

Université de Montréal

Mesure clinique des conduites addictives

Par

Richard Cloutier

Département de psychiatrie

Faculté de médecine

Mémoire présentée à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade M. Sc. en sciences biomédicales

avril 2008

© Richard Cloutier, 2008

Identification du jury

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé :

Mesure clinique des conduites addictives

présenté par :
Richard Cloutier

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Dr Pierre Lalonde
président-rapporteur

Dr Alain Lesage
directeur de recherche

Dr Michel Landry,
co-directeur

Dr Jean-Pierre Bonin
membre du jury

Résumé

Objectifs : Ce mémoire propose de répertorier par une revue systématique les instruments de mesure clinique des conduites addictives établies et émergentes; de les comparer au moyen d'une grille d'analyse afin de déterminer si ces conduites sont cohésives au plan conceptuel.

Méthode : La stratégie analytique employée s'est déroulée en trois étapes : 1) Via les moteurs de recherche Pubmed, Psychinfo, HAPI et Embase, nous avons cherché, pour l'ensemble des conduites addictives, les questionnaires ayant fait l'objet d'une étude de validation interne au plan psychométrique. 2) Une grille d'analyse a été développée et validée, couvrant 21 paramètres tirés de 4 catégories conceptuelles : les critères diagnostiques de dépendance (DSM-IV-TR), le tempérament (Cloninger et Zuckerman), le processus de production du handicap social (Fougeyrollas) et une grille d'analyse cognitivo-comportementale (Beck). 3) tous les instruments ont été analysés et comparés au moyen de cette grille qui a été développée est validée par un accord inter-juge élevé.

Résultats : Nous avons répertorié 191 questionnaires répartis sur 21 conduites addictives. On constate que les conduites les plus prévalentes sont également celles pour lesquelles on retrouve le plus grand nombre de questionnaires. Les catégories que les questionnaires évaluent le plus sont celles des critères de la dépendance et l'analyse cognitivo-comportementale, les catégories beaucoup moins bien représentées étant celles du tempérament et du processus de production du handicap social. On note des tendances semblables pour les paramètres entre les questionnaires portant sur la toxicomanie et ceux portant sur les addictions sans drogues.

Conclusion : Ce mémoire confirme une cohésion clinique dans la mesure des addictions, tel que déterminé par une grille validée appliquée sur un ensemble exhaustif de questionnaires répertoriés par une revue systématique.

Mots-clés : Conduites addictives; Toxicomanie; mesure, questionnaire, psychométrie, abus/dépendance à l'alcool, abus/dépendance aux substances, jeu pathologique.

Abstract

Aims: To conduct a systematic review of instruments for the clinical measurement of established and emerging addictions; and to determine whether these addictive behaviours are similarly conceptualised in clinical research.

Methods: The analytic strategy employed comprised three steps: 1) major search engines were used to do an inventory of available psychometrically validated clinical instruments for assessing addictions; 2) an analytical grid was developed and validated, covering 21-parameters related to four conceptual categories: dependence (DSM-IV-TR), temperament (Cloninger and Zuckerman), social handicap (Fougeyrollas), and cognitive behaviour analysis (Beck); 3) all instruments were analysed and compared through the grid.

Results: The method yielded 191 questionnaires covering 21 addictive behaviours. The most prevalent behaviours were those best represented in terms of number of questionnaires. The criteria categories most evaluated by the questionnaires were dependence and cognitive behaviour; temperament and social handicap were much less often considered. Patterns were generally similar in terms of parameters, whether questionnaires concerned substance or non-substance addictions.

Conclusions: The measurement of addictions appears clinically cohesive, as determined by a validated analysis grid applied to an exhaustive set of questionnaires identified via a systematic literature review.

Key words: Addictive behaviour, toxicomania, measurement, questionnaire, psychometrics, alcohol abuse/dependence , Substance abuse/dependence, pathological gambling.

Table des matières

CHAPITRE 1- Introduction et méthodologie détaillée	1
Introduction	2
Cadre conceptuel de l'étude	9
Méthodologie	10
Critères d'inclusion	10
Stratégie de recherche bibliographique	11
Résultats de la recherche bibliographique	15
Création d'une grille d'analyse des critères cliniques des questionnaires	15
Validation en cours d'étude de la grille d'analyse des critères cliniques des questionnaires.	28
Autres dimensions relevées dans les questionnaires	29
Analyse	46
CHAPITRE 2- Clinical measurement of addictions	47
Abstract	48
Introduction	49
Methods	50
Results	53
Discussion	57
Appendix 1- Definitions	63
Appendix 2- Bibliography of each questionnaire displayed by section	66
References	98

CHAPITRE 3- Conclusion, Bibliographie générale et Annexes 100

Conclusion 101

Bibliographie du mémoire 113

Liste des tableaux

CHAPITRE 1-

TABLEAU I- MOTS-CLÉS POUR LA RECHERCHE DES QUESTIONNAIRES PORTANT SUR LES DIVERSES CONDUITES ADDICTIVES SELON LES QUATRE MOTEURS DE RECHERCHE UTILISÉS.	12
TABLEAU II- APPROCHES AYANT SERVI D'INSPIRATION POUR LE DÉVELOPPEMENT DES PARAMÈTRES	16
TABLEAU III- MODÈLES D'OÙ SONT TIRÉS LES 21 PARAMÈTRES RETENUS	17
TABLEAU IV- DESCRIPTION DU DÉVELOPPEMENT DES DÉFINITIONS OPÉRATIONNELLES DES PARAMÈTRES EMPLOYÉS	18
TABLEAU V- CARACTÉRISTIQUES PSYCHOMÉTRIQUES DES QUESTIONNAIRES PORTANT SUR LES SUBSTANCES	31
TABLEAU VI- CARACTÉRISTIQUES PSYCHOMÉTRIQUES DES QUESTIONNAIRES PORTANT SUR LES ADDICTIONS SANS DROGUES	34
TABLEAU VII- TABLEAU DES QUESTIONNAIRES NON MONOTHÉMATIQUE INDIQUANT LES CONDUITES IMPLIQUÉES.	37

TABLEAU VIII- CARACTÉRISTIQUES PSYCHOMÉTRIQUES DES QUESTIONNAIRES PORTANT SUR LES ADDICTIONS SANS DROGUES.	38
--	----

TABLEAU IX- CORRESPONDANCE DES QUESTIONNAIRES PAR CONDUITE AUX PARAMÈTRES.	43
--	----

CHAPITRE 2-

TABLE I- FREQUENCY OF MEASUREMENT OF PARAMETERS PER QUESTIONNAIRE FOR EACH BEHAVIOUR	54
--	----

CHAPITRE 3-

TABLEAU I- POLARISATION DES CONDUITES ADDICTIVES RÉPERTORIÉES AUTOUR DE 2 AXES.	109
---	-----

Liste des figures

CHAPITRE 2-

FIGURE 1- FREQUENCY (%) OF MEASUREMENT OF PARAMETERS
FOR THE 191 QUESTIONNAIRES 55

FIGURE 2- COMPARISON OF FREQUENCY (%) OF PARAMETERS
BETWEEN QUESTIONNAIRES ON SUBSTANCES AND ON
BEHAVIOURS 56

Abbreviations

SUBSTANCES:	
ALCOOL	
AAAQ:	Approach and Avoidance of Alcohol Questionnaire
AAAS:	Alcoholics Anonymous Affiliation Scale
ACQ:	Alcohol Craving Questionnaire
ACQ-R:	Alcohol Craving Questionnaire
ADS:	Alcohol Dependence Scale
AMDS short:	Amsterdam Motives for Drinking Scale
AOE:	Alcohol Outcome Expectancies
AUDIT:	Alcohol Use Disorders Identification
AUQ:	Alcohol Urge Questionnaire
BASIC:	Brief Alcohol Screening Instrument for medical Care
BMAST:	Brief Michigan Alcohol Screen Test
CAGE:	Cut down, Annoyed, Guilt, Eye opener
CRAFFT:	Car, Relax, Alone, Forget, Friends, Trouble
DAQ:	Desires for Alcohol Questionnaire
DCS:	Drinking Context Scale
DPI:	Drinking Problems Index
FAST:	Fast Alcohol Screening Test
HAIS:	Hanil Alcohol Insight Scale
ICS:	Impaired Control Scale:
IDA:	Indice de dépendance à l'alcool
JACQ:	Jellinek Alcohol Craving Questionnaire
LAST:	Luebeck Alcohol dependence and abuse Screening Test

LDQ:	Leeds Dependence Questionnaire
MAST:	Michigan Alcohol Screen Test
OCDS:	Obsessive Compulsive Drinking Scale
PACS:	Penn Alcohol Craving Scale
QTAQ:	Quitting Time for Alcohol Questionnaire
RFDQ:	Reasons for Drinking Questionnaire
SAAST-R:	Self-Administered Alcohol Screening Test Revised
SADD:	Severity of Alcohol Dependence Data
SADQ:	Severity of Alcohol Dependence Questionnaire
SAWS:	Short Alcohol Withdrawal Scale
SDS:	Severity of Dependence Scale for Alcohol
SESA:	SEverity Scale of Alcohol dependence
SIP-A:	Short Index of Problems for Alcohol
SMASST 13:	Short Michigan Alcohol Screening Test
SOCRATES 19:	Stages Of Change Readiness And Treatment Eagerness Scale
SPQ-Alcohol:	Shorter Promis Questionnaire - Alcohol
SWAG:	Screening, Women, and Alcohol in Goteborg
T-ACE:	Tolerance, Annoyance, Cut down, Eye opener
TWEAK:	Tolerance, Worried, Eye Openers, Amnesia,[K] Cut down
Y-BOCS HD:	Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale for Heavy Drinking
AMPHÉTAMINES	
DSQ:	Desires for Speed Questionnaire
SAmDQ:	Severity of Amphetamine Dependence Questionnaire
BENZODIAZEPINES	
BCQ:	Benzodiazepine Craving Questionnaire
BDEPQ:	Benzodiazepine Dependence Questionnaire

BenDepSRQ:	Benzodiazepine Dependence Self-Report Questionnaire
BWSQ:	Benzodiazepine Withdrawal Symptoms Questionnaire
CAFÉINE	
SPQ-Caf:	Shorter Promis Questionnaire - caffeine
CANNABIS	
CPQ:	Cannabis Problems Questionnaire
CRB:	Cannabis Related Beliefs
CUDIT:	Cannabis Use Disorder Identification Test
MCQ:	Marijuana Craving Questionnaire
MEEQ:	Marijuana Effect Expectancy Questionnaire
MSI-X:	Marijuana Screening Inventory
MWC:	Marijuana Withdrawal symptom Checklist
SDS cannabis:	Severity of Dependence Scale - Cannabis
COCAINE	
CCQ Now:	Cocaine Craving Questionnaire Now
CCQ Brief:	Cocaine Craving Questionnaire Brief
CCQ General:	Cocaine Craving Questionnaire General
CCRR:	Cocaine Craving and Related Response
CCSA:	Cocaine Selective Severity Assessment
CEEQ:	Cocaine Effect Expectancy Questionnaire
CEQ-P:	Cocaine Effects Questionnaire
CHRSQ:	Cocaine High Risk Situation Questionnaire
CNCC:	Cocaine Negative Consequences Checklist
MCCS:	Minnesota Cocaine Craving Scale
QCU:	Questionnaire of Cocaine Use

OPIACÉS	
BTOM:	Brief Treatment Outcome Measure
COMM:	Current Opioid Misuse Measure
DDQ:	Desires for Drug Questionnaire
OCDUS:	Obsessive Compulsive Drug Use Scale
OSDQ:	Opiate Subjective Dependence Scale
SOAPP:	Screening and Opioid Assessment for Patients with Pain
SODQ:	Severity of Opiate Dependence Scale
NICOTINE	
ASCQ:	Adolescent Smoking Consequences Questionnaire
ASE:	Adolescent Smoking Expectancies
CDS:	Cigarette Dependence Scale
FTND:	Fagerström Test for Nicotine Dependence
HONC:	Hooked on Nicotine Checklist
mFTQ:	Modified Fagerström Tolerance Questionnaire
MNRQ:	Michigan Nicotine Reinforcement Questionnaire
MRSS:	Modified Reasons for Smoking Scale
NDSS:	Nicotine Dependence Syndrome Scale:
QSU:	Questionnaire on Smoking urges
QSU-B:	Questionnaire on Smoking Urges-Brief
RTQ:	Revised Tolerance Questionnaire
SCQ-A brief:	Smoking Consequence Questionnaire for Adults - Brief
SEQ:	Smoking Effects Questionnaire
SPQ-Tobacco:	Shorter Promis Questionnaire – Tobacco
TCQ:	Tobacco Craving Questionnaire
TDS:	Tobacco Dependence Screener
SUBSTANCES	
ADIS:	Adolescent Drug Involvement Scale

ASI:	Addiction Severity Index
ASSIST:	Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test
CRAFFT:	Car, Relax, Alone, Forget, Friends, Trouble
CUAD:	Chemical use, Abuse, Dependence Scale
DAST-A:	Drug Abuse Screening Test for Adolescents
DUDIT-E:	Drug Use Disorders Identification Test—Extended
GAIN- GSS:	Global Appraisal of Individual Needs – Short Screener
IDTS :	Inventory of Drug-Taking Situations
LDQ:	Leeds Dependence Questionnaire
MDQ-H:	Medication Dependence Questionnaire in Headache patients
M-SAPS:	Minnesota Substance Abuse Problem Scale
POSIT:	Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers
PUN:	Problematic Use of Narcotics
SASSI-A:	Substance Abuse Subtle Screening Instrument-Adolescent
SDS:	Severity of Dependence Scale
SIP-AD:	Shortened Inventory of Problems – Alcohol and Drugs
SOCRATES:	Stages Of Change Readiness And Treatment Eagerness Scale
SPQ-Rx:	Shorter Promis Questionnaire- meds
SPQ-SA:	Shorter Promis Questionnaire- Substance abuse
SSI AOD Ado:	Simple Screening Instrument for Alcohol and Other Drug Abuse
ADDICTIONS SANS DROGUES	
ACCUMULATEURS	
SI-R:	Saving Inventory - Revised
ACHATS COMPULSIFS	
CBS:	Compulsive Buying Scale

CBS D'Astous:	Compulsive Buying Scale d'Astous
DSCB:	Diagnostic Screener for Compulsive Buying
SPQ-Sh:	Shorter Promis questionnaire – Shopping
Y-BOCS SV:	Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale Shopping Version
ATTACHEMENT PATHOLOGIQUE	
MDS:	Marital Disaffection Scale
SPQ- chelpdom:	Shorter Promis Questionnaire - Compulsive helping dominant
SPQ-chelpsub:	Shorter Promis Questionnaire - Compulsive helping submissive
SPQ-Reldom:	Shorter Promis Questionnaire - Relationship dominant
SPQ-Relsub:	Shorter Promis Questionnaire - Relationship submissive
BOULIMIE	
BES:	Binge Eating Scale
BITE:	Bulimia Investigatory Test
BULIT-B (8):	Bulimia Test
FCQ-S:	Food Cravings Questionnaires-State
FCQ-T:	Food Cravings Questionnaires-Trait
SPQ-Binge:	Shorter Promis Questionnaire – Binge
SPQ-Starve:	Shorter Promis Questionnaire – Starve
CYBERDÉPENDANCE	
CIUS:	Compulsive Internet Use
GPIUS:	Generalized Problematic Internet Use Scale
IAS:	Internet Addiction Scale
IAT:	Internet Addiction Test
IBAS	Internet Behaviour and Attitude Scale
ICONS:	Internet Consequences Scale

