beaucoup de problèmes à cause de mon mauvais comportement à l'école.
18. J'ai peur de trop me rapprocher d'une personne parce que je peux finir par me faire ridiculiser ou couvrir de honte.
19. Je semble choisir des ami(e)s qui finissent par me maltraiter.
20. J'ai toujours eu des pensées tristes depuis que je suis enfant.

21. J'aime flirter avec les personnes du sexe opposé.
22. Je suis une personne très instable qui change constamment d'idée et d'humeur.
23. Consommer de l'alcool ne m'a jamais causé de réels problèmes dans mon travail.
24. J'ai commencé à me sentir comme un raté (une ratée) il y a quelques années.
25. Je me sens coupable la plupart du temps sans que je sache pourquoi.

26. Les autres envient mes aptitudes.
27. Lorsque j'en ai le choix, je préfère faire les choses seul(e).
28. Je pense qu'il est nécessaire d'exercer un contrôle strict sur le comportement des membres de ma famille.
29. Les gens me voient habituellement comme une personne réservée et sérieuse.
30. Dernièrement, l'envie me prend de saccager des objets.

31. Je crois que je suis une personne spéciale qui mérite une attention particulière de la part des autres.
32. Je cherche toujours à me faire de nouveaux amis et à rencontrer de nouvelles personnes.
33. Si quelqu'un me critiquait pour avoir fait une erreur, je soulignerais rapidement quelques-unes des erreurs que cette personne a déjà faites.
34. Dernièrement, j'ai complètement craqué.
35. Je renonce souvent à faire des choses parce que je crains de ne pas bien les faire.

Continuez à la page suivante.

N'écrivez rien sur ce livret.

36. Je me laisse souvent emporter par mes sentiments de colère et après, je me sens terriblement coupable.
37. Je perds très souvent ma capacité à ressentir des sensations dans certaines parties de mon corps.
38. Je fais ce que je veux sans me préoccuper de l'effet que cela a sur les autres.
39. Prendre des drogues soi-disant illégales peut être imprudent, mais j'en ai eu besoin dans le passé.
40. Je crois que je suis une personne craintive et réservée.

41. J'ai fais, sur des coups de tête, une quantité de choses stupides qui ont fini par me causer de gros problèmes.
42. Je ne pardonne jamais une insulte ou n'oublie jamais l'embarras que quelqu'un m'a causé.
43. Je me sens souvent triste ou tendu(e) après que quelque chose de bon me soit arrivé.
44. Maintenant, je me sens terriblement déprimé(e) et triste la plupart du temps.
45. J'essaie toujours de plaire aux autres, même lorsque je ne les aime pas.

46. J'ai toujours eu moins d'intérêt pour le sexe que la plupart des gens.
47. J'ai toujours tendance à me blâmer lorsque les choses tournent mal.
48. Il y a longtemps, j'ai décidé qu'il valait mieux avoir peu à faire avec les gens.
49. Depuis mon enfance, j'ai toujours dû me méfier des gens qui essayaient de me duper.
50. J'en veux beaucoup aux "gros bonnets" qui croient toujours faire les choses mieux que moi.

51. Quand les choses deviennent ennuyantes, j'aime susciter un peu d'excitation.
52. J'ai un problème avec l'alcool qui m'a causé des difficultés ainsi qu'à ma famille.
53. Les punitions ne m'ont jamais empêché(e) de faire ce que je voulais.
54. Il m'arrive souvent, sans raison, de me sentir très joyeux(joyeuse) et rempli(e) d'excitation.
55. Depuis les dernières semaines, je me sens épuisé(e) sans raison apparente.

56. Depuis quelque temps, je me sens très coupable parce que je ne fais plus rien correctement.
57. Je crois être une personne très sociable et ouverte.
58. Je suis devenu(e) très nerveux(nerveuse) lors des dernières semaines.
59. Je tiens des comptes très serrés de mon argent de façon à être préparé(e) si un besoin survient.
60. Je n'ai pas eu autant de chance dans la vie que les autres.

Continuez à la page suivante.

N'écrivez rien sur ce livret.

61. Des idées défilent sans arrêt dans ma tête et ne veulent pas s'en aller.
62. Je suis devenu(e) tout à fait découragé(e) et triste par rapport à la vie dans la ou les deux dernières années.
63. Plusieurs personnes espionnent ma vie privée depuis plusieurs années.
64. Je ne sais pas pourquoi, mais il m'arrive parfois de dire des choses cruelles rien que pour rendre les autres malheureux.
65. J'ai survolé l'Atlantique trente fois dans la dernière année.