IRABI:	Internet Related Addictive Behavior Inventory
ISST:	Internet Sex Screening Test
IUA:	Internet Use and Addiction
OCS:	Online Cognition Scale
PaIU:	Pathological Internet Use
PIUQ:	Problematic Internet Use Questionnaire
VGP:	Problem Videogame Playing
ERGOMANIE	
SPQ-W:	Shorter Promis Questionnaire - Workaholism
SRWE:	Spence and Robbins Workaholism
WART:	Work Addiction Risk Test
WORK BAT:	Workaholism Battery
EXERCICE COMPULSIF	
BBDS:	Body Building Dependence Scale
CES:	Commitment to Exercise Scale
CRS	Commitment to Running Scale
EAI:	Exercise Addiction Inventory
EDQ:	Exercise Dependence Questionnaire
EDS:	Exercise Dependence Scale
EDS-R:	Exercise Dependence Scale- Revised
EES-A:	Excessive Exercise Scale
OEQ:	Obligatory Exercise Questionnaire
RAS:	Running Addiction Scale
SPQ-E:	Shorter Promis Questionnaire – Exercise
JEU PATHOLOGIQUE	
ASI-GS:	Addiction Severity Index – Gambling
GA 20:	Gamblers Anonymous

GAS:	Gambling Attitude Scale
GBI:	Gambling Behaviour Interview
GBQ:	Gambling Belief Questionnaire
GFS:	Gambling Follow-up Scale
GPS:	Gambling Passion Scale
GRCS:	Gambling Related Cognitions Scale
GSAS:	Gambling Symptom Assessment Scale
GSEQ:	Gambling Self-Efficacy Questionnaire
GUS:	Gambling Urge Scale
Lie/Bet	Lie – Bet
MAGS 7:	Massachusetts Gambling Screen
NODS:	NORC DSM Screen for Gambling Problems
PG YBOCS:	Pathological Gambling Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale
SCI PG:	Structured Clinical Interview – Pathological Gambling
SOGS:	South Oaks Gambling Screen
SOGS RA:	South Oaks Gambling Screen-Revised Adolescent
SPQ-G:	Shorter Promis Questionnaire – Gambling
TGQ:	Temptations for Gambling Questionnaire
KLEPTOMANIE	
SCI-K:	Structured Clinical Interview for Kleptomania
SEXUALITÉ COMPULSIVE	
CSBI:	Compulsive Sexual Behavior Inventory
SAST:	Sexual Addiction Screening Test
SCS:	Sexual Compulsivity Scale
SPQ-Sex:	Shorter Promis Questionnaire – Sex
SSSS:	Sexual Sensation Seeking Scale

TOILETTAGE EXCESSIF	
SPIS:	Skin Picking Impact Scale
SPS:	Skin Picking Scale
SPTS:	Skin Picking Treatment Scale
TRICHOTILLOMANIE	
MGH HPS:	Massachusetts General Hospital – Hair Pulling Scale
NIMH TSS:	National Institute of Mental Health Trichotillomania Severity Scale
PITS:	Psychiatric Institute Trichotillomania Scale
YBOCS-TM:	Yale Brown Obsessive Compulsive Scale - Trichotillomania

*Il ne suffit pas de poser ces questions, Il
faut d'abord les atteindre. Imre Kertész,
Dossier K.*

*L'idée de propriété ne m'a paru plus
dépourvue de fondement que dans le
domaine de la pensée... Le mystère
appartient à tout le monde. Aragon,
Œuvre poétique.*

Avant-Propos

Le passé est le prologue de l'homme. Qu'est-ce que le collégien intéressé par la philosophie, cette forme de questionnement fondamental qui a laissé des séquelles permanentes, c'est-à-dire qu'il continue à se poser des questions infantiles que l'adulte moderne et normal a sagement oubliées, fait en psychiatrie et qui plus est, en recherche? Que reste-t-il après cette instrumentalisation planifiée de l'Éros, processus qui donne également accès à faire partie d'une certaine élite? Quelles sont les conséquences de ce procédé sur le mode d'accès à la conscience de l'effet de ces études « secondaires » sur les processus « primaires ». Et qui donnait accès autrefois à l'univers-cité? Passage maintenant lui-même instrumentalisé qui donne accès au vrai monde, au mondain, celui des affaires, de la « busy-ness ».

Après quelques années de pratique de la médecine générale, ma source intérieure se voyait se tarir en ce territoire de plus en plus occupé. J'ai alors vécu ce moment terroriste socialement accepté d'une explosion intérieure de remise en question vécue sur le mode d'une régression, c'est-à-dire un retour aux études en psychiatrie, projet de « Renaissance ». Intéressé par la psychanalyse pour ne pas me noyer dans la source abyssale de Rousseau, j'ai rapidement constaté que bien que ce questionnement reste intéressant, le monde freudien, le monde d'hier disait Stéphane Zweig, n'est plus. Les études sur l'hystérie, c'est un effet de la « Lumière de la Raison », ont fait place à un état moins ambigu, un territoire beaucoup plus balisé, moins conciliant de part et d'autre, une sorte d'abîme aux contours peu questionnés, borderline comme on dit aujourd'hui, qu'il reste maintenant à renforcer au moyen de défenses narcissiques, extériorisées, enfin passons à l'action. Avec sa gestion du risque plus impulsif en état d'urgence perpétuelle, le passage à l'acte, dans la solution addictive, narcotique, commerciale. Ainsi se voit mis en scène l'intériorisation structurante, sorte d'implantation du triomphe de la volonté de puissance, acte de dressage à

distinguer de l'internalisation transmutative, plus souple, vivante, con-sentie par fusion d'horizon comme l'aurait souhaité Gadamer.

Je sais, ce texte est abstrait, fleur du narcissisme qu'il vous est libre de mépriser. Comment se fait-il qu'alors que mon intérêt fondamental soit pour la littérature, la musique, la philosophie, bref les Beaux-arts, que je me retrouve à déposer un mémoire de maîtrise en sciences biomédicales dans le champ des addictions? Il y a certes un travail de réalité. L'animal cynique dressé en Moi y voit la recherche d'une quête de re-connaissance avec le potentiel de s'ériger en statut. Une forme d'addiction en quelque sorte socialement réussie. Or l'addiction se nourrit de ce que l'on éprouve et ne livre qu'une promesse de bonheur, ce n'est quand même pas rien, mais qui demande par la suite à être maintenu à grand coût de renfort du narcissisme.

C'est dans cette optique où la condition humaine est ramenée à une forme de conditionnement social naturalisé par du darwinisme de propagande que je suis content d'avoir rencontré dans ce parcours de retour aux études des maîtres à penser qui m'ont permis de retrouver la foi qu'on peut se dégager de ce déterminisme de plus en plus présenté comme étant l'ordre naturel des choses, une fatalité, par la pensée. Cette démarche, plus centrée sur le désir de comprendre donne sens à ce recours aux méthodes scientifiques de recherche. Me viennent en tête, dans l'univers de la psychiatrie, les docteurs Jean Charbonneau, Louis Guérette, Jean-Luc Dubreucq, Marc Sasseville, Christiane Bertelli, Jean-Yves Roy, Frédéric Grunberg, André Luyet et Alain Lesage pour ne nommer que ceux-là. Et les patients, bien sûr, les négligés de ce dialogue dont ils paient le prix, public comme privé.

Donc, en cette ère de privatisation donc de coupures en psychiatrie, de mondialisation de la pauvreté, de néo-colonialisme des élites locales à tout asservir aux intérêts corporatistes, est-il possible à un vieux jeune diplômé de faire un mi-temps clinique, un mi-temps d'enseignement, un mi-temps de

gestion, de passer de ses temps libres à la préparation de conférences, en plein remaniement de l'hôpital où il travaille en programmes clientèles, ce qui déstabilise les habitudes de pratique, est-il possible à travers cela de rajouter un mi-temps de recherche, il semble que finalement, la réponse soit oui.

Le narcissisme grandiose est certainement utile pour porter une telle inflation des demandes exigées par le monde d'aujourd'hui. En espérant que le maquillage ne gomme pas les soins à apporter.

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier mes superviseurs et coauteurs de l'article. Particulièrement Dr Lesage, sans qui ce projet, dans le contexte du décès de Dr Roy, n'aurait pas eu lieu. Sa patience, sa générosité, son ouverture d'esprit sont source d'inspiration. Je remercie également Dr Michel Landry, Dre Sylvia Kairouz et M. Jean-Marc Ménard pour leur précieuse collaboration.

Je tiens à remercier plus particulièrement M. Normand Beaudet, bibliothécaire du département de psychiatrie de l'Université de Montréal, qui s'est montré très éclairant sur l'utilisation des moteurs de recherche et Mme Barbara Blais de la bibliothèque de l'hôpital Louis-H. Lafontaine pour sa patience et son professionnalisme devant l'avalanche d'articles demandés.

Sont aussi à souligner la collaboration enthousiaste de M. Daniel Gélinas à m'initier aux ressources informatiques rendues indispensables pour mener à bien ce genre de projet en plus de son aide concrète.

Mentionnons aussi les doigts de fée informatique de Mme Maryse Jean qui a révisé, corrigé et standardisé le texte final.

Un mot aussi pour remercier ma famille, Nicole, Hélène et Maurice.

CHAPITRE 1

Introduction et méthodologie détaillée

Introduction

L'intégration d'une vision médicale de la consommation a permis au cours des dernières décennies d'élargir le concept de dépendance et d'introduire l'idée, paradoxale dans ce contexte, du médicament comme solution. Après tout, en grec, pharmakon désigne aussi bien le médicament que le poison. Le terme est ambivalent.

Conséquence logique de cela, en matière d'intervention, l'identification du besoin de soins psychiques et d'un traitement à prédominance psychopharmacologique est de plus en plus basée sur des critères définis par le DSM-IV, tant dans le domaine de la psychiatrie que de la toxicomanie. La dépendance désormais présentée comme une conduite addictive est donc objectivée et le traitement, établi à partir de comportements mesurables et observables. Le principal avantage de cette approche est de favoriser une certaine forme d'intégration des soins en comorbidité et de faire appel à plus de nuances face à la complexité que présentent ces deux phénomènes amalgamés. En d'autres termes, le traitement ne peut plus se réduire à cesser de consommer de la drogue pour prendre des médicaments. Cela implique de se décentrer de la psychopharmacologie de la vie quotidienne pour étudier davantage le comportement et l'univers du consommateur.

Sur le plan épidémiologique, tant dans le domaine de la psychiatrie qu'en toxicomanie, on a d'ores et déjà établi que la comorbidité toxicomanie et maladie mentale dépasse la simple coïncidence (Régier et al. 1990) et que la coexistence des deux phénomènes complexifie les conséquences et le traitement dans les deux sphères. Les chiffres ne mentent pas. Les gens souffrant de dépression majeure ont deux fois plus de risque de présenter un problème de consommation que la moyenne de la population. Les mêmes risques sont multipliés par trois en présence d'un trouble panique et par cinq chez le patient présentant une

schizophrénie, c'est-à-dire que 50 % des gens qui souffrent de schizophrénie sont à risque d'avoir un problème de consommation. Les personnes bipolaires sont quant à elles sept fois plus à risque d'être aux prises avec un problème de consommation que la population en général, tandis que cette proportion oscille entre 50 et 90 % en présence d'un trouble de la personnalité. La plus grande corrélation entre les deux phénomènes se retrouve cependant chez les personnes ayant un trouble de personnalité antisociale. On parle alors d'un risque avoisinant les 100 %.

Mais élaborons davantage sur cette association entre le trouble de la personnalité et la toxicomanie. La concomitance entre la toxicomanie et les troubles de la personnalité dépasse la simple coïncidence. Trente pour cent des personnes présentant un problème d'alcool ont également un trouble de la personnalité, avec un ratio de cote de 4,8 pour les personnalités du groupe B. Pour ce qui est des abuseurs de substances, la moitié d'entre eux présente un trouble de la personnalité, avec un ratio de cote de 11,8 pour le trouble de la personnalité antisociale (Grant et al. 2004). On retient diverses explications à cette forte association. Il y a d'abord convergence des critères autour de l'impulsivité qui prédispose et covarie avec la gravité de l'abus de substances, des précurseurs familiaux croisés et on dispose d'un modèle neurobiologique de dysfonction du cortex préfrontal (Van den Bosch & Verheul, 2007). Les études de Zanarini et al. (2004) ont démontré que, au fil des ans, un des facteurs prédictifs de non rémission d'un trouble de la personnalité est la persistance de la consommation (ratio de cote de 4). Ce facteur est beaucoup plus déterminant que l'affect dépressif ou anxieux (ratio de cote autour de 2) qu'on est porté à traiter beaucoup plus agressivement, parfois avec des médicaments, comme des benzodiazépines, qui entrent dans le cycle de l'impulsion/compulsion de la toxicomanie. Les approches intégrant le traitement des abus de substances avec la thérapie dialectique comportementale de Marsha Linehan sont les mieux documentées (Lynch et al. 2007). Mentionnons aussi que les troubles

concomitants augmentent le risque de passage à l'acte impulsif suicidaire chez les gens impulsifs/agressifs quand ils sont dépressifs (Dumais et al. 2005).

Dans la foulée du processus de psychiatrisation de la toxicomanie, Goodman (1990) a établi plusieurs liens entre la dépendance, les troubles psychiatriques et les critères du DSM-IV.

Classiquement, on distingue la dépendance physiologique, marquée par une insistance sur les critères de tolérance et de sevrage (APA 2000), de la dépendance dite psychologique, plus centrée sur la perte de contrôle, la persistance du comportement malgré les conséquences, l'envahissement et l'exclusion que l'on associe au manque de volonté, au vice et à la faiblesse, bref au manque de « vertu ». Or, prise sous l'angle psychiatrique, la perte de contrôle évoque le trouble de contrôle des impulsions (Belin et al. 2008) tel que défini par le DSM-IV, à savoir un besoin irrépressible créant une tension que l'impulsion soulagera avec sa prime de plaisir dans le cas de l'addiction.

La notion de persistance s'apparente pour sa part au trouble obsessionnel-compulsif, bien que ce dernier vise l'évitement du plaisir, alors que la dépendance renvoie plutôt à un phénomène d'impulsion-compulsion, c'est-à-dire que la personne est orientée vers le plaisir de manière addictive (*ad-dictus*, la conduite est dictée). La réaction à des stimuli (*cues*) environnementaux, qui alimentent une intense obsession à consommer, est le point commun entre ces deux éléments. Le comportement persévératif s'apparente ici à un rituel compulsif (Ahmed, 2004).

Dans la même logique, l'envahissement est lié au fait que la consommation amène un court circuit en donnant un accès direct à l'autoroute du plaisir, lequel est un relais de circuits gérant la récompense, dont la récompense sexuelle (Pfaus et al., 1990). Cette situation apparente le phénomène de la conduite

addictive à une perversion, puisqu'il y a détournement de la finalité du plaisir par le moyen qui devient une fin en soi.

Finalement, le critère d'exclusion qui amène peu à peu la personne à perdre ses liens de travail, de relation familiale et interpersonnelle, s'apparente en psychiatrie au concept d'aliénation qui est souvent la marque des maladies graves et persistantes.

La personne se retrouve donc dans une spirale dite addictive où, au départ, elle est à la recherche du plaisir découvert par l'usage jouissif de la substance. Peu à peu, la personne se trouve cependant enfermée dans une spirale qui va du plaisir à l'abus et de la préférence au vouloir, pour aboutir à une situation où la drogue devient un besoin et parfois même un besoin vital. Il ne s'agit désormais plus d'une quête de plaisir, mais plutôt de comportements déterminés par des enjeux contraignants ayant pris la forme d'un besoin irrésistible (Lowenstein, 2005). Ce qui se présente au départ comme un choix délibéré et « démocratique » devient une tyrannie. On peut d'ailleurs reproduire expérimentalement ces phénomènes chez les rats. (Deroche-Gamonet et al., 2004). Il existe une riche et complexe littérature proposant un modèle neurobiologique (Koob et LeMoal, 2001) et neuropsychiatrique (Kalivas et Volkow, 2005) des conduites addictives.