66. Mon habitude d'abuser des drogues a fait en sorte que j'ai été absent(e) du travail par le passé.
67. J'ai plusieurs idées qui sont en avance sur leur temps.
68. Dernièrement, je dois penser et repenser aux choses sans arrêt sans raison valable.
69. J'évite la plupart des situations sociales parce que je m'attends à ce que les gens me critiquent ou me rejettent.
70. Je pense souvent que je ne mérite pas les bonnes choses qui m'arrivent.

71. Quand je suis seul(e), je sens souvent la présence intense de quelqu'un près de moi qui ne peut être vu.
72. Je sens que je n'ai aucun but dans la vie et je ne sais pas où me diriger.
73. Je permets souvent aux autres de prendre des décisions importantes à ma place.
74. J'ai de la difficulté à dormir et je me lève aussi fatigué(e) que lorsque je me suis couché(e).
75. Dernièrement, j'ai transpiré énormément et je me suis senti très tendu(e).

76. Je persiste à avoir des pensées étranges dont j'aimerais pouvoir me débarrasser.
77. J'ai beaucoup de problèmes à contrôler mon impulsion à boire de façon excessive.
78. Même quand je suis réveillé(e), je ne semble pas remarquer les gens qui sont proches de moi.
79. Je suis souvent maussade et de mauvaise humeur.
80. Il m'est très facile de me faire plusieurs amis.

81. J'ai honte de certains abus dont j'ai été victime quand j'étais jeune.
82. Je m'assure toujours que mon travail est bien planifié et organisé.
83. Mes humeurs semblent varier beaucoup d'une journée à l'autre.
84. Je doute trop de moi pour risquer d'essayer quelque chose de nouveau.
85. Je ne blâme pas celui qui profite de quelqu'un qui se laisse faire.

86. Depuis quelque temps, je me sens triste et déprimé(e) et je ne semble pas en sortir.
87. Je me fâche souvent contre les gens qui font les choses lentement.
88. Je ne me tiens jamais à l'écart quand je suis à une fête.
89. Je surveille ma famille de près afin de savoir qui est digne de confiance et qui ne l'est pas.
90. Je me sens parfois confus(e) et bouleversé(e) lorsque les gens sont gentils avec moi.

Continuez à la page suivante.

N'écrivez rien sur ce livret.

91. Ma consommation de drogues soi-disant illégales a mené à des querelles familiales.
92. Je suis seul(e) la plupart du temps et c'est ce que je préfère.
93. Il y a des gens dans ma famille qui disent que je suis égoïste et que je ne pense qu'à moi.
94. Les gens peuvent facilement me faire changer d'idée, même quand je pensais que mon idée était faite.
95. Je mets souvent les gens en colère en leur donnant des ordres.

96. Les gens ont dit, par le passé, que je m'emballais trop et m'excitais trop pour trop de choses.
97. Je crois au proverbe qui dit que "l'avenir appartient à ceux qui se lèvent tôt".
98. Mes sentiments envers les personnes qui comptent beaucoup pour moi oscillent souvent entre l'amour et la haine.
99. En situation de groupe, je suis presque toujours embarrassé(e) et tendu(e).
100. Je crois que je ne suis pas différent(e) de mes parents en devenant un peu alcoolique.

101. Je pense que je ne prends pas plusieurs de mes responsabilités familiales aussi sérieusement que je le devrais.
102. Depuis mon enfance, j'ai perdu contact avec la réalité.
103. Des gens sournois essaient souvent d'obtenir le mérite pour des choses que j'ai faites ou auxquelles j'ai pensé.
104. Je ne peux pas avoir beaucoup de plaisir parce que j'ai l'impression que je ne le mérite pas.
105. J'ai peu envie d'établir de forts liens d'amitié.

106. J'ai vécu plusieurs périodes dans ma vie où j'étais si enjoué(e) et dépensais tant d'énergie que je me suis retrouvé(e) vidé(e).
107. J'ai complètement perdu l'appétit et j'ai de la difficulté à dormir presque toutes les nuits.
108. Je m'inquiète beaucoup à l'idée d'être laissé(e) tout(e) seul(e) et à avoir à me débrouiller seul(e).
109. Le souvenir d'une expérience très difficile de mon passé revient souvent hanter mes pensées.
110. J'ai été sur la page couverture de plusieurs magazines l'année dernière.

Continuez à la page suivante.

N'écrivez rien sur ce livret.

111. Je semble avoir perdu intérêt pour la plupart des choses que je trouvais plaisantes avant, comme par exemple le sexe.
112. J'ai été découragé(e) et triste presque tout ma vie, et ce, depuis que je suis enfant.
113. J'ai connu des difficultés avec la justice à quelques reprises.
114. Une bonne façon d'éviter les erreurs est d'établir une routine pour faire les choses.
115. Les autres me blâment souvent pour des choses que je n'ai pas faites.

116. J'ai dû être vraiment dur(e) avec certaines personnes pour qu'elles gardent leur place.
117. Les gens pensent que parfois je raconte des choses étranges ou différentes de ce qu'ils peuvent raconter.
118. Il y a eu des périodes où je ne pouvais pas passer à travers une journée sans prendre de drogue illicite.
119. Les gens essaient de me faire croire que je suis fou (folle).
120. Je ferais quelque chose de désespéré pour empêcher qu'une personne que j'aime me laisse.

121. J'ai des fringales alimentaires incontrôlables quelques fois par semaine.
122. Il semble que je gâche les bonnes opportunités que je rencontre.
123. J'ai toujours eu de la difficulté à arrêter de me sentir triste et malheureux(-euse).
124. Lorsque je suis seul(e) et loin de chez moi, je deviens souvent tendu(e) et je panique.
125. Les gens deviennent parfois irrités envers moi parce qu'ils disent que je parle trop ou trop vite pour eux.

126. Aujourd'hui la plupart des gens qui ont réussi dans la vie, ont réussi par chance ou par malhonnêteté.
127. Je n'établirais pas de lien avec une personne à moins que je sois sûr(e) qu'elle m'aime.
128. Je me sens profondément déprimé(e) sans que j'en connaisse la raison.
129. Des années plus tard, j'ai toujours des cauchemars au sujet d'un événement qui a mis ma vie en danger.
130. Je n'ai plus l'énergie qu'il me faut pour me concentrer sur mes responsabilités quotidiennes.

Continuez à la page suivante.

N'écrivez rien sur ce livret.

131. Boire de l'alcool m'aide quand je suis déprimé(e).
132. Je déteste penser à certaines des façons dont j'ai été abusé(e) alors que j'étais enfant.
133. Même quand ça va bien, j'ai toujours peur que les choses se gâchent rapidement.
134. Je me sens parfois comme fou(folle) ou irréal(le) lorsque les choses tournent mal dans ma vie.
135. Être seul(e), sans que j'aie quelqu'un sur qui compter, me fait réellement peur.

136. Je sais que j'ai dépensé plus d'argent que je n'aurais dû pour acheter des drogues illicites.
137. Je m'assure toujours que mon travail est terminé avant de prendre du temps pour des loisirs.
138. Je peux savoir quand les gens parlent de moi lorsque je passe près d'eux.
139. Je suis très bon(bonne) pour me trouver une excuse quand je me trouve en difficulté.
140. Je crois que l'on complotte contre moi.

141. Je sens que la plupart des gens pensent peu de bien de moi.
142. Je sens souvent qu'il n'y a rien en moi, comme si j'étais vide ou creux(creuse).
143. Je me force parfois à vomir après avoir mangé.
144. Je crois que je fais des efforts excessifs pour encourager les gens à admirer les choses que je dis ou que je fais.
145. Je passe ma vie à m'inquiéter d'une chose ou d'une autre.

146. Je me demande toujours quelle est la véritable raison qui amène quelqu'un à agir de façon particulièrement gentille avec moi.
147. Il y a certaines pensées qui ne cessent de revenir à mon esprit.
148. Peu de choses me donnent du plaisir dans la vie.
149. Je me sens fragile et j'ai de la difficulté à m'endormir parce que des souvenirs pénibles d'événements du passé reviennent constamment à mon esprit.
150. Penser à ce qui vient, au début de chaque journée, me rend terriblement déprimé(e).

151. Je n'ai jamais été capable de me défaire du sentiment que je suis sans valeur pour les autres.
152. J'ai un problème d'alcool que j'ai essayé sans succès de régler.
153. Quelqu'un a essayé de contrôler mon esprit.
154. J'ai tenté de me suicider.
155. Je suis prêt(e) à m'affamer pour être encore plus mince que je le suis déjà.

Continuez à la page suivante.

N'écrivez rien sur ce livret.

156. Je ne comprends pas pourquoi certaines personnes me font des sourires.
157. Je n'ai pas vu d'automobiles depuis dix ans.
158. Je me tends avec des gens que je ne connais pas bien parce qu'ils pourraient vouloir me faire du mal.
159. Il faut être une personne plutôt exceptionnelle pour comprendre mes aptitudes spéciales.
160. Ma vie actuelle est encore dérangée par des "flashbacks" de quelque chose de terrible qui m'est arrivé.

161. Je semble provoquer des situations avec les autres où je finis par me sentir blessé(e) ou rejeté(e).
162. Je me perds souvent dans mes pensées et j'oublie ce qui se passe autour de moi.
163. Les gens disent que je suis mince, mais je trouve que mes hanches et mes fesses sont bien trop grosses.
164. Il y a des événements terribles de mon passé qui reviennent constamment hanter mes pensées et mes rêves.
165. À part de ma famille, je n'ai pas d'ami(e)s intimes.