Les études réalisées en lien avec le jeu pathologique ont, elles aussi, contribué à élargir le concept de dépendance. On retrouve d'ailleurs des critères analogues à ceux de la dépendance du DSM-IV. On y ajoute toutefois la notion de devoir mentir ou manipuler pour obtenir de l'argent des autres lorsqu'on a épuisé ses ressources financières personnelles, ce qui a pour effet de les instrumentaliser et l'idée du recours au quitte ou double, qui caractérise les conduites addictives à *feedback* positif.

Une caractéristique intéressante du jeu pathologique est de reproduire l'univers de la dépendance, mais sans drogue. L'extension du phénomène des conduites addictives dont il est question ici peut alors inclure le jeu pathologique, les achats compulsifs, la cyberdépendance, la kleptomanie, la pyromanie, l'onychophagie (manie de se ronger les ongles), la trichotillomanie (tic consistant à arracher constamment les cheveux ou les poils), les paraphilies (conduites sexuelles déviantes) ainsi que la compulsion sexuelle, les comportements d'automutilation, le trouble explosif intermittent (explosion de colère et de rage), les accumulateurs pathologiques, l'addiction aux sports extrêmes, l'ergomanie (en France, l'anglicisme workaholisme, est le terme couramment utilisé), les troubles alimentaires, la sexualité compulsive, l'attachement pathologique, les personnalités impulsives du groupe B avec gestes répétitifs d'automutilation, l'apotemnophilie (désir d'être amputé d'un membre sain), le sectarisme et finalement, l'emprise pathologique. On assiste ainsi à une médicalisation d'une série de comportements sociaux et antisociaux qui invite à une meilleure intégration des enjeux médico-légaux. Cette extension de la dépendance aux conduites addictives (Valleur & Velea, 2002; Stahl, 2008) peut tellement se généraliser qu'on peut également parler d'addiction à la télévision, au chocolat et pourquoi pas, au pétrole. Or, si on étend trop ce concept, l'addiction risque de devenir universelle et d'expliquer tout, comme la psychanalyse à une certaine époque, ce qui serait inexact, trivial et nuisible.

En bref, le modèle médicalisé présente certains risques dont celui de se laisser influencer par le corporatisme dont l'intérêt premier est davantage à des fins commerciales. Cela dit, malgré ses lacunes, l'approche constitue tout de même un progrès par rapport à la vision moralisatrice qui l'a précédée dans l'exploration de ces phénomènes.

Bien sûr, cette intégration ne doit pas se faire au détriment des aspects sociaux. Mentionnons la place de la publicité dans notre société de consommation. Pensons également au très efficace modèle alternatif non médicalisé des

approches AA. Il y a aussi la résolution spontanée de l'assuétude de Stanton Peele (1995) qui est cependant moins applicable lorsqu'il y a accumulation de problèmes biopsychosociaux (Hasin et al, 2007). Le déterminisme ici exploré se veut une explication, pas une excuse (Burns & Bechara, 2007). Il existe aussi une proposition de modèle systémique intégrant motivation et addiction (Chambers et al, 2007).

Dans le contexte de la médecine basée sur les données probantes et les approches fondées sur les meilleures pratiques, émerge la nécessité d'un traitement intégré pour les personnes présentant un trouble concomitant, alors que le Québec rattrape ce qui se fait dans le reste de l'Amérique du Nord en organisation des soins psychiatriques, à savoir d'offrir des services en programmes-clientèles intégrant la gestion et la clinique (Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2002). Ce souci de rigueur nous pousse à davantage nous intéresser à la mesure, tant des enjeux cliniques que l'on tente d'évaluer et de traiter, que des méthodes employées, que de la satisfaction de la clientèle, que d'évaluer les programmes-clientèles implantés. La toxicomanie s'exprimant à travers des comportements observables et mesurables nous amène à davantage nous intéresser aux outils de mesure des conduites addictives dans une perspective intégrant la toxicomanie et la maladie mentale. Nous espérons à la fois dégager s'il y a une unification possible des conduites répertoriées dans l'objectif de créer un outil couvrant l'ensemble des conduites addictives en l'étendant au phénomène des addictions sans drogues qui ne sont pas mesurés par les outils traditionnels [ex: Addiction severity index (ASI), Substance Dependence Scale (SDS)]. Nous voulons par la même occasion retracer les concepts sous-jacents employés à partir des types de questions posées. Ces concepts teintent notre regard clinique sur ces phénomènes.

Les praticiens de plusieurs pays se questionnent relativement à l'existence de bases allant dans le sens du traitement intégré, d'autant plus qu'on constate que c'est lorsqu'il y a concomitance (Hasin et al., 2007) que les gens cherchent une

aide thérapeutique justifiant que la pratique se décentre de la substance pour s'intéresser au comportement et au consommateur (Chambers et al. 2007; Valleur & Velea, 2002; Black 2007). Ces conduites émergentes pourraient bénéficier des interventions et des programmes dont la recherche clinique et évaluative ont montré l'efficacité et l'efficience au cours des dernières années. Ces succès appuyés par les données probantes (Berglund et al, 2003) de la recherche et guidés par les meilleures pratiques, ne sont pas étrangers à l'expansion du secteur des services des addictions aux États-Unis et au Canada. Les outils de mesure standardisés des conduites addictives classiques et émergentes utilisés par la recherche clinique et évaluative pourraient permettre d'identifier et de mieux comprendre sur quelles bases sont définies les addictions.

Pour ce qui est de la recension des écrits sur le sujet, nous n'avons trouvé aucune étude systématique portant sur l'ensemble des questionnaires mesurant les conduites addictives. Ce qui est le plus souvent retrouvé, ce sont des études comparant des questionnaires de dépistage de l'alcoolisme de groupes ciblés, tel chez les personnes âgées (O'Connell et al, 2004), les femmes (Bradley et al, 1998), les adolescents (Leccese & Waldrom, 1994). Nous retrouvons également des recensions comparatives de questionnaires portant sur une substance (Piper et al, 2006) ou conduite précise (Sansone & Sansone 2002). Nous retrouvons aussi des articles comparant des questionnaires portant sur le craving à l'alcool (Potgieter et al. 1999). L'article se rapprochant le plus des intérêts de ce présent mémoire est celui qui définit un questionnaire portant sur de multiples conduites addictives (Shorter Promis) mais il n'est pas exhaustif de l'ensemble des conduites et n'a pas pour objectif de comparer des questionnaires déjà existants.

Ce phénomène que nous allons étudier a une composante sociale qui se traduit en conséquences économiques non négligeables. Comme nous venons de le souligner, les problèmes de substances sont plus fréquents et ont des conséquences plus lourdes chez les populations psychiatriques. Il s'agit de plus

d'un problème de santé publique. Au Canada, on estime que les coûts liés aux abus de substances s'élèvent à 39,8 milliards annuellement, affectant la productivité (61%), la santé (22%) et occasionnant des coûts légaux (14%) (Rehm et al., 2006). On estime le coût par habitant à \$1 267 soit \$541 en lien avec le tabagisme, \$463 pour l'alcoolisme et \$262 pour ce qui est des drogues illicites. Concernant le jeu pathologique, Grinols (2004) estime qu'aux États-Unis, le coût du jeu pathologique serait rendu de l'ordre de la moitié des coûts des drogues illicites, soit respectivement de 54 et 110 milliards annuellement.

Cadre conceptuel de l'étude.

Il est difficile de soutenir que le champ de pratique clinique des addictions relève d'une approche unifiée. Il serait mieux défini comme éclectique, comme un amalgame d'approches thérapeutiques, par exemple celles de la réduction des méfaits (Denning, 2004), les approches médicales et pharmacologiques (Miller 2008), les interventions motivationnelles (Miller & Rollnick 2002), les approches cognitivo-comportementales (Beck et al. 2001), les approches psychodynamiques de mentalisation (Ulman & Paul 2006), les approches systémiques, les approches réadaptatives, les milieux ouverts versus fermés, les groupes d'entraide, le repérage proactif (Fosburg & Dennis, 1998) (appelé en anglais plus familièrement outreach), et les approches intégrées des troubles concomitants (Mueser et al. 2003). Les théories explicatives des différentes conduites addictives sont également loin d'une théorie unifiée, au-delà de la reconnaissance de plusieurs facteurs communs bio-psycho-sociaux valables en fait pour toute maladie. Les outils de mesure en recherche clinique des addictions pourraient aussi être révélateurs des différentes dimensions théoriques reconnues.

Il est surprenant de constater qu'à l'ère de pratiques fondées sur les données factuelles, qu'il n'y a pas de revue systématique des outils de mesure clinique de l'ensemble des conduites addictives classiques et émergentes. Il y a encore moins d'analyse systématique des dimensions théoriques et cliniques couvertes par ces questionnaires. Les objectifs de cette étude sont donc :

1°- D'inventorier les questionnaires standardisés et validés de mesure clinique des conduites addictives pour établir combien mesurent les différentes conduites classiques et émergentes.

2°- D'explorer certaines dimensions pratiques et théoriques pertinentes comme la correspondance aux critères DSM, le tempérament, les comportements et le handicap associé aux conduites addictives.

3°- Pour ce faire, développer et valider une grille d'analyse avec définitions opérationnalisées de paramètres couvrant ces dimensions. Cette grille pourrait servir de base d'exploration supplémentaire théorique des addictions, être bonifiée d'autres dimensions et fonder le développement de nouveaux outils mieux adaptés aux pratiques émergentes.

Méthodologie

Critères d'inclusion

De l'ensemble des conduites addictives ayant fait l'objet d'une investigation par les moteurs de recherche (Tableau I du chapitre 1), 21 listées au tableau I (du chapitre 2) comprenaient une mesure de la conduite addictive répondant à nos critères d'inclusion.

Les questionnaires inclus devaient

- être disponibles dans le domaine public,
- mesurer une ou des conduites addictives,
- porter sur l'exploration du phénomène des conduites addictives,
- ne pas mesurer uniquement la quantification de la conduite,
- avoir fait l'objet d'au moins un article publié dans une revue dotée d'un comité d'évaluation par des pairs,
- décrire minimalement les caractéristiques psychométriques du questionnaire, soit l'alpha de Cronbach ou l'équivalent.

Les articles correspondant à chacun des questionnaires identifiés se retrouvent dans l'appendice 2 de l'article au chapitre 2.

Stratégie de recherche bibliographique

Les moteurs de recherche documentaire employés au départ furent Pub MED, PSYCHINFO, EMBASE et HAPI en prenant pour chacun l'année la plus ancienne donnant également accès aux données les plus récentes, généralement sans limite pour PubMed et 1980 pour les autres et ce jusqu'à juillet 2007. Des mots-clés ont ensuite été choisis et validés par un bibliothécaire de l'Université de Montréal (M. Beaudet), le « MeSH » étant privilégié dans PubMed lorsque disponible pour chaque conduite, sinon séparément en mot-clef libre pour chaque conduite; en plus de 'behaviour, addictive' 'questionnaire', 'psychometrics' ou 'measurement' selon les mots-clefs reconnus par le moteur de recherche en mode « EXPLODE » (voir le tableau I du chapitre 1 pour le détail des mots clés employés). La méthode de recherche dite de « boule de neige » a également été appliquée sur les articles repérés, sur les articles de synthèse et aux connaissances des membres de l'équipe de recherche. Nous

avons ainsi retracé plus de 7000 articles. Nous avons opté pour une méthode qui ratisse large de façon segmentaire pour augmenter nos probabilités d'être exhaustifs. Nous n'avons pas identifié d'articles de synthèse portant sur les questionnaires mesurant l'ensemble des conduites addictives comme celui ici proposé. Pour chaque référence potentielle identifiée autour d'un questionnaire, l'article original portant sur la validation de l'instrument de mesure a été obtenu (la liste des articles se retrouve à l'appendice 2 du chapitre 2), de même qu'une copie du questionnaire (disponible sur demande auprès de l'auteur principal). Moins d'une dizaine de références n'ont pas été retracées par Internet ou par les services bibliothécaires de l'Université de Montréal- il s'agissait d'une référence unique pour un questionnaire cité qu'une fois. Une fois le questionnaire repéré, R.C. a vérifié alors qu'un article de validation portant sur le questionnaire ait été publié, les mots-clés étant « internal consistency, alpha, Cronbach ou lors de la lecture de l'article ».

TABLEAU I- MOTS-CLÉS POUR LA RECHERCHE DES QUESTIONNAIRES PORTANT SUR LES DIVERSES CONDUITES ADDICTIVES SELON LES QUATRE MOTEURS DE RECHERCHE UTILISÉS.

Conduite	Pubmed	Psychinfo	Embase	HAPI
SUBSTANCES				
Alcool	"Alcoholism"[MeSH] AND "Psychometrics"[MeSH]	exp alcoholism AND exp psychometrics	exp alcoholism AND exp psychometrics	alcoholism.mp AND psychometrics.m p
Amphétamines	"Amphetamines"[Mesh] AND "Questionnaires"[Mesh]	exp amphetamine AND exp Questionnaires	exp amphetamine AND exp Questionnaires	
Barbituriques	Pubmed: "Barbiturates"[Mesh] AND "Psychometrics"[Mesh]	exp barbiturates AND exp Psychometrics OR Questionnaires	exp barbiturates AND exp psychometrics	exp barbiturates
Benzodiazepines	("Benzodiazepines"[Mesh] AND			

Conduite	Pubmed	Psychinfo	Embase	HAPI
	"Questionnaires"[Mesh] AND "Substance-Related Disorders"[Mesh]			
Caféine	"Caffeine"[Mesh] AND "Questionnaires"[Mesh]	exp caffeine AND (exp Questionnaires OR exp measurement)	exp caffeine AND exp Questionnaires	caffeine.mp
Cannabis	"Marijuana Abuse"[Mesh] AND "Questionnaires"[Mesh]	exp marijuana usage OR exp marijuana AND exp Questionnaires	exp marijuana usage OR exp marijuana AND exp measurement	cannabis.mp OR marijuana.mp AND Questionnaires
Cocaine	"Cocaine"[Mesh] OR "Cocaine-Related Disorders"[Mesh] OR "Crack Cocaine"[Mesh] AND "Questionnaires"[Mesh]	"Cocaine"[Mesh] OR "Cocaine- Related Disorders"[Mesh] OR "Crack Cocaine"[Mesh] AND "Questionnaires"[Mesh]	exp cocaine OR exp cocaine dependence AND exp psychometrics OR exp measurement AND exp Questionnaires	cocaine.mp
Hallucinogènes	Anesthetics[Mesh] AND "Questionnaires"[Mesh]; solvents [MeSH] AND Questionnaires [MeSH]	exp hallucinogenic drugs OR exp Phencyclidine OR exp Lysergic acid diethylamide AND exp measurement OR exp psychometrics	exp psychedelic agents AND exp psychometrics	hallucinogen.mp OR Phencyclidine.mp OR LSD.mp
Opiacés	"Opioid-Related Disorders"[Mesh] AND "Questionnaires"[Mesh]	exp heroin addiction AND exp measurement AND exp psychometrics	exp opiate addiction AND exp Questionnaires	opiate.mp OR heroin.mp
Substances	"Substance-Related Disorders"[Mesh] AND "Questionnaires"[Mesh] AND "Psychometrics"[Mesh]			
Solvants	"Solvents"[Mesh] AND "Questionnaires"[Mesh]	exp solvents OR exp anesthetic drugs AND exp Questionnaires	exp solvents OR exp anesthetic drugs AND exp Questionnaires AND exp addiction	solvent.mp or anesthetic.mp
CONDUITES				
Achats compulsifs	("Behavior"[Mesh] AND "Commerce"[Mesh]) AND "Questionnaires"[Mesh]	compulsive buying.mp	Compulsion psychometrics	compulsive buying.mp
Attachement pathologique	("Reactive Attachment Disorder"[MeSH] OR "Object Attachment"[MeSH]) AND "Behavior, Addictive"[MeSH];	exp attachment disorders OR exp attachment behavior AND exp addiction AND exp(psychometrics OR measurement)	exp emotional attachment AND exp addiction AND exp(psychometrics OR measurement)	exp attachment disorders exp attachment behavior exp emotional attachment