166. La plupart du temps, j'agis vite et je ne réfléchis pas assez.
167. Je prends grand soin de garder ma vie aussi privée que possible pour que l'on ne puisse pas me nuire.
168. Très souvent, j'entends si bien les choses que cela me dérange.
169. Je suis toujours prêt(e) à être conciliant(e) avec les autres lorsqu'il y a un désaccord, parce que je crains leur colère ou leur rejet.
170. Je répète souvent certains comportements plusieurs fois, parfois pour réduire mon anxiété et parfois pour prévenir un malheur.

171. Récemment, j'ai pensé sérieusement à m'enlever la vie.
172. Les gens me disent que je suis une personne très convenable et ayant des principes.
173. Je suis toujours terrifié(e) quand je pense à une expérience traumatique que j'ai vécue il y a plusieurs années.
174. Bien que j'aie peur de nouer des amitiés, je souhaiterais en avoir plus que j'en ai.
175. Il y a des gens qui sont supposés être mes amis et qui aimeraient me faire du mal.

AUDIT

Au cours du DERNIER MOIS, les jours où vous aviez bu, habituellement, combien de consommations avez-vous prises?

Nombre de consommations _____

Au cours du DERNIER MOIS, lors d'une même occasion, combien de fois avez-vous pris :

Nombre de fois

a) 5 à 7 consommations ?..... _____

b) 8 à 11 consommations ? _____

c) 12 consommation et plus ? _____

À quelle fréquence avez-vous fait l'expérience de ce qui suit ? (COCHEZ UNE RÉPONSE POUR CHAQUE ÉNONCÉ)

	Jamais	Moins d'une fois par mois	Mensuelle ment	Hebdomadaire	Quotidiennement ou presque tous les jours
a. Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous constaté que vous ne pouviez plus arrêter de boire une fois que vous aviez bu votre premier verre ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous été incapable de faire ce que l'on attendait normalement de vous à cause de votre consommation d'alcool ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous eu besoin de boire une boisson alcoolique en vous réveillant le matin, pour vous remettre d'un lendemain de veille ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence vous êtes-vous senti(e) coupable ou avez-vous eu des remords après avoir bu ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous été incapable de vous rappeler ce qui s'était passé la veille parce que vous aviez bu ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. À quelle fréquence buvez-vous 5 consommations ou plus lors d'une même occasion ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Vous est-il arrivé de vous blesser ou est-il arrivé à quelqu'un d'autre de se blesser suite à votre propre consommation d'alcool ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Un membre de votre famille, un ami, un médecin ou un autre professionnel de la santé, vous a-t-il fait part de son inquiétude concernant votre consommation d'alcool, ou vous a-t-il suggéré de réduire votre consommation ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Babor, T.F., Higgins-Biddle, J.C., Saunders, J. B., Monteiro, M.G. (2001). AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test : Guidelines for Use in Primary Care. Second edition. World Health Organization: Department of Mental Health and Substance Dependence.

Questionnaire d'événements traumatiques

Ce questionnaire tente de faire l'inventaire de différents événements de vie stressants. Ces sortes d'événements peuvent entraîner de la peur ou de la détresse chez presque toutes les personnes. Durant votre vie, est-ce que certains des événements suivants vous sont déjà arrivés? Notez que vos réponses sont strictement confidentielles.

INSTRUCTIONS : Veuillez encercler OUI ou NON pour chacune des questions. Si votre réponse est OUI, mettez votre âge lorsque cela vous est arrivé pour la première fois et votre âge lors de la fin de l'événement.

- 1. Avez-vous déjà servi dans l'armée dans un pays en guerre, ou avez-vous déjà eu l'expérience du combat?** OUI NON
Âge 1^{ère} fois? _____ Si plus d'une fois, âge dernière fois? _____
- Avez-vous pensé que vous pourriez être tué(e) ou sérieusement blessé(e)?..... OUI NON
Avez-vous été sérieusement blessé(e) durant l'événement(s)? OUI NON
- 2. Avez-vous déjà été dans un grave accident d'automobile, un grave accident au travail ou ailleurs?** OUI NON
Âge 1^{ère} fois? _____ Si plus d'une fois, âge dernière fois? _____
- Avez-vous pensé que vous pourriez être tué(e) ou sérieusement blessé(e)?..... OUI NON
Avez-vous été sérieusement blessé(e) durant l'événement(s)? OUI NON
- 3. Avez-vous déjà été impliqué(e) dans un désastre naturel, tel une tornade, ouragan, inondation ou gros tremblement de terre?** OUI NON
Âge 1^{ère} fois? _____ Si plus d'une fois, âge dernière fois? _____
- Avez-vous pensé que vous pourriez être tué(e) ou sérieusement blessé(e)?..... OUI NON
Avez-vous été sérieusement blessé(e) durant l'événement(s)? OUI NON

Les questions qui suivent concernent des expériences sexuelles que vous pouvez avoir vécu durant votre vie. Vous pouvez ne pas avoir rapporté ces expériences à la police ou même à votre famille ou vos ami(e)s. De plus, la personne qui faisait les avances pouvait ne pas être un étranger, mais pouvait être un ami, un rendez-vous amoureux ou même un membre de votre famille. Ces sortes d'expériences sexuelles peuvent arriver n'importe quand durant la vie d'une personne, même durant l'enfance.

Peu importe quand cela s'est produit ou qui vous a faites les avances, est-ce que un (ou des) événements suivants vous sont déjà arrivés...

- 4. Avez-vous déjà eu un contact sexuel avec quelqu'un qui avait cinq ans de plus que vous avant que vous ayiez treize ans?**
(Contact sexuel veut dire que quelqu'un a un contact physique avec vos organes sexuels-organes génitaux pour les hommes, organes génitaux et seins pour les femmes- ou vous avez un contact physique avec les organes sexuels d'autrui)
..... OUI NON
Âge 1^{ère} fois? _____ Si plus d'une fois, âge dernière fois? _____

- Avez-vous pensé que vous pourriez être tué(e) ou sérieusement blessé(e)?..... OUI NON
 Avez-vous été sérieusement blessé(e) durant l'événement(s)? OUI NON
 Est-ce que cet incident incluait une pénétration vaginale, orale ou anale non voulue et forcée soit par le pénis, les doigts, la langue d'une personne ou par d'autres objets? OUI NON
5. **Avant que vous ayez 18 ans, est-ce que quelqu'un vous a déjà fait des pressions, utilisé de la coercition ou vous a menacé afin d'avoir un contact sexuel avec vous?** OUI NON
 Âge 1^{ère} fois? _____ Si plus d'une fois, âge dernière fois? _____
- Avez-vous pensé que vous pourriez être tué(e) ou sérieusement blessé(e)?..... OUI NON
 Avez-vous été sérieusement blessé(e) durant l'événement(s)? OUI NON
 Est-ce que cet incident incluait une pénétration vaginale, orale ou anale non voulue et forcée soit par le pénis, les doigts, la langue d'une personne ou par d'autres objets? OUI NON
6. **À un moment donné de votre vie (mis à part les événements en 4 ou 5), est-ce que quelqu'un a fait usage de force physique ou de menace de force physique pour vous amener à avoir un type quelconque de contact sexuel non voulu?** OUI NON
 Âge 1^{ère} fois? _____ Si plus d'une fois, âge dernière fois? _____
- Avez-vous pensé que vous pourriez être tué(e) ou sérieusement blessé(e)?..... OUI NON
 Avez-vous été sérieusement blessé(e) durant l'événement(s)? OUI NON
 Est-ce que cet incident incluait une pénétration vaginale, orale ou anale non voulue et forcée soit par le pénis, les doigts, la langue d'une personne ou par d'autres objets? OUI NON
7. **À un moment donné de votre vie (et cela même si vous ne l'aviez jamais rapporté), est-ce que quelqu'un (incluant un membre de la famille ou ami(e)s) vous a attaqué avec une arme à feu, couteau ou toute autre arme?** OUI NON
 Âge 1^{ère} fois? _____ Si plus d'une fois, âge dernière fois? _____
- Avez-vous pensé que vous pourriez être tué(e) ou sérieusement blessé(e)?..... OUI NON
 Avez-vous été sérieusement blessé(e) durant l'événement(s)? OUI NON
8. **À un moment donné de votre vie, est-ce que quelqu'un (incluant membre de la famille ou ami(e)s) vous a attaqué sans une arme, mais avec l'intention de vous tuer ou de vous blesser sérieusement?** OUI NON
 Âge 1^{ère} fois? _____ Si plus d'une fois, âge dernière fois? _____
- Avez-vous pensé que vous pourriez être tué(e) ou sérieusement blessé(e)?..... OUI NON
 Avez-vous été sérieusement blessé(e) durant l'événement(s)? OUI NON
9. **Avez-vous déjà été dans une situation au cours de laquelle vous avez été sérieusement blessé(e) ou vous avez souffert de blessure(s) graves?.....** OUI NON
 Si OUI, de quoi s'agissait-il? _____
- Âge 1^{ère} fois? _____ Si plus d'une fois, âge dernière fois? _____

Avez-vous pensé que vous pourriez être tué(e) ou sérieusement blessé(e)?..... OUI NON
Avez-vous été sérieusement blessé(e) durant l'événement(s)? OUI NON

10. **Avez-vous déjà été dans une autre situation au cours de laquelle vous avez eu peur d'être tué(e) ou sérieusement blessé(e)?** OUI NON
Si OUI, de quoi s'agissait-il? _____
Âge 1^{ère} fois? _____ Si plus d'une fois, âge dernière fois? _____