Conduite	Pubmed	Psychinfo	Embase	HAPI
Automutilations	Self-Injurious Behavior[Mesh] AND "Psychometrics"[Mesh]	exp self mutilation AND exp measurement	exp self mutilation AND exp measurement	self mutilation.mp
Boulimie	"Bulimia Nervosa"[Mesh] AND "Psychometrics"[Mesh] OR "Questionnaires"[Mesh];	exp bulimia AND exp psychometrics	exp bulimia AND exp psychometrics	bulimia.ry,ti,va
Conduite	Pubmed	Psychinfo	Embase	HAPI
Cyberdépendance	Internet addiction AND Psychometrics; "Internet/utilization"[Mesh] AND "Questionnaires"[Mesh]	internet addiction AND measurement	internet addiction AND psychometrics	internet.mp
Ergonomie	workaholism	exp workaholism AND measurement or psychometrics	exp work and exp addiction AND psychometrics OR measurement	exp workaholism
Exercice excessif	"Exercise"[Mesh] AND "Questionnaires"[Mesh] AND "Psychometrics"[Mesh]	exp exercise AND exp psychometrics	exp exercise AND exp psychometrics	exercise.ti
Hoarding	hoarding et psychometrics[MeSH]	exp hoarding behavior AND exp measurement	hoarding.mp AND exp measurement or exp psychometrics	hoarding.mp
Jeu pathologique	Gambling[MeSH] AND "Psychometrics"[MeSH]; Gambling[MeSH] AND "Questionnaires"[MeSH];	Pathological gambling Psychometrics	Pathological gambling Psychometrics	Pathological gambling.mp Measurement.mp ; gambling.mp
Kleptomanie	kleptomania psychometrics	kleptomania	kleptomania AND psychometrics	kleptomania.
Nicotine	"Tobacco Use Disorder"[Mesh] AND "Questionnaires"[Mesh]	exp nicotine withdrawal OR exp nicotine OR tobacco smoking or smokeless tobacco AND exp Questionnaires	exp nicotine withdrawal OR exp nicotine OR tobacco smoking AND exp Questionnaires AND exp psychometrics	nicotine.mp AND Questionnaires.mp
Onychomanie et skin picking	"Nail Biting"[MeSH] AND psychometrics [MeSH] OR "Questionnaires" [MeSH]	nail biting.mp or exp Habit AND measurement	nail biting.mp or exp Habit AND psychometrics	nail biting.mp or exp Habit
Paraphilies	"Paraphilias"[MeSH] AND "Psychometrics"[MeSH]	paraphilia.mp or exp sexual deviation AND measurement	paraphilia.mp or exp sexual deviation AND measurement	paraphilia.mp or exp sexual deviation

Conduite	Pubmed	Psychinfo	Embase	HAPI
Pyromanie	"Firesetting behavior" [MeSH] AND "Psychometrics" [MeSH] OR "Questionnaires"[Mesh]	pyromania or arson and measurement	pyromania	pyromania or arson; firesetting.mp
Sexualité compulsive	"Sex"[MeSH] AND "Behavior"[MeSH] AND "Psychometrics"[MeSH] OR"Questionnaires"[MeSH]	(sex or sexual) AND Addiction AND (psychometric or measurement)	(sex or sexual) AND Addiction AND (psychometric or measurement)	sexual.mp OR sex.mp AND addiction.mp
Trichotillomanie	"Trichotillomania"[MeSH] AND "Questionnaires"[MeSH]	exp trichotillomania and exp psychometrics	exp trichotillomania AND exp psychometrics	trichotillomania
Trouble explosif intermittent	"Impulse Control Disorders"[Mesh] AND "Psychometrics"[Mesh]	exp Explosive Disorder/AND exp measurement	exp Intermittent Explosive Disorder	Impulse

Chacun des articles et des questionnaires a été revu par le premier auteur pour confirmer leur correspondance aux critères d'inclusion.

Résultats de la recherche bibliographique

Au total, 191 questionnaires ont été identifiés et retenus en considérant le fractionnement du questionnaire « SPQ » (Shorter Promis Questionnaire). Dans les tableaux suivants, les titres des questionnaires sont utilisés et la correspondance se retrouve dans la bibliographie des articles de validation qui se retrouve à l'annexe 2 du chapitre 2.

Création d'une grille d'analyse des critères cliniques des questionnaires

Afin de caractériser les conduites addictives, nous avons croisé et intégré divers modèles. On s'est inspiré de diverses approches tenant compte de points de vue permettant de combiner analyse et synthèse, précision et complexité, faits et raison pour circonscrire les conduites addictives en couvrant les trois champs

dimensionnels de la psychiatrie : diagnostic, détresse et dysfonction (Bachrach, 1986).

On pense en premier lieu à l'approche bio-psycho-sociale (Lalonde et al. 1999-2001) non comme une liste d'ingrédients mais comme des cibles d'interventions en interactions systémiques. Le deuxième modèle est celui du processus de production d'un handicap de Fougeyrollas (Fougeyrollas et al. 1998) qui distingue entre l'organicité, l'environnement, les habitudes et les aptitudes. Il s'approche du modèle de Clark et Treisman (2004) utilisé en toxicomanie associée aux troubles psychosomatiques. Pour ce qui est des aspects diagnostiques, on puisera à la source en se référant au manuel diagnostic de référence en psychiatrie, le DSM IV TR (APA, 2000).

TABLEAU II- APPROCHES AYANT SERVI D'INSPIRATION POUR LE DÉVELOPPEMENT DES PARAMÈTRES

Bachrach	Diagnostic	Détresse	Dysfonction
Lalonde Aubut et Grunberg	Bio	Psycho	Social
DSM IV TR	Irrationnel	Problème, envahissant	Dysfonction, Durée
Fougeyrollas PPH	Organicité	Habitudes, Aptitudes	Environnement
Clark et Treisman	Ont	Sont	Font, Vont

Les critères diagnostiques du DSM IV TR ont pour assise de cibler un comportement mesurable et objectivable, avec le risque du nominalisme. Nous utiliserons plus spécifiquement les critères diagnostiques de l'abus et de la

dépendance. Aviel Goodman (1990) s'est particulièrement intéressé à l'extension des connaissances de la psychiatrie au champ des addictions dont nous nous sommes inspirés.

Ces conduites deviennent problématiques lorsqu'elles se chronicisent, induisent un style de vie les assimilant aux troubles relationnels comme on en rencontre avec les troubles de la personnalité avec le risque du fatalisme pathologique. Nous allons pour cela distinguer le tempérament, comme facteur pouvant prédisposer aux conduites addictives. Les composantes dimensionnelles de Cloninger et de Zuckerman ont ainsi été retenues. L'autre aspect est celui du caractère qui articule le déterminisme face à un champ d'actions qu'on collige par la grille d'analyse du comportement inspirée de l'approche de Beck. Nous prendrons également en considération le modèle de processus de production d'un handicap de Fougeyrollas, car les addictions sont un construit social, menant actuellement à leur plus grande médicalisation.

TABLEAU III- MODÈLES D'OÙ SONT TIRÉS LES 21 PARAMÈTRES RETENUS

Dépendance	Tempérament	Fougeyrollas	Beck
Contrôle	Recherche de sensations		Impulsion
Abus	Recherche de nouveautés	Environnement	Relationnel
Persévération	Persistance	Habitudes	Cognitions
Tolérance			
Envahissement	Dépendance à la récompense	Aptitudes	Émotions
Exclusion	Évitement du déplaisir	(Stigmatisation)	Self Identité
Sevrage		Organicité	

TABLEAU IV- DESCRIPTION DU DÉVELOPPEMENT DES DÉFINITIONS OPÉRATIONNELLES DES PARAMÈTRES EMPLOYÉS.

Paramètre	Définition pragmatique	Construction de la définition
1.CONTRÔLE	ne parvient pas à la diminuer.	(DSM) Il y a un désir persistant, ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler le recours à la conduite addictive.
2.ABUS	trop, plus que prévu; incluant les critères d'intoxication du DSM.	(DSM) La conduite addictive est souvent effectuée en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu.
3.PERSÉVÉRATION	dissonance entre la cognition et l'action ». Autocritique impuissante, engendrant un jugement punitif sur soi et amenant une inaction devant les conséquences potentielles, ex. : financières, problèmes psychologiques, craintes pour l'avenir, santé.	(DSM) L'utilisation de la conduite addictive est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par la conduite addictive (par exemple, poursuite de la prise de cocaïne bien que la personne admette une dépression liée à la cocaïne, ou poursuite de la prise de boissons alcoolisées bien que le sujet reconnaisse l'aggravation d'un ulcère du fait de la consommation d'alcool). Autocritique impuissante, engendrant un jugement punitif ou amenant des conséquences personnelles : ex. : financières.

4.TOLÉRANCE	Habituation ; Mesures (Fréquence, Intensité, Durée qui jaugent la tolérance.)	(DSM) Définie par l'un des symptômes suivants : 1. besoin de quantités (Fréquence, intensité, durée) notablement plus fortes de la conduite addictive pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré. 2. Effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité de la conduite addictive.
5.ENVAHISSEMENT	(pré-)Occupation à temps plein, prioritaire», devenant un plaisir même solitaire.	(DSM) Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour avoir accès à la conduite addictive (p. ex., consultation de nombreux médecins ou déplacement sur de longues distances), à effectuer la conduite addictive (p. ex., fumer sans discontinuer), ou à récupérer de ses effets.
6.EXCLUSION	Moins d'activités socialisantes. Interfère sans bris de règles ou conflit relationnel.	(DSM) Des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importants sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation de la conduite addictive.
7.SEVRAGE	Malaise provoqué par le manque	(DSM) Il est objectivé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes lors de l'arrêt brutal de la conduite addictive: Symptômes neurovégétatifs (Insomnie, perte d'appétit, de concentration, etc.) , La conduite est effectuée dès le matin (eye opener) pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage : agitation ou irritabilité; une humeur dysphorique

<p style="text-align: center;">8. SENSATION</p>	<p style="text-align: center;">Recherche d'expériences sensorielles fortes : un "High" / contrer l'ennui. Rechercher la stimulation en soi.</p>	<p>(Zuckerman) Pour le distinguer de la recherche de nouveauté de Cloninger, nous avons modifié ce critère en distinguant l'aspect recherche de sensations (plus lié au senti) de la curiosité (plus cognitif).</p> <p>Rappelons la définition de Zuckerman en lien avec son échelle de mesure.</p> <p>L'échelle de recherche de sensations, - SENSATION SEEKER SCALE - (SSS), comporte quatre facteurs qui définissent ce phénomène que nous allons étendre aux conduites addictives:</p> <p><i>L'ECHELLE DE RECHERCHE DE SENSATION</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. recherche de danger/aventure - attrait pour les sports et les conduites à risques, impliquant vitesse et danger. 2. recherche d'expérience - attrait pour des activités intellectuelles ou sensorielles. 3. désinhibition - attrait pour la boisson, l'alcool, les excès sexuels. 4. susceptibilité à l'ennui, au vide intérieur et tendance à le combler par des comportements générateurs de sensations fortes.
<p style="text-align: center;">9. NOUVEAUTÉ</p>	<p style="text-align: center;">Curiosité, appétence pour la nouveauté</p>	<p>(Cloninger) Caractéristique du tempérament qui détermine notre appétit pour les nouvelles expériences. Il y a initiation ou activation de l'appétence en réponse à la nouveauté, aux signaux de récompense, évitement actif des signaux conditionnés de punition et évitement habile des punitions non conditionnées.</p> <p>Il s'agit donc d'une habileté qui sera affectée par les conduites addictives. La compulsion est le contraire de la recherche de nouveauté, de la curiosité. La recherche de nouveauté stimule l'impulsivité qui, par déficit de mentalisation, est court-circuité en compulsion. Bref, cet appétit ne génère plus de nouvelles expériences et condamne à la compulsion à la répétition.</p>

10.ÉVITEMENT	La conduite sert de béquille sociale et/ou de facilitateur	<p>(Cloninger) Marque la capacité à éviter de prendre des risques. Il y a inhibition du comportement en réponse à des signaux de punition ou à des frustrations sans récompense.</p> <p>Encore une fois, il s'agit d'une habileté affectée par la conduite addictive. La crainte du déplaisir fait éviter toute situation nouvelle et contraint à la répétition. On réduira donc pour les présents travaux:</p> <p>Il y a inhibition du comportement en réponse à des signaux de contraintes qui ne sont pas liés à une récompense immédiate.</p>
11.RÉCOMPENSE	Recherche de plaisir, de récompense, de la saillance, se sentir accro, retrouver un bien-être.	<p>(Cloninger) Marque notre besoin de plaire aux autres, d'obtenir leur approbation. Il y a maintien du comportement en réponse aux indices de récompense sociale.</p> <p>Dans le contexte d'une conduite addictive, la sensation est substituée à la relation qui exerce un effet de saillance. Le besoin de plaire socialement est court-circuité et remplacé par la conduite addictive.</p>
12.PERSISTANCE	Geste automatique, accompli sans y penser, par habitude.	<p>(Cloninger) Détermine la capacité de travailler à des objectifs au long cours. Il y a maintien du comportement en dépit des frustrations, de la fatigue, et du renforcement intermittent. C'est la persévérance.</p> <p>Dans le contexte des conduites addictives, il y a abandon de la persistance par faible tolérance à la frustration et substitution par la conduite addictive sous forme de séquence pathologique faisant dévier du projet de vie.</p>

13. ORGANICITÉ	<p>Atteinte provoquant un déficit qui n'est pas déjà inclus dans les critères d'intoxication ou de sevrage. Le Black out en fait partie. Atteinte physique, neuro-psychologique.</p>	<p>(FOUGEYROLLAS): <u>Les systèmes organiques : de l'intégrité à la déficience complète</u></p> <p>Un système organique est défini comme un ensemble de composantes corporelles visant une fonction commune. La nomenclature des systèmes organiques identifie donc les composantes de tout corps humain. L'intégrité correspond à la qualité d'un système organique inaltéré en fonction de la norme biologique humaine. Une déficience correspond au degré d'atteinte anatomique, histologique ou physiologique d'un système organique.</p> <p>Les conduites addictives peuvent générer deux types d'atteinte : anatomique comme dans les atteintes cognitives induites par l'alcool (ex. : syndrome de Korsakoff). Dans le langage de Clark et Treisman, c'est ce qu'ils ONT en termes de pathologie qui va bénéficier par exemple de l'ergothérapie.</p>
----------------	--	--