Avez-vous pensé que vous pourriez être tué(e) ou sérieusement blessé(e)?..... OUI NON
Avez-vous été sérieusement blessé(e) durant l'événement(s)? OUI NON

11. **Avez-vous déjà vu quelqu'un être sérieusement blessé(e) ou tué de façon violente?** OUI NON
Si OUI, de quoi s'agissait-il? _____
Âge 1^{ère} fois? _____ Si plus d'une fois, âge dernière fois? _____

Avez-vous pensé que vous pourriez être tué(e) ou sérieusement blessé(e)?..... OUI NON
Avez-vous été sérieusement blessé(e) durant l'événement(s)? OUI NON

12. **Avez-vous déjà fait l'expérience d'une autre situation qui n'a pas déjà été mentionnée mais qui était extrêmement stressante?** OUI NON
Si OUI, de quoi s'agissait-il? _____
Âge 1^{ère} fois? _____ Si plus d'une fois, âge dernière fois? _____

Avez-vous pensé que vous pourriez être tué(e) ou sérieusement blessé(e)?..... OUI NON
Avez-vous été sérieusement blessé(e) durant l'événement(s)? OUI NON

13. **Est-ce que un(e) ami(e) très proche ou un membre de votre famille a déjà été tué(e) ou assassiné(e) intentionnellement par une autre personne ou tué(e) par un conducteur ivre?** OUI NON

Veillez cocher la bonne réponse :
 OUI, assassiné(e) ou tué(e)
 OUI, tué(e) par un conducteur ivre
 NON

Si vous étiez présent, avez-vous pensé que vous pourriez être tué(e) ou sérieusement blessé(e)? OUI NON

Si vous étiez présent, avez-vous été sérieusement blessé(e) durant l'événement(s)? OUI NON

Quelle était la relation entre la victime et vous? _____
Votre âge lors de la mort de cette personne? _____

* Traduction du Trauma Assessment for Adults-Self-Report version (Resnick, Best, Kilpatrick, Freedy et Falsetti) Stephenson et Brillon (1995), Laboratoire d'Étude du Trauma, UQAM.

ÉMST

Le but de ce questionnaire est de mesurer la fréquence et la sévérité des symptômes dans les deux dernières semaines. Utilisez l'échelle de fréquence pour encerclez la fréquence des symptômes dans la colonne située à la gauche de chacun des énoncés. Ensuite, à l'aide de l'échelle de sévérité, encerclez la lettre qui correspond le mieux à la sévérité de chacun des énoncés.

Fréquence:

- 0** Pas du tout
- 1** 1 fois par semaine ou moins/ un petit peu/ une fois de temps en temps
- 2** 2 à 4 fois par semaine/ assez/ la moitié du temps
- 3** 5 fois ou plus par semaine/ beaucoup/ presque toujours

Sévérité:

- A** Pas du tout perturbant
- B** Un peu perturbant
- C** Modérément perturbant
- D** Très perturbant
- E** Extrêmement perturbant

Fréquence	Énoncé	Sévérité
Pas du tout Presque toujours		Pas du tout Extrêmement perturbant
0 1 2 3	1. Avez-vous eu des pensées ou des souvenirs pénibles récurrents ou intrusifs concernant l'événement? (répétitifs et envahissants)	A B C D E
0 1 2 3	2. Avez-vous eu et continuez-vous à avoir de mauvais rêves ou des cauchemars concernant l'événement?	A B C D E
0 1 2 3	3. Avez-vous vécu l'expérience de soudainement revivre l'événement, d'avoir un retour en arrière, d'agir ou de sentir que celui-ci se produisait?	A B C D E
0 1 2 3	4. Avez-vous été perturbé et continuez-vous à être perturbé de façon intense ÉMOTIONNELLEMENT lorsqu'on vous rappelait l'événement?	A B C D E
0 1 2 3	5. Avez-vous des réactions PHYSIQUES intenses lorsqu'on vous rappelle l'événement? (ex. sueurs, palpitations, etc.)	A B C D E
0 1 2 3	6. Avez-vous fait et continuez-vous de faire des efforts de façon persistante pour éviter les pensées et les sentiments associés à l'événement?	A B C D E
0 1 2 3	7. Avez-vous fait et continuez-vous de faire des efforts de façon persistante pour éviter les activités, les situations ou les endroits qui vous remémorent l'événement?	A B C D E
0 1 2 3	8. Y-a-t-il des aspects importants de l'événement dont vous ne pouvez toujours pas vous rappeler?	A B C D E
0 1 2 3	9. Avez-vous perdu de façon marquée vos intérêts pour vos loisirs depuis l'événement?	A B C D E

Fréquence:

- 0** Pas du tout
- 1** 1 fois par semaine ou moins/ un petit peu/ une fois de temps en temps
- 2** 2 à 4 fois par semaine/ assez/ la moitié du temps
- 3** 5 fois ou plus par semaine/ beaucoup/ presque toujours

Sévérité:

- A** Pas du tout perturbant
- B** Un peu perturbant
- C** Modérément perturbant
- D** Très perturbant
- E** Extrêmement perturbant

Pas du tout Presque toujours					Pas du tout Extrêmement perturbant				
0	1	2	3	10. Vous êtes vous senti détaché ou coupé des gens autour de vous depuis l'événement?	A	B	C	D	E
0	1	2	3	11. Avez-vous senti que votre capacité à ressentir vos émotions a diminué? (ex. incapable d'avoir de sentiments amoureux, sentiment d'être sans émotions, incapacité à pleurer lorsque triste, etc.)	A	B	C	D	E
0	1	2	3	12. Avez-vous perçu que vos plans ou vos espoirs futurs ont changé en raison de l'événement? (ex. plus de carrière, mariage, enfants, etc.)	A	B	C	D	E
0	1	2	3	13. Avez-vous eu et continuez-vous d'avoir des difficultés à vous endormir ou à rester endormi?	A	B	C	D	E
0	1	2	3	14. Avez-vous été et continuez-vous d'être constamment irritable ou porté à éclater soudainement en colère?	A	B	C	D	E
0	1	2	3	15. Avez-vous eu et continuez-vous d'avoir des difficultés persistantes à vous concentrer?	A	B	C	D	E
0	1	2	3	16. Êtes-vous excessivement en état d'alerte depuis l'événement? (ex. vérifier ce qui est autour de vous, etc.)	A	B	C	D	E
0	1	2	3	17. Avez-vous été plus nerveux, plus facilement effrayé depuis l'événement?	A	B	C	D	E

* Guay, S., Iucci, S., Marchand, A. et Martin, A. (2002). Validation de la version québécoise de l'échelle modifiée des symptômes du trouble de stress post-traumatique auprès d'un échantillon clinique. *Revue québécoise de psychologie*, 23(3), 257-269. http://www.rqpsy.qc.ca/ARTICLE/V23/23_3_257.pdf

ANNEXE 6

Caractéristiques sociodémographiques des différents types de joueurs

Caractéristiques sociodémographiques des différents types de joueurs

			Joueurs sans problème	Joueurs à faible risque	Joueurs à risque modéré	Joueurs pathologiques probables
	N	%	%	%	%	%
Total	40	100	2,5	5	7,5	85
Sexe						
<i>Hommes</i>	25	62,5	4	4	8	84
<i>Femmes</i>	15	37,5	0	6,7	6,7	86,7
Groupe d'âge						
<i>0-24 ans</i>	1	2,5	0	0	0	100
<i>25-54 ans</i>	22	55	4,5	4,5	4,5	86,4
<i>55-64 ans</i>	9	22,5	0	0	11,1	88,9
<i>65 ans et plus</i>	8	20	0	12,5	12,5	75
Groupe ethnique						
<i>Nés au Québec</i>	33	82,5	3	6,1	6,1	84,8
<i>Autre</i>	7	17,5	0	0	14,3	85,7
État civil						
<i>Mariés</i>	2	5	0	0	0	100
<i>Union libre</i>	8	20	0	0	12,5	87,5
<i>Séparés/divorcés</i>	11	27,5	0	0	9,1	90,9
<i>Veuf/ves</i>	2	5	0	0	50	50
<i>Célibataires</i>	17	42,5	5,9	11,8	0	82,4
Niveau de scolarité						
<i>12 années maximum</i>	22	55	0	4,5	4,5	90,9
<i>Cégep (partiel ou complété)</i>	14	35	0	7,1	14,3	78,9
<i>Université (partielle ou complétée)</i>	4	10	25	0	0	75
Occupation actuelle						
<i>Travail temps plein</i>	18	45	5,6	5,6	5,6	83,3
<i>Travail temps partiel</i>	5	12,5	0	0	20	80
<i>Retraite / invalidité</i>	10	25	0	10	10	80
<i>Aide sociale</i>	5	12,5	0	0	0	100
<i>Autre</i>	2	5	0	0	0	100
Revenu personnel annuel						
<i>Moins de 11 999 \$</i>	6	15	0	0	0	100
<i>12 000-19 999 \$</i>	10	25	0	20	0	80
<i>20 000-29 999 \$</i>	15	37,5	6,7	0	6,7	86,7
<i>30 000-39 999 \$</i>	3	7,5	0	0	33,3	66,7
<i>40 000 \$ et plus</i>	6	15	0	0	16,7	83,3

ANNEXE 7

**Comparaison des troubles comorbides chez les joueurs pathologiques de l'échantillon et
chez les joueurs pathologiques dans la population générale**