14.APTITUDE	<p>Toute manifestation de désir → action à s'engager dans un travail thérapeutique .</p> <p>Détermination à travailler des objectifs thérapeutiques.</p>	<p>(FOUGEYROLLAS): <u>L'aptitude : de la capacité optimale à l'incapacité complète.</u></p> <p>Une aptitude est définie comme étant la possibilité pour une personne d'accomplir une activité physique ou mentale. Étant donné le soutien très net apporté à la perspective conceptuelle positive et en accord avec plusieurs références scientifiques distinguant entre le potentiel de réalisation et l'expression de sa réalisation comme résultat attendu en fonction d'une norme de réalisation fonctionnelle humaine des activités de base ou élémentaires selon l'âge, le sexe et la norme fonctionnelle dans le groupe humain de référence, nous avons retenu comme concept classificatoire, l'aptitude. Au sens de Clark et Treisman, c'est ce qu'ils SONT, ce qui les dispose à l'action, les rend « Willing » au sens de Miller et Rollnick.</p>
15.ENVIRONNEMENT	<p>Contexte familial, social, économique, environnemental , politique protégeant ou rendant vulnérable</p>	<p>(Fougeyrollas) : <u>Les facteurs environnementaux : du facilitateur optimal à l'obstacle complet.</u> Les facteurs environnementaux sont définis comme les dimensions sociales ou physiques qui déterminent l'organisation et le contexte d'une société. Selon ces précisions conceptuelles, nous devons disposer d'un ensemble classificatoire positif s'appliquant à tous et non pas seulement aux personnes ayant des incapacités. Nous introduisons une échelle de mesure de la qualité de l'environnement allant du facilitateur optimal à l'obstacle complet. Au sens de Clark et Treisman, c'est le sens que peut donner la personne à sa vie en lien avec ses interactions passées, ses désirs et sa motivation en vue d'élaborer un projet de vie (où ils VONT). Au sens de Miller et Rollnick, on serait au stade du « Able ». Ici, c'est le contraire : la capacité est enfoncée dans le sillon directionnel du déterminisme culturel. Dans le cas des conduites addictives, c'est tout contexte favorisant le passage à l'acte : le contexte social, familial, culturel. Ex. : Famille avec un problème d'alcoolisme.</p>

16.HABITUDES	Atteinte des AVD et des AVQ; Modification du niveau d'activité psychomotrice.	<p><u>(Fougeyrollas) : Les habitudes de vie : de la pleine participation sociale à la situation de handicap totale voir EXCLUSION.</u></p> <p>Une habitude de vie est définie comme une activité courante ou un rôle social valorisé par la personne ou son contexte socioculturel selon ses caractéristiques (âge, sexe, identité socioculturelle, etc.). Les habitudes de vie ou la performance de réalisation en situations de vie sociale assurent la survie et l'épanouissement d'une personne dans la société tout au long de son existence. La qualité de réalisation d'une habitude de vie se mesure sur une échelle allant de la pleine participation sociale à la situation de handicap totale. Au sens de Clark et Treisman, c'est ce qu'ils FONT. [Activités de la vie domestique (AVD), et activités de la vie quotidienne (AVQ)]. Dans le cas des conduites addictives, c'est quand elle sont devenues une habitude : un geste automatique, exécuté sans plaisir, sans satisfaction, sans y penser : un geste automatique. C'est le passage à l'acte, le contraire du passage à l'ACTION dans le sens de Miller et Rollnick.</p>
17.COGNITIONS	Erreurs cognitives normalisant la conduite addictive ou la prétendant indispensable.	<p><u>(Beck) : COGNITIONS ERRONNÉES ASSOCIÉES À LA CONDUITE ADDICTIVE</u> : À cause de la conduite addictive, la personne va opérationnaliser son comportement (qui devient un geste automatique tel que mentionné ci-haut) ce qui se manifestera par des rationalisations sous forme d'erreurs cognitives (au sens de Beck) pouvant aller jusqu'à la pensée magique. (Par exemple, de croire que la machine à sous va cracher le magot, qu'elle est due). La conduite addictive s'apparente alors à un trouble obsessionnel-compulsif, sauf qu'au lieu d'éviter le plaisir devenu source d'obsession, on s'y lance avidement (trouble impulsif-compulsif). L'idée vient initialement de Eric Hollander qui a noté la voie finale commune compulsive entre les troubles obsessionnels et les troubles de contrôle des impulsions.</p>

18.RELATIONS	Troubles relationnels, conflits extériorisés sur les normes	<u>(Beck) : RELATIONS CONFLICTUELLES GÉNÉRÉES PAR LA CONDUITE ADDICTIVE</u> : La conduite addictive amène des conflits au plan interpersonnel par un cadre conflictuel au plan légal, occupationnel, interpersonnel, ou amenant une situation sociale perturbée. Ce qui occasionne des troubles relationnels. C'est la définition opérationnelle de l'Abus dans le DSM.
19.IMPULSION	Craving, binge, urge, cue. D'emprise immédiate, devenant un besoin impérieux.	<u>(Beck) : IMPULSION À LA CONDUITE ADDICTIVE</u> : Le vécu subjectif de craving allant du plaisir au déplaisir engendre une impulsion (binge) sous forme de conduite addictive en réaction à cette tension (urge) apparente la conduite addictive à un trouble de contrôle des impulsions d'après Goodman.
20.SELF	Estime de soi atteinte et vécu de la fabrication d'une identité seconde (de toxicomane) rendant la conduite ego-syntone ». Dissociation, cacher la situation aux autres.	<u>(Beck) : SELF : ADOPTION DE L'IDENTITÉ DE TOXICOMANE</u> : La conduite addictive produit de l'aliénation menant à une perte du projet de vie, menant à un style de vie désocialisé ou marginal. Cela aura un impact sur l'estime de soi et deviendra source de stigmatisation : la situation se chronicisant, la personne développe une identité de toxicomane.
21.ÉMOTIONS	Émotions dérégées et gérées par la conduite ». Anhédonie.	<u>(Beck) : ÉMOTIONS DÉRÉGULÉES PAR LA CONDUITE ADDICTIVE</u> : La conduite addictive se substituant à la relation, les émotions sont substituées par des sensations . La monopolisation par la conduite addictive des émotions polarise la motivation, rendant la personne anhédonique aux autres activités et relations. (Voir Loonis et gestion hédonique).

Le premier auteur a coté chaque questionnaire selon une grille développée pour cette étude.

Une grille de 21 paramètres cliniques a été conçue et elle couvre quatre catégories de paramètres que nous avons considérés judicieux de retenir pour la caractérisation des dimensions évaluées dans la mesure des conduites addictives. Pour construire cette grille, nous avons voulu que cette approche soit bio-psycho-sociale (Lalonde et al. 1999-2001; Engel, 1977), couvre les 3 « D » de Bachrach (1986) qui caractérise les pathologies sévères et persistantes (Diagnostic, déficit et durée). Nous avons également considéré les 3 dimensions d'évaluation de la santé mentale d'une population de Ciarlo (1992) [diagnostic, démoralisation (détresse) et dysfonctionnement social] qui correspond aux perturbations cognitives, affectives et d'activation. Nous voulions aussi nous assurer de couvrir les pôles internalisés et externalisés associés aux conduites, ainsi que les pôles pathologiques et adaptatifs.

On retrouve donc ces paramètres regroupés autour de quatre catégories qui permettent de considérer l'ensemble de ces approches:

- i) les critères diagnostiques de dépendance du DSM IV (APA 2000),
- ii) les éléments dimensionnels du tempérament inspiré de Cloninger (Coton et al. 2007; Cloninger 1986) et Zuckerman (1990),
- iii) le handicap (tiré du processus de production sociale du handicap de Fougeyrollas) (Noreau et al. 2004; Fougeyrollas et al. 1998),
- iv) la grille d'analyse du comportement (adapté de l'approche cognitivo-comportementale de Beck) (Beck 1995).

Un processus itératif a été appliqué où le premier auteur cotait une première fois une série de cinq questionnaires pour affiner les définitions et, avec l'équipe de chercheurs, reformulait les définitions de telle sorte que les paramètres soient

mutuellement exclusifs et que chaque item d'un questionnaire ne soit coté que sous un seul paramètre. Les 21 paramètres cliniques et leur définition se retrouvent dans le tableau IV du chapitre 1.

Les correspondances théoriques et les définitions complètes forment le tableau IV. Nous donnerons un exemple explicatif du processus itératif. Dans la section « Tempérament », le paramètre « évitement du déplaisir » est défini de telle sorte qu'il corresponde au contexte des addictions, à savoir, par exemple de fumer pour soulager l'anxiété sociale et éviter le déplaisir qui est anticipé, ce qui en fait métaphoriquement une béquille sociale. Ou par exemple socialiser préférentiellement sur Internet, ce qui évite les contacts sociaux directs. Cela va dans le sens d'un déficit et non d'une attitude constructive tel que défini initialement par Cloninger mais qui respecte la polarité de cette dimension. Les définitions opérationnelles ne correspondent donc pas tout-à-fait aux définitions usuelles des termes.

C'est en rencontrant des questions spécifiques au début source d'ambiguïté que nous avons rendu les paramètres mutuellement exclusifs. Par exemple, des ambiguïtés se sont posées entre sevrage et organicité pour les manifestations physiques, on a distingué les critères du DSM du sevrage pour cette catégorie qui a été étendue aux addictions sans drogues. En contrepartie, toute atteinte physique ou neuropsychologique, en incluant le black out se retrouve dans la catégorie organicité.

Autre exemple : lorsque la conduite addictive fait éviter des responsabilités, on a distingué ce qui va être une action conflictuelle pour les autres (exemple : fumer dans un lieu public va se retrouver logé dans la catégorie Relation) alors que si la personne manque de se responsabiliser et que la conséquence n'est que pour elle par omission (manquer l'école par exemple), on va la catégoriser dans Exclusion.

Validation en cours d'étude de la grille d'analyse des critères cliniques des questionnaires.

La validité de la grille de paramètre clinique a été examinée au départ, au tiers et à la fin de la revue des questionnaires en soumettant à la cotation indépendante de R.C. (Richard Cloutier) et J.M. (Jean-Marc Ménard) de questionnaires représentatifs des conduites les plus fréquentes. R.C. est un psychiatre clinicien et J.M. est un psychologue clinicien, chacun avec au moins 5 ans d'expérience en traitement des troubles concomitants et des dépendances. L'accord inter-juges au départ s'est révélé excellent : les cinq premiers questionnaires comprenaient 104 items et une concordance élevée a été retrouvée pour chaque item à 95/104 (91%) et une concordance des critères à 35/39 (90%) (Appendice 1 du chapitre 3). Au tiers de révision des questionnaires par R.C., 10 autres questionnaires ont été soumis pour cotation indépendante par J.M. les 10 questionnaires comprenaient 171 items, et les deux juges ont classé dans le même et unique paramètre 145 d'entre eux (85%); et une concordance par paramètre (c'est-à-dire que par un item ou un autre, le paramètre soit relevé) de 60 des 73 fois qu'un paramètre est relevé (82%). Une discussion entre R.C. et les autres membres de l'équipe ont à cette période amené des précisions dans les définitions dans les catégories tempérament et du handicap qui ont été apportées dans les questionnaires précédemment cotés et les suivants. L'exercice à la fin de la revue d'accord interjuges sur 10 nouveaux questionnaires comprenant 141 items, indiquait encore des valeurs d'accord inter-juge élevées, de 119/141 (84 %) pour les items et de 63 /75 (84%) pour les paramètres.

Les modifications encourues ne changeaient pas les grilles antérieures, à vrai dire, les modifications ont été rendues nécessaire par la découverte de nouveaux types de questions qui ont demandé davantage de précisions dans les définitions sans en changer le sens initial. Le processus itératif fait en sorte que la précision

de la grille s'est fait de façon constructiviste et dialectique entre les cotateurs et les autres chercheurs. Le 3^e exercice est celui qui a mené au modèle final que l'on retrouve en annexe et qui sert de critère général d'analyse de tous les questionnaires.

Autres dimensions relevées dans les questionnaires.

Des paramètres classiques de la revue de littérature scientifique de questionnaires incluent le relevé de la fiabilité qui était d'ailleurs un critère d'inclusion.

FIABILITÉ La fiabilité fait référence à la capacité d'un outil à fournir une mesure exacte et constante. On a opté pour la fiabilité interne mesurée par l'alpha de Cronbach (Cronbach, 1951):

Coefficient de corrélation fournissant de l'information sur l'homogénéité d'un instrument de mesure. Ce coefficient varie entre des valeurs de +0,01 et +0,99; plus il est élevé, plus l'instrument de mesure est homogène. L'alpha est sensible au nombre d'items et au nombre de sujets ayant répondu.

Un indice de "consistance" de l'échelle, c'est-à-dire du degré auquel l'ensemble des items qu'elle inclut mesurent bien la même chose.

- Entre 0 et .50: Valeurs insuffisantes.
- Entre .50 et .70: Valeurs Limites.
- Entre .70 et 99: Valeurs élevée (0,70 à 0,80) ou très élevées (0,80 à 0,99).

Attention: l'alpha ne peut se calculer que sur des données continues.

Nous avons ensuite, pour chaque questionnaire validé, recueilli les informations suivantes : Utilisation de la grille pour codifier chaque question du questionnaire. Cette sommation sera ensuite ramenée à l'unité et additionnée pour chaque type de conduite (Tableau I de l'article, chapitre 2).

Les Tableaux V et VI décrivent les paramètres psychométriques recueillis respectivement pour les substances et pour les addictions sans drogues : nombre d'items, de sous-échelles, nombre de répondants de l'étude de validation psychométrique, et surtout les valeurs de l'alpha de Cronbach. Comme la plupart des questionnaires sont construits pour ne mesurer qu'une seule conduite, on a regroupé dans la sous-section « Substances » dans le Tableau VII ceux qui mesurent plusieurs conduites. Les autres ne sont pas représentés dans le tableau VII, étant implicitement identifiés dans les tableaux V et VI avec la conduite qu'ils mesurent.

Un seul questionnaire a été fragmenté : le « Shorter Promis Questionnaire » (SPQ), ce qui a été rendu acceptable par le fait qu'on disposait d'un alpha de Cronbach pour chacune des conduites que mesure ce questionnaire. Nous avons fait ce choix car ce questionnaire se penche sur des conduites addictives peu mesurées dans les autres questionnaires.

Finalement, les Tableaux VIII et IX donnent les résultats de l'assignation dans la grille des paramètres pour chaque questionnaire portant sur les substances et les addictions sans drogues respectivement.

TABLEAU V- CARACTÉRISTIQUES PSYCHOMÉTRIQUES DES QUESTIONNAIRES PORTANT SUR LES SUBSTANCES.