Comparaison des troubles comorbides chez les joueurs pathologiques de l'échantillon et chez les
joueurs pathologiques dans la population générale

Troubles chez les JP de l'échantillon <i>(instrument de mesure)</i>	Prévalence (%)	Troubles chez les JP dans la population générale	Prévalence (%)	Source
<u>Alcool / drogues :</u>				
Consommation problématique d'alcool (<i>IGT – à vie</i>) Consommation d'alcool à risque (<i>AUDIT – 12 derniers mois</i>) Dépendance à l'alcool (<i>MCMI-III – à vie</i>)	65	Abus d'alcool (<i>à vie</i>)	25,42	NESARC ¹
		Dépendance à l'alcool (<i>à vie</i>)	47,79	NESARC
	25	Consommation excessive d'alcool (<i>12 derniers mois</i>)	16	ESCC 1,2 ²
	15	Dépendance à l'alcool (<i>12 derniers mois</i>)	1,8	ESCC 1,2
Consommation problématique de drogues (<i>IGT – à vie</i>) Dépendance aux drogues (<i>MCMI-III – à vie</i>)	27,5	Abus de drogues (<i>à vie</i>)	26,92	NESARC
		Dépendance aux drogues (<i>à vie</i>)	11,18	NESARC
	10	Usage de cannabis (<i>12 derniers mois</i>)	12,8	ESCC 1,2
		Usage de substances illicites, en excluant le cannabis (<i>12 derniers mois</i>)	3,2	ESCC 1,2

Troubles chez les JP de l'échantillon <i>(instrument de mesure)</i>	Prévalence (%)	Troubles chez les JP dans la population générale	Prévalence (%)	Source
<u>Troubles à l'Axe I :</u>				
Symptômes d'anxiété <i>(IGT – à vie)</i>	87,5	Troubles anxieux <i>(à vie)</i>	41,30	NESARC
Anxiété <i>(MCMI-III – à vie)</i>	27,5	Troubles anxieux <i>(à vie)</i>	11,2	ESCC 1,2
		Troubles anxieux <i>(12 derniers mois)</i>	4,2	ESCC 1,2
Symptômes de dépression <i>(IGT – à vie)</i>	87,5	Épisode dépressif majeur <i>(à vie)</i>	36,99	NESARC
Dépression majeure <i>(MCMI-III – à vie)</i>	25	Dépression majeure <i>(à vie)</i>	13,9	ESCC 1,2
		Dépression majeure <i>(12 derniers mois)</i>	4,8	ESCC 1,2
Pensées suicidaires <i>(IGT – à vie)</i>	70	Pensées suicidaires <i>(à vie)</i>	14,4	ESCC 1,2
Tentatives de suicide <i>(IGT – à vie)</i>	40	Tentatives de suicide <i>(à vie)</i>	3,5	ESCC 1,2
Diagnostic probable du trouble de l'ESPT <i>(ÉMST – 2 dernières semaines)</i>	17,5	Trouble de l'ÉSPT <i>(à vie)</i>	14,8	NCS-R ³

Troubles chez les JP de l'échantillon <i>(instrument de mesure)</i>	Prévalence (%)	Troubles chez les JP dans la population générale	Prévalence (%)	Source
Troubles à l'Axe II : <i>(MCMII-III – à vie^{4,5})</i>				
Diagnostic d'au moins un TP ⁶	55	Présence d'un TP	60,82	NESARC
TP dépendante	22,5	TP dépendante	3,19	NESARC
TP dépressive	20			
TP narcissique	15			
TP antisociale	10	TP antisociale	23,31	NESARC
TP masochiste	10			
TP schizoïde	7,5	TP schizoïde	14,97	NESARC
TP évitante	5	TP évitante	13,96	NESARC
TP histrionique	2,5	TP histrionique	13,10	NESARC
TP sadique	0			
TP compulsive	0	TP obsessionnelle-compulsif	28,45	NESARC
TP négativiste	0			
TP schizotypique	0			
TP limite	0			
TP paranoïaque	0	TP paranoïaque	24,08	NESARC

¹ Le *National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions* (NESARC) a mesuré la prévalence à vie de tous les troubles en utilisant l'*Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule – DSM-IV* (AUDADIS-IV) (Petry et al., 2005).

² L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 1,2 (ESCC 1,2) a utilisé le *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI) pour évaluer la prévalence des différents troubles (Kairouz et al., 2008).

³ Le *National Comorbidity Survey Replication* (NCS-R) a utilisé le CIDI pour évaluer la prévalence à vie du trouble de l'ÉSPT (Kessler et al., 2008).

⁴ Le seul instrument utilisé dans cette étude pour évaluer les troubles de la personnalité était le MCMII-III.

⁵ Tous les résultats montrés où le MCMII-III a été utilisé sont selon le seuil de 85+.

⁶ TP = troubles de la personnalité.