Questionnaires	Alpha	Étendue des alpha	Nombre de patients	Nombre d'items	Nombre d'Échelles
ALCOOL					
AAAQ		0,90; 0,88	138	20	2
AAAS	0,84; 0,85		1601	9	
ACQ-R	0,96	0,93-0,96	243	30	2f
ADS	0,99		143	25	1
AMDS short	0,97	0,87-0,95	251	54	9
AOE-final	0,94; 0,88	0,73 à 0,91	588	34	2f ¹ , 8se ²
AUDIT	0,85		332	10	1
AUQ	0,81		351	8	
BASIC	0,81		1018	6	
BMAST	0,79		50	10	
CAGE	0,7		19724	4	1
CRAFFT	0,68		99	6	
DAQ		0,90; 0,91; 0,92	131	14	3
DCS	0,94	0,89; 0,90; 0,93	197	23	3
DPI	0,94	0,58 à 0,82	1614	17	1
FAST	0,77		3000	4	
HAIS	0,89		58	20	
ICS alcool		0,83 à 0,92	229	25	3
IDA	0,91		14467	13	
JACQ		0,77 à 0,95	299	24	1f 4 se
LAST	0,81		436	7	
LDQ leeds	0,94		174	10	1
MAST	0,83-0,93	Meta analyse		25	1
OCDS	0,86		60	14	2 se
PACS	0,92		147	5	1
QTAQ	0,71	0,74; 0,77; 0,81	252	23	3
RFDQ		0,71-0,74;0,88	54	16	3
SAAST-R	0,96		417	34	2f
SADD	0,98		52	15	1
SADQ	0,84		104	20	5
SAWS	0,87	0,76;0,86	136	10	2

¹ F signifie que les sous-échelles proviennent d'une analyse factorielle

² Se signifie sous-échelles par le design du questionnaire

Questionnaires	Alpha	Étendue des alpha	Nombre de patients	Nombre d'items	Nombre d'Échelles
SDS alcool	0,92		90	5	1f
SESA		0,71 à 0,95	603	28	6se
SIP-A		0,56 - 0,64	132	15	5
SMAST 13	0,85		287	13	1
SOCRATES 19		0,60; 0,83; 0,85	1672	19	3
SPQ-Alcool	0,94		497	10	1
SWAG	0,9		479	13	
T-ACE	0,48		786	4	
TWEAK	0,5		103	5	1
Y-BOCS HD	0,99		638	10	2
AMPHÉTAMINES					
SAmDQ		0,47;0,74;0,78;0,79;	101	24	4
DSQ		0,64; 0,89; 0,92; 0,93	174	40	4f
BENZODIAZEPINES					
BWSQ	0,84	0,84-0,88	230	20	5f
BenDepSRQ		KR 0,70;0,79;0,70;0,85	265	20	4
BCQ	KR³ 0,94		193	20	1e; 6f
BDEPQ	0,92		302	30	3f
CAFÉINE					
SPQ-Caf	0,88		497	10	1
CANNABIS					
CPQ	KR-20	0,55;0,71;0,78	100	27	?3
CRB	0,9		14	14	3
CUDIT	0,84		53	10	1
MCQ	0,75	0,55 à 0,75	48	47 vs 17	4
MEEQ		0,66-0,88	149	70	6
MSI-X	0,9		107	31	
MWC	0,92		54	22	1
SDS cannabis	0,83		100	5	1
COCAINE					
CCQ now	0,93	0,72 à 0,92	225	45	4f; 5 SE
CCQ Brief	0,9		247	10	

³ **KR:** Kuder–Richardson-20 coefficient (KR-20): c'est l'équivalent de l'alpha de Cronbach pour les items dichotomiques.

Questionnaires	Alpha	Étendue des alpha	Nombre de patients	Nombre d'items	Nombre d'Échelles
CCQ General	0,92	0,70 à 0,89	225	45	4f; 5SE
CCRR		0,51; 0,55; 0,78; 0,89	25	4	
CCSA	0,8		95	18	
CEEQ		0,33 à 0,91	149	71	
CEQ-P		0,72 à 0,90	178	33	7
CHRSQ	0,90; 0,96; 0,97		89	21	1f
CNCC	0,94; 0,97	0,77 à 0,97	278	75	4
MCCS	0,826		35	3	
QCU	0,88		77	33	4
NICOTINE					
ASCQ		0,56-0,88	400	31	7
ASE	0,86-0,90		349	13	4
CDS	0,84 ET +		578	12	1
FTND	0,57		1462	6	
HONC	0,82		1130	10	1
mFTQ	0,7		131	7	
MNRQ		0,79; 0,84	238	13	2
MRSS		0,56-0,76	330	19	7f
NDSS-T	0,86		802	19	
QSU		0,93; 0,95	230	32	4se; 2f
QSU-B		0,92-0,97	288	10	2
R FTQ	0,72 à 0,85		327	10	1
SCQ-A bref		0,70 à 0,90	484	30	9
SEQ		0,84-0,90	257	33	7
SPQ-Tabac	0,94		497	10	1
TCQ		0,48-0,82	213	17	4
TDS	0,74-0,81		154	10	
OPIACÉS					
COMM	0,86		227	17	
DDQ		0,79; 0,81; 0,84	102	12	3
OCDUS	0,91		102	12	3
OSDQ	0,61	0,24 à 0,50	126	5	1
SOAPP	0,74		175	14	
SODQ		0,65; 0,75; 0,88; 0,89	126	16	4
SUBSTANCES					
ADIS	0,85		453	70 (12)	1
ASI		0,58 à 0,81	100	200	7
ASSIST	0,89	0,43-0,94	1047	8	?2

Questionnaires	Alpha	Étendue des alpha	Nombre de patients	Nombre d'items	Nombre d'Échelles
CRAFFT-ADOSPA	0,69		1728	6	1
CUAD		Alcool 0,96 Coc 0,97; THC 0,95	100	2 à 80	3
DAST-A	0,91		194	27	
DUDIT-E		0,72-0,81; 0,88-0,93; 0,88-0,95	92	44	3
GAIN- GSS	0,87	0,72 à 0,76	7982	20	4
IDTS LOCD	0,95	0,70-0,92	699	50	8
LDQ	0,92		60	10	1
MDQ-Headache	0,87		156	21	1
M-SAPS		0,79; 0,82; 0,83	642	37	3
POSIT		0,44 à 0,86	234	139	10
PUN	0,85		1334	10	1
SASSI-A		0,05 à 0,57	490	81	5f
SDS	faite par substance			5	1
SIP-AD	0,93;0,96		252	15	1f
SOCRATES-mil		0,71;0,84;0,93	343	14	3
SPQ-Rx	0,95		497	10	1
SPQ-SA	0,98		497	10	1
SSI AOD Ado	0,83		173	16	

TABLEAU VI- CARACTÉRISTIQUES PSYCHOMÉTRIQUES DES QUESTIONNAIRES PORTANT SUR LES ADDICTIONS SANS DROGUES.

Questionnaire	Alpha	Étendue des alpha	Nombre de patients	Nmbre d'items	Nombre d'Échelles
ACCUMULATEURS					
SI-R	0,92	0,73;0,80;0,82	139	23	3
ACHATS COMPULSIFS					
CBS	0,95		66	7	1
CBS D'Astous	0,88		76	13	1
DSCB	0,88	0,78-0,91	101	13	5f
SPQ-Sh	0,88		497	10	1
Y-BOCS SV		0,65-0,70	17	10	2

Questionnaire	Alpha	Étendue des alpha	Nombre de patients	Nmbre d'items	Nombre d'Échelles
ATTACHEMENT PATHOLOGIQUE					
MDS	0,97		76	21	1
SPQ- chelpdom	0,84		497	10	1
SPQ-chelpsub	0,82		497	10	1
SPQ-Reldom	0,88		497	10	1
SPQ-Relsub	0,82		497	10	1
BOULIMIE					
BES	0,89		121	16	
BITE		0,62; 0,96		33	2
BULIT-B (8)	0,92		149	8	
FCQ-S	0,88	0,72 à 0,91	103	15	4
FCQ-T	0,97	0,75-0,93	103	39	9
SPQ-Binge	0,94		497	10	1
SPQ-Starve	0,88		497	10	1
CYBERDÉPENDANCE					
CIUS		0,82 à 0,85	229	14	5
GPIUS		0,78 à 0,85	386	29	7f
IAS	0,95		233	31	1
IAT		0,54 à 0,82	86	20	6f
IBAS	0,87		277	25	4
ICONS		0,73;0,80;0,89;0,92	342	44	4
IRABI	0,87		563	14	
ISST		0,51 à 0,86	6088	20	5f
IUA (CUS)		0,69;0,70;0,91	527	74	3
OCS	0,94	0,77;0,81;0,84,0,87	211	36	4
PaIU	0,88		277	13	1
PIUQ	0,9	0,74-0,88	1795	20	3
VGP	0,69	0,61-0,67	223	9	1
ERGOMANIE					
SPQ-W	0,84		497	10	1
SRWE		0,71; 0,76; 0,87	5853	20	3
WART	0,85		151	25	1
WORK BAT		0,67;0,86	320	14	2
EXERCICES COMPULSIFS					
BBDS		0,92;0,92;0,93	285	9	3
CES	0,77		185	8	2
CRS	0,93		315	12	1
EAI	0,84		200	6	1
EDQ	0,84	0,52 à 0,81	449	29	8
EDS		0,75-0,90	1263	21	7f
EDS-R		0,78 à 0,90	30	21	7
EES-A	0,86	0,67;0,87	286	9	2
OEQ	0,96		90	20	1
RAS	0,82		52	11	(2f)
SPQ-E	0,87		497	10	1

Questionnaire	Alpha	Étendue des alpha	Nombre de patients	Nmbre d'items	Nombre d'Échelles
JEU PATHOLOGIQUE					
ASI-GS	0,9	0,72-0,86	597	5	1
GA 20	0,94		169	20	1
GAS		0,73-0,90	170	59	4
GBI	0,92		259	10	1
GBQ		0,53 à 0,85	1017	19	5
GFS		0,85-0,99	47	5	1
GPS		0,76-0,90	132	10	2
GRCS	0,93	0,77-0,91	968	23	5
GSAS					
GSEQ	0,96		309	16	1
GUS	0,81		968	6	1
Lie/Bet	Sensib ⁴ 0,92	Spec 0,96	2014	2	1
MAGS 7	0,83		856	7	1
NODS	0,79		86	17	1
PG YBOCS	0,97	0,93-0,94	337	10	2
SCI PG	0,81		88	10	?
SOGS	0,97		749	20	1
SOGS RA	0,98		12558	12	1
SPQ-G	0,92		497	10	1
TGQ	0,91	0,80-0,91	101	21	4
KLEPTOMANIE					
SCI-K	0,96		112		
TOILETTAGE EXCESSIF					
SPIS	0,93		109	10	1
SPS	0,8		105	6	1
SEXUALITÉ COMPULSIVE					
CSBI		0,88;0,91;0,96	92	28	3
SAST	0,95		258	25	?
SCS	0,86		296	10	1
SPQ-Sex	0,91		497	10	1
SSSS	0,79		296	11	1
TRICHOTILLOMANIE					
MGH HPS	0,89		119	7	1
NIMH TSS	0,63		22	5	
PITS	0,59		22	6	
YBOCS-TM	0,56	0,40;0,48	22	10	2

⁴ Le Lie/Bet ne comportant que 2 questions, on a mesuré la sensibilité et la spécificité plutôt que l'alpha de Cronbach.

Questionnaire	Contrôle	Abus	Persévérance	Tolérance	Envahissement	Exclusion	Sevrage	Sensations	Nouveauté	Évitement	Récompense	Persistance	Organicité	Aptitude	Environnement	Habitudes	Cognitions	Relations	Impulsion	Self	Émotions	
MAST	3		1		1	1	1						5	2				1	0	1		
OCDS	2			2	4	3	1												1		1	
PACS					2														3			
QTAQ	1							2					1	5	6		3	1			4	
RFDQ			1				1	2	1						2			1	2		5	
SAAST R	2	3	1	2	1	2	9						1	2				1	0			
SADD	2	1	1		4	1	4	1					1									
SADQ				1			1	8													1	
SAWS							9						1									
SDS alcool	3						1														1	
SESA	1	1		6	4		6						4						6			
SIP-A			3			1							1			2		6		1	1	
SMAS-13	1	1	1			1							1	2	1			5				
SOCRATES 19	1	1	3											9				3		2		
SPQ-Alcool	1	4		1	1					1	1		1									
SWAG	1	1	1	2			2						1	1				2		1	1	
T-ACE		1		1			1											1				
TWEAK		1		1			1						1					1				
Y-BOCS HD	2				2	2												2			2	
AMPHÉTAMINES																						
DSQ	1							2			7						3		1	5	1	9
SAmDQ					1		1	7								1			1	1		
BENZODIAZÉPINES																						
BCQ	1	1			1					1	2					2			1	1	1	
BDEPQ	2	5	1	2	8	1	5	1			2								2		1	

Questionnaire	Contrôle	Abus	Persévérance	Tolérance	Envahissement	Exclusion	Sevrage	Sensations	Nouveauté	Évitement	Récompense	Persistance	Organicité	Aptitude	Environnement	Habitudes	Cognitions	Relations	Impulsion	Self	Émotions	
BenDepSR Q		4	1	2	2		3			1				1		1		3	1			1
BWSQ							2	0														
CAFÉINE																						
SPQ-Caf				1	1	2		1											1	1	2	1
CANNABIS																						
CPQ			2		1	3	1			2			5			3		6				4
CRB								1			1						4					2
MCQ											2						1		4			1
MEEQ																						
MSI-X	1	1	1	1	1	5	3	1					5	1				8		1	1	
MWC							2	2														
SDS cannabis	3						1															1
CUDIT	1	1	1	1	1	1	1						1					2				
COCAINE																						
CCQ now-brief																				1	0	
CCQ General	1						1				2					3			1	4	1	3
CCR													1			1			1			1
CCSA							3						1			5			3			6
CEEQ																						
CEQ-P						2	5		5	5		3						5				8
CHRSQ			1			1	3				1				2				2	2		9
CNCC			1			5	3						x			x	3	2	4		1	x
MCCS																			3			
QCU								1			4					1			9			4

Questionnaire	Contrôle	Abus	Persévérance	Tolérance	Envahissement	Exclusion	Sevrage	Sensations	Nouveauté	Évitement	Récompense	Persistance	Organicité	Aptitude	Environnement	Habitudes	Cognitions	Relations	Impulsion	Self	Émotions		
SUBSTANCES																							
ADIS	1		1	4	1	3	4	2	3	1	1			6	1	1	8		7		2	2	
ASI				x	x	x	x								x	x	x		x			x	
ASSIST	1		1	2		1							1						1				
CRAFFT					1						1		1						3				
CUAD	1	1		1	1	1	1												1				
DAST-A	1	2		1	2	1	1						3	2	1				1	2		1	
DUDIT-E			1			6		2	1	5	3		3	7		3		3	3		2	8	
GAIN- GSS			1	1	1	3	1										1		8			4	
IDTS		1	1				3	5		7	3				3	2	#	3	9	1	1	2	
LDQ	1			1	6			2															
MDQ-H	1	3	4	3	4	2	1							1					1			1	
M-SAPS	3	1	1	1	4	4	2				2		2						1	2	1	1	3
POSIT	1			1	1	3					1		2						7			1	
PUN					1	2		1											5	1			
SASSI-A	1	3	1		3	2	3	4	1	4	2		7	1	6	6	1		1	4		3	4
SDS	3						1															1	
SIP-AD			2			3		1					1			1			5		1	1	
SOCRATES-mil	1	1	4											5							3		
SPQ-Rx		2	1	2			1	1			1								1			1	
SPQ-SA	1	2			1			3			1								1			1	
SSI AOD Ado	1	1	1	1	1								1	1	2				5		2		

Questionnaire	Contrôle	Abus	Persévération	Tolérance	Envahissement	Exclusion	Sevrage	Sensations	Nouveauté	Évitement	Récompense	Persistance	Organicité	Aptitude	Environnement	Habitudes	Cognitions	Relations	Impulsion	Self	Émotions
IAT	1	2			3	4	1	2		1								2	1	2	1
IBAS								1		9	1							1			6
ICONS		1	1	2	1	6	2	1	2	1			7					1		2	3
IRABI	1	1			3	1				1	1							1	1		
ISST	1	1	1		2	1		3		3	1									4	1
IUA (CUS)	2	2	1		7	6	2	1	3	7	2		1				1	7	2	6	1
OCS	3	1			3	7	1	1		9							1	1	2	5	1
PaIU	1				1	2	1			1								2		1	2
PIUQ	1	1	2	1	3	2	1			3	1		2							2	1
VGP	2			1	1	1	1											1		1	1
ERGOMANIE																					
SPQ-W	2	1			2							2						1		1	1
SRWE	1	2			2	2		1										1		1	3
WART	1	2	1		3	2	1	2									2	1	2		8
WORK BAT		1	2	1	2						4								3		1
EXERCICES COMPULSIFS																					
BBDS			3			2												1	1		1
CES	1		2			1	1										1	1			1
CRS					2						3							1			
EAI	1			1			1				1								1		1
EDQ	1		3		1	4	3			2	5	2					3	3			2
EDS	3	3	3	3	3	3	3														
EDS R	3	3	3	3	3	3	3														
EES-A		1	1	2	1		1										1			1	
OEQ	1	2	1	2	3	x	1	1							1			2	1		1
RAS			2	1							2						1				
SPQ-E		1			1	1		1			2		1				1	1			1
JEU PATHOLOGIQUE																					
ASI-GS				x	x	x	x							x	x	x		x			x
GA20	1	1	3		1	2												1	4	3	2
GAS								4		2	4					4		1		3	4
GBI "DSM"	1		2	1	1	1	1											3			
GBQ																		1			
GFS				1	1	1								1				1			
GPS	2				1			1	2										1	2	1
GRCS	5																	1			4

	Questionnaire	Contrôle	Abus	Persévération	Tolérance	Envahissement	Exclusion	Sevrage	Sensations	Nouveauté	Évitement	Récompense	Persistance	Organicité	Aptitude	Environnement	Habitudes	Cognitions	Relations	Impulsion	Self	Émotions	
GSAS																							
GSEQ								2				1				3		2	2	3			3
GUS																				6			
Lie/Bet					1															1			
MAGS 7	1						1	1												4			
NODS	3		1	1	1	1	1	1												1			1
PG YBOCS	2					2	2														2		2
SCI PG	1		1	1	1	1	1	1												4			
SOGS	1	1	3				1												1	2			1
SOGS RA	1	1	2				1												1	5			1
SPQ-G			1		2	2		2				1									1		1
TGQ			1					1	1							3	1	3	3	3	2		6
KLEPTOMANIE																							
SCI-K	1											1					1				2		
SEXUALITÉ COMPULSIVE																							
CSBI	2	1	2			2		2								6		1	8	1	1	2	2
SAST	5				1			2				1				2			7			3	4
SCS	3	1	1		2	1														2			
SPQ-Sex	2	2				1		1	1											2	1		
SSSS								8	2											1			
TOILETTAGE EXCESSIF																							
SPIS					2	2														1		2	3
SPS	1				1	2	2														1		1
SPTS	1	2				1															1		
TRICHOTILLOMANIE																							
MGH HPS	2				1	1															2		1
NIMH TSS	1	1			1		1																1
PITS	1				1	1	2																1
YBOCS-TM	2					2	2														2		2

Analyse

Les résultats qui vont être rapportés dans l'article sont descriptifs et portent essentiellement sur les sections d'identification de la conduite addictive mesurée et celle des paramètres cliniques dans lesquels les items des questionnaires ont été cotés. La seule analyse comparative portera sur les conduites associées aux substances versus celles des addictions sans drogues.

Les questionnaires ont été regroupés de la façon suivante. En général, les questionnaires ne portaient que sur une conduite donnée. Lorsqu'elles en mesuraient plusieurs, elles ont été mises dans la catégorie substances. Si un questionnaire portait sur plusieurs substances, par exemple cocaïne, marijuana et alcool, il ne se retrouve que dans la catégorie substances et pas dans chacune des catégories spécifiques (ainsi 9 des questionnaires retrouvés dans les 20 de la catégorie substances incluaient l'alcool, mais ces 9 questionnaires n'ont pas été relevés dans la conduite 'alcool' comme apparaissant au tableau I).

CHAPITRE 2

CLINICAL MEASUREMENT OF ADDICTIONS

Short title: Clinical measurement of addictions

Pages:

Word count: (without references): 3559

Richard Cloutier, MD

Alain Lesage, MD, MPhil

Michel Landry, PhD

Sylvia Kairouz, PhD

Jean-Marc Ménard, MA

From the Fernand-Seguin Research Centre, L-H Lafontaine Hospital and Dollard-Cormier Addiction University Institute, affiliated to the University of Montreal, and Concordia University, Montreal.

Corresponding author: Dr Richard Cloutier, Hôpital Louis-H Lafontaine, 7401 Hochelaga, Montréal, Qc. CANADA H1N 3M5. clourier@videotron.ca

Abstract

Aims: To conduct a systematic review of instruments for the clinical measurement of established and emerging addictions; and to determine whether these addictive behaviours are similarly conceptualised in clinical research.

Methods: The analytic strategy employed comprised three steps: 1) major search engines were used to do an inventory of available psychometrically validated clinical instruments for assessing addictions; 2) an analytical grid was developed and validated, covering 21-parameters related to four conceptual categories: dependence (DSM-IV-TR), temperament (Cloninger and Zuckerman), social handicap (Fougeyrollas), and cognitive behaviour analysis (Beck); 3) all instruments were analysed and compared through the grid.

Results: The method yielded 191 questionnaires covering 21 addictive behaviours. The most prevalent behaviours were those best represented in terms of number of questionnaires. The criteria categories most evaluated by the questionnaires were dependence and cognitive behaviour; temperament and social handicap were much less often considered. Patterns were generally similar in terms of parameters, whether questionnaires concerned substance or non-substance addictions.

Conclusions: The measurement of addictions appears clinically cohesive, as determined by a validated analysis grid applied to an exhaustive set of questionnaires identified via a systematic literature review.

Key words

Addictive behaviours, questionnaire psychometrics, measurement

Introduction

Addiction practitioners from several countries have been questioning whether a common conceptual basis exists as practice shifts its focus from substance abuse to a broader range of addictive behaviours (1,2,3). If so, emerging addictive behaviours could benefit from interventions and programs that clinical and evaluative research has revealed to be effective and efficacious in recent years. These evidence based success stories (4,5,6,7) guided by best practices are not foreign to the expansion of the addiction services sector in the United States and Canada. The standardized instruments presently used in research to measure traditional and emerging addictive behaviours could serve to identify and better understand the basis whereby addictions are defined, conceptualized and treated.

The addictions clinical practice field today rests on an eclectic mix of therapeutic approaches, including harm reduction, medical and pharmacological, motivational, cognitive-behavioural, psychodynamic, mentalisation, systemic, rehabilitative, open vs. closed settings, support groups, outreach, and integrated therapies for treating concurrent disorders. The same holds true for the theoretical models underlying the many addictive behaviours, notwithstanding several common bio-psycho-social factors valid for all diseases.

It is surprising, then, in this day and age of evidence-based practices, to find that there has been no systematic review of the instruments of clinical measurement of all the traditional and emerging addictive behaviours. Nor has there been any systematic analysis of the theoretical and clinical dimensions covered by these questionnaires. Against this backdrop, the purpose of our study was twofold. First, to take stock of the standardized and validated questionnaires used in the clinical measurement of addictive behaviours in order to determine how many exist per traditional and emerging behaviour. Second, we sought to investigate

whether these questionnaires explored certain relevant theoretical dimensions, such as the DSM dependence criteria, temperament, cognitive behaviours and social handicap associated with addictive behaviours. To this end, we developed and validated an analysis grid with operationalised definitions of parameters covering these dimensions. Applied to the questionnaires, the grid would reveal whether the measurement of emerging behaviours was conceptually cohesive with that of substance abuse.

Methods

Inclusion criteria and questionnaires search

The questionnaires had to be readily available in the public domain, measure one or more addictive behaviours, and have been the subject of at least one article published in a peer-reviewed journal describing its psychometric properties (Cronbach's alpha or its equivalent at the very least). The document search engines used were PubMed, PsycINFO, EMBASE and HAPI from 1980 to July 2007. The MeSH vocabulary was used in PubMed whenever possible, but so were free keywords separately for each behaviour, aside from "behaviour, addictive" "questionnaire", "psychometrics" and "measurement", depending on the keywords recognized by the search engine. We also used a snowball approach with the articles found, the literature reviews available and the personal knowledge of the members of the research team. We uncovered no literature review of questionnaires serving to measure addictive behaviours on the whole, such as the one we present here. For each potential reference identified regarding a questionnaire, the original article was obtained (all 191 articles are listed in Appendix 2/ available online/ or on request from the authors), as was copy of the questionnaire (available upon request from the authors). Less than a dozen references could not be tracked down through the internet and only one, a unique reference to a questionnaire cited only once, could not be obtained through regular library services.

Each article and questionnaire was reviewed for inclusion criteria. Each questionnaire was rated on a three-part grid developed especially for this study. The first part served to describe the behaviours measured by the questionnaire. The second was used to note various psychometric properties (number of items and subscales, number of respondents in the psychometric validation study, Cronbach's alpha values). The complete register of psychometric properties for each questionnaire is available upon request from the authors. The third section consisted of a grid of clinical parameters created specifically for the purposes of the study (see Appendix 1).

Development and validation of a grid of clinical parameters

This 21-parameter grid covered four categories of clinical criteria that we deemed necessary to characterise the dimensions evaluated in the measurement of addictive behaviours. To construct the grid, we wished to employ a bio-psycho-social approach (8) that covered the three Ds (diagnosis, disability, duration) used by Bachrach to characterise severe and persistent mental disorders (9). We also wished to consider Ciarlo's three dimensions (diagnosis, demoralization, dysfunction) used to evaluate the mental health of a population, which correspond to cognitive, affective and activation problems (10). Lastly, we wished to cover the internalized and externalized facets of addictive behaviours, as well as the pathological and adaptive aspects.

The parameters fell under four categories that took all of these approaches into account: i) dependence, as defined by the DSM-IV-TR diagnostic criteria (11); ii) temperament, as defined by the dimensional elements proposed by Cloninger (12,13) and Zuckerman (14); iii) social handicap, as per Fougeryrollas's social handicap production process (15,16); and iv) cognitive behaviour, as adapted from Beck's cognitive-behavioural approach (17).

An iterative process was applied whereby the first author rated a dozen or so questionnaires in order to refine definitions and, together with the research team,

reformulate them to render the parameters mutually exclusive and to ensure that each item of a questionnaire would be rated according to one parameter only. The 21 clinical parameters and their abridged definition are presented in Appendix 1; the full definitions along with references are available upon request from the authors. Here is an example of how we operated. Under the “temperament” category, the parameter “harm avoidance” was defined to correspond to the context of addictive behaviours, for example, smoking to allay social anxiety or socializing via internet by preference to avoid direct social contact. This is akin to a deficit or impairment rather than a constructive attitude, as initially defined by Cloninger. Consequently, the operational definitions presented in Appendix 1 do not correspond entirely to the usual definitions of the terms.

The validity of the clinical parameters grid was examined at the start, one third through and at the end of the review by having the first and last authors independently rate questionnaires serving to measure the most prevalent behaviours. The first author is a clinical psychiatrist and the last, a clinical psychologist, each with a minimum five years’ experience in treating concurrent disorders and dependence. The inter-rater agreement at the start proved excellent for the first five questionnaires. Of the 104 items that these comprised, 95 (91%) were classified in a single and selfsame parameter by both raters and, of the 39 times a parameter came up (i.e., through one item or another), 35 (90%) yielded agreement. One third through the questionnaire review, 10 other questionnaires were rated independently by the raters. A very good agreement was obtained on the items (145/171 or 85%) and the parameters covered by these items (60/73 or 82%). Discussions among all the authors at this point in time led to refinements in the definitions in the temperament and social handicap categories, and these were applied also to the questionnaires rated previously. At the end of the review, the inter-rater agreement evaluation of 10 new questionnaires comprising 141 items again yielded strong values (119/141 or 84% for items and 63/75 or 84% for parameters).

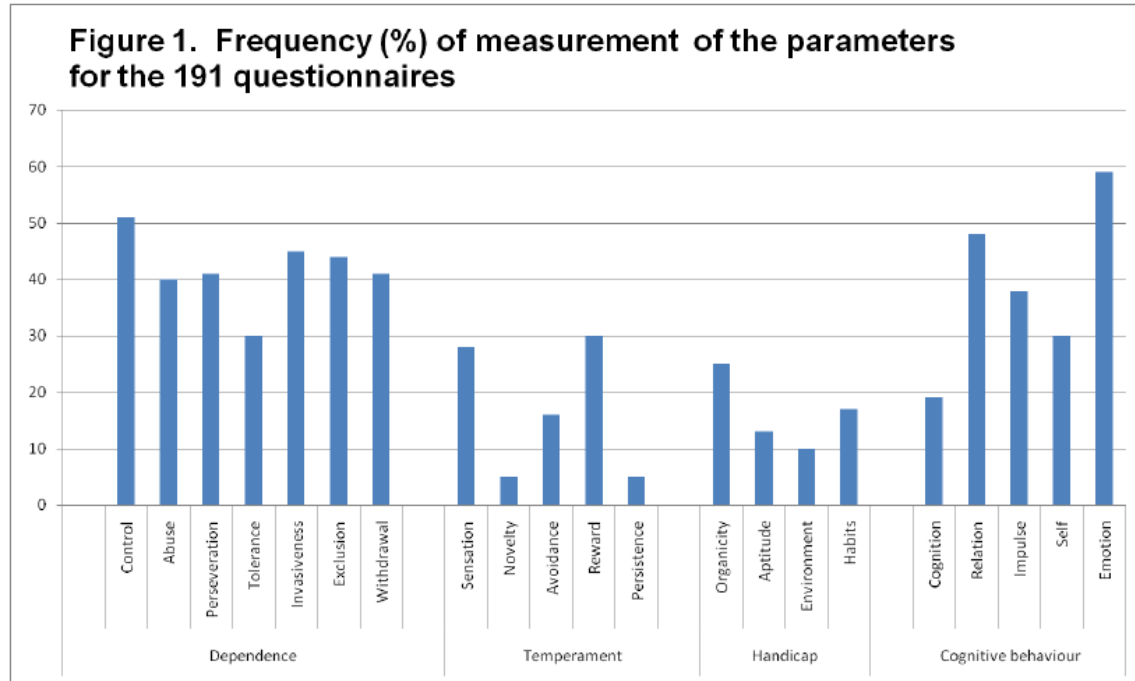
Results

We found 191 questionnaires that met our selection criteria (Table 1). The articles supporting the choice of each questionnaire are listed in Appendix 2. The questionnaires covered 21 addictive behaviours, of which 9 concerned alcohol and drugs and 12 represented non-drug addictions. The behaviours are classified in increasing order of number of questionnaires. The 21 questionnaires that served to investigate more than one substance were classified as such only and do not figure in the tally for each individual substance. Accordingly, though nine of these covered alcohol, none counts among the 41 questionnaires classified under “alcohol use” in Table 1. Only one questionnaire, the “Shorter PROMIS”, does figure in more than one tally. This was made possible by the fact that a Cronbach’s alpha was available for each of the behaviours it investigates. We decided to proceed in this fashion because this questionnaire serves to examine addictive behaviours that are seldom considered by others.

The clinical parameters are grouped into four categories: dependence, temperament, social handicap and cognitive behaviour. The frequency reported for each parameter indicates how many questionnaires contained at least one item corresponding to the definition indicated in Appendix 1. Each questionnaire could be classified under one addictive behaviour alone. Each item could correspond to one parameter alone. The register of correspondence between the parameters and items of each questionnaire is available upon request from the authors.

Criteria category	Dependence									Temperament					Handicap				Cognitive behaviour						
	Questionnaire	Control	Abuse	Perseveration	Tolerance	Invasiveness	Exclusion	Withdrawal		Sensation	Novelty	Avoidance	Reward	Persistence		Organicity	Aptitude	Environment	Habit		Cognition	Relation	Impulse	Self	Emotion
Alcohol use	41	19	19	17	11	13	12	20		7	2	3	5	1		21	11	5	3		7	24	10	8	16
Substance use	21	13	9	11	12	14	13	10		8	3	3	7			10	8	5	5		1	17	2	7	13
Pathological gambling	20	10	3	9	6	8	11	6		4	1	1	3				2	3	1		8	11	8	4	10
Nicotine use	17	6	3	8	5	2	3	8		8		5	12	3		3		1	5		2	4	7	3	9
Internet use	13	11	10	5	4	12	12	10		7	2	10	5			3					2	10	6	11	11
Compulsive exercising	12	6	5	8	6	7	6	7		2		1	5	1		1		1	5		6	2	2	2	5
Cocaine use	10	1		2			3	3		3		1	7			4		1	5		1	2	7	3	7
Cannabis use	8	3	2	3	2	3	3	5		2		1	2	1		3	1		1		2	3	1	1	5
Opioid use	6	2	2		1	2	1	2					2			1	1	1			1	2	5		5
Boulimia	7	7	6	4	2	5	3			1			1			1		1	3		1	2	4	5	5
Trichotillomania	5	4	1		3	3	3																2		4
Compulsive sexuality	5	4	3	2		2	3			4	2			1				2			1	5	2	2	2
Pathological attachment	5	1	3	1		1	3	2		1		3	2	2							2	2	2	4	3
Compulsive buying	5	1	2	3		1	1	1		2			1					1			1	2	2	2	5
Benzodiazepine use	4	2	3	2	2	3	1	3		1		2	2			1		2				1	3		3
Workaholism	4	3	4	2	1	4	2	1		2			1	1							1	3	2	2	4
Pathological grooming	3	2	1		1	3	2															1	2	1	2
Amphetamine use	2	1				1		1		1			1						1		1		2	2	1
Caffeine consumption	1				1	1	1			1												1	1	1	1
Kleptomania	1	1											1						1				1		
Hoarding	1	1		1	1	1	1																1		1
Total	191	98	76	78	58	86	84	79		54	10	30	57	10		47	24	20	33		37	92	72	58	112

As shown in Table 1, the five addictive behaviours most prevalent in these questionnaires were alcohol use, pathological gambling, and substance use, followed by nicotine use and internet use. Over 55% of the questionnaires dealt with these five behaviours, which involve substances for the most part, but which also represent the field of emerging addictive behaviours (e.g., cyberaddiction).



The bottom row in Table 1 indicates the parameters most often measured in each of the four categories. Figure 1 reproduces the same totals as a percentage. The dependence parameters were by far the most frequently considered, followed by those in the cognitive behaviour category; the temperament and social handicap parameters were more rarely investigated. No questionnaire examined all the parameters systematically; only a few questionnaires serving to measure alcohol and substance use actually covered all of the dependence parameters, for example. The questionnaires had an assortment of purposes ranging from diagnosis and screening to the assessment of bio-psycho-social consequences and motivation to change.

The five parameters most measured were emotion (cognitive behaviour), control (dependence), relations (cognitive behaviour), invasiveness (dependence) and exclusion (dependence). Two temperament parameters (sensation and reward) were nevertheless covered by more than 25% of the questionnaires and two social handicap parameters, namely, organicity and habits, by 25% and 18%, respectively.

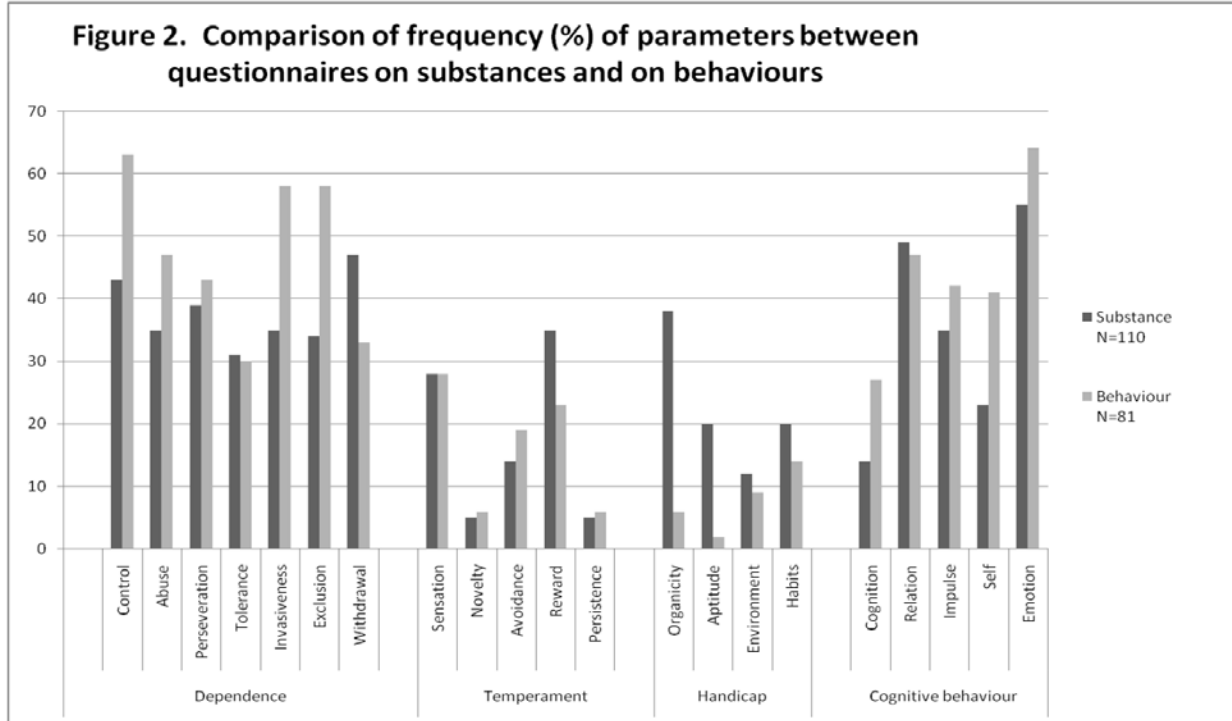


Figure 2 shows the comparison between traditional substance-related addictions and emerging non-substance addictive behaviours (e.g., pathological gambling, compulsive exercising, excessive internet use) in terms of distribution of parameters. The two groups are most similar in terms of parameter categories, with the same two dominating in both cases, that is, dependence and cognitive behaviour. Where the differences are concerned, substance-related addictions were more strongly associated with two parameters, namely, organicity and withdrawal, which is easy enough to understand in the light of the bio-active substances involved. However, these addictions also proved strongly associated with the parameter of reward, which is harder to explain but which might be accounted for by the definition adopted in this study, which includes maintaining or regaining a balance or well-being. Finally, for non-substance addictive behaviours, aptitude and habits (social handicap) were seldom measured. These parameters were defined in this study on the basis of their association with motivation to change and help circuits. The case could be made here that these

behaviours, which have only recently been formally recognized, have not received the same amount of attention in terms of research, therapeutic exploration and services development.

Discussion

This first ever systematic review of psychometrically validated, standardized clinical measurements of addictive behaviours tracked down 191 questionnaires covering both traditional addictive behaviours, such as alcoholism and drug addiction, and emerging behaviours, including pathological gambling and cyberaddiction. We found no instruments dedicated to certain behaviours related to specific substances (though covered by questionnaires that serve to investigate substance-related addictions in general) or to paraphilias, intermittent explosive disorder (though measured under compulsive sexuality or by other questionnaires that screen for these disorders but not as an addictive behaviour), pyromania, apotemnophilia, repeated fighting and sectarianism. The last four behaviours are either extremely rare or moot in terms of addictive behaviours. We were able to develop and apply a clinical parameters grid inspired by different heuristic models that enjoy currency in the field of clinical addiction interventions: DSM diagnostic criteria for dependence, temperament and personality, social consequences and influences, cognitive behavioural analysis. The validation of this grid for evaluating instruments used to measure addictive behaviours is sustained by strong inter-rater agreement between two experienced independent clinicians, who also recognized its validity at face value. The DSM dependence criteria and cognitive behavioural analysis are the dimensions that dominate the clinical parameters measured by the questionnaires as a whole; the dimensions of temperament/personality and handicap/therapeutic commitment receive less attention. Emerging addictive behaviours are measured as much with the DSM and cognitive behavioural criteria as with traditional ones, which suggests that conceptual cohesion reigns in clinical and clinical research settings concerned with these various behaviours.

It need be said, though, that this systematic review is not necessarily exhaustive. Indeed, by limiting our search to questionnaires available in the public domain, described in articles published in peer-reviewed journals, and whose basic psychometric properties have been analyzed and reported, some questionnaires were no doubt left out. However, to the combined knowledge of our research team and based on the literature reviews of the more common addictive behaviours, the number of valid and recognized questionnaires thus overlooked cannot be significant. In any event, readers can always subject any excluded instrument to the proposed clinical grid and determine whether results would change in general.

In wishing to demonstrate that the various questionnaires on the whole covered a variety of clinical dimensions, the results presented do not do justice to the diversity of the individual instruments. In the interest of gaining a better overall picture, we had to develop an analysis grid with operationalised parameters mutually exclusive of clinical dimensions of different theoretical derivation. Consequently, the definitions selected and described in the appendix might surprise researchers and clinicians alike. However, we can assert their value following a validation exercise we conducted, whereby a separate, independent clinician succeeded in appropriating the definitions and reproducing the classification of the different items under the parameters proposed in our study very well. As a strategy for investigating the theoretical dimensions of addictive behaviours, using such a grid to scrutinize questionnaires has its limitations, as certain theories do not lend themselves readily to this form of standardized, individual exploration. The questionnaires focus more on observable behaviours and could favour, for example, the cognitive-behavioural interpretation of other theoretical approaches. Come to mind various psychodynamic, systemic and socio-cultural models. Nonetheless, we did manage to demonstrate with the analysis grid that the social handicap production dimension is under-represented. Finally, we excluded from the study certain DSM disorders, such as those that fall

under the obsessive-compulsive and somatoform categories. Though some people argue that these belong to the continuum of addictive behaviours, they are instead more often placed within the obsessive-compulsive rather than the impulsive-compulsive spectrum (18,19).

Notwithstanding these limitations, a number of elements emerge from the description of the questionnaires and from the clinical dimensions evidenced. First, the behaviours recognized in the clinical field of addictions as the most prevalent, such as alcoholism, substance use, and pathological gambling, are the ones for which we find the greatest number of questionnaires, thereby confirming the pertinence they have for clinical and evaluative research in clinical settings and the greater interest they elicit. The behaviours traditionally associated with the clinical field of addictions are also the most represented in the questionnaires; however, there is no denying that certain emerging behaviours, such as excessive internet use (cyberaddiction), are well represented as well and rapidly measured, which suggests a growing interest for these in clinical settings (20).

Second, the DSM criteria are a constant in the measurement of addictive behaviours. However, now that the DSM-V is being developed with the aim of replacing the current categorical model with a more dimensional approach to diagnosis, the questionnaires presently available risk becoming obsolete. Though we can plainly see that earlier definitions of substance-related addictions determined by a biomedical view centred on tolerance and withdrawal have not disappeared from among the parameters selected, these do not dominate measurement, and other psychosocial parameters are just as often evaluated as the DSM-IV criteria, including control, abuse, invasiveness, and exclusion. Under the cognitive behavioural category, numerous other debatable psychological parameters have been recognized, particularly regarding relations (which can be associated with the DSM abuse criterion) and emotions (including psychological distress, another DSM criterion). Though the DSM-IV may espouse a categorical approach at face value, various bio-psycho-social parameters are also taken into

account and these are ending up in the emerging questionnaires in the field of clinical research on addictions. This suggests a growing dialectical understanding of dimensional and categorical aspects. However, we need to find a better way of integrating temperament and personality elements, which have received less attention to date, in questionnaires and, by the same token, in the field of addictions intervention and clinical research. This under-representation might suggest that the field of intervention gives little consideration to earlier life trajectories (development, interaction between temperament and micro-social environment, for example) and continues to embrace a clinical vision of addictive behaviours as an acute disease rather than a chronic condition requiring treatment and rehabilitation covering a greater number of bio-psycho-social parameters.

Third, the fact that questionnaires focus primarily on measuring the pathological dimension leaves less room for measuring temperament (reward, sensation and novelty seeking), motivation to change, resilience, social support, and opportunities within the systemic and socio-cultural contexts. This suggests that instruments of measurement and the field of intervention are not synchronized or that not everyone in the field of intervention is on the same wavelength. Though risk reduction, motivational approaches and psychosocial rehabilitation are practised, they may not be as widely used and integrated in the fields of addictions intervention and clinical research. It can be the effect of a bias produced by the criterion we used in the search of the questionnaires.

Fourth, recognizing that behaviours considered addictive raise numerous parameters could lead to these being tied in with other continuums, such as the impulse-control disorders and the obsessive-compulsive disorders (18,19). The parameters associated with these other disorders have in fact been discerned among the questionnaires used to evaluate addictive behaviours (e.g., control, perseveration, sensation, persistence, impulse). This could have an impact on

theoretical reflection, clinical research, the DSM-V classification, and clinical practice.

These initial observations do not exhaust the potential repercussions of the results presented here. The community of clinicians and clinical researchers will no doubt be able to make other observations that will enrich the reflections made possible by this first systematic review of all questionnaires used to measure addictive behaviours, both traditional and emerging. We believe to have developed a robust database and a valid analysis grid that allows characterizing questionnaires: We intend to pursue our analysis aimed at categorizing these instruments on the basis of the parameter sets and clinical categories considered. This analysis should help above all in choosing among available questionnaires as a function of need or purpose, that is, basic research, clinical research, evaluative research, or the evaluation of individual interventions or programs. It should also help determine the extent of the existing deficit in terms of questionnaires suited to diverse clinical realities and serving to measure developmental aspects as well as personal and environmental strengths capable of sustaining change. Do the results indicate the need to develop a new questionnaire? In this regard, it is important to exercise caution in contemplating the utopia of a single measurement, the mother of all measurements of addictive behaviours. Such a one-size-fit-all questionnaire would necessarily be a compromise only as robust as the weakest of its components. We might do better to work towards developing innovative tools adapted to the clinical reality of addictions on the basis of the concepts and instruments of measurement already available for evaluating the dimensions of temperament, personality, support and social handicap. These projected questionnaires, like those already existing, could also be adapted and applied to other emerging behaviours or to those not yet associated with addictive behaviours. Our aim here was to establish the dimensions potentially important for the development of general instruments of measurement in the field of addictions. In continuing this pursuit, the rigorous scientific method that we applied in the systematic search of questionnaires, the

operationalisation of concepts, the validation of the new analysis grid, and the reproducibility of the results obtained should not be relaxed.

Acknowledgements

To the memory of Dr Jean-Yves Roy, founder of the Cormier-Lafontaine co-morbidity clinic.

APPENDIX 1: DEFINITIONS

DSM diagnostic criteria for dependence

CONTROL: Unsuccessful efforts to diminish or control recourse to addictive behaviour.

ABUSE: Engaging in behaviour in greater quantity or for longer periods of time than intended. Includes DSM criteria for intoxication.

PERSEVERATION: The addictive behaviour persists despite admission of having a problem. The incongruence between behaviour and cognition is distressing. Self-criticism is vain, generating instead a punitive judgement or breeding personal consequences not rated elsewhere (e.g., financial or concerns regarding the future that are grounded).

TOLERANCE: Need for greater and greater quantities (particularly in terms of frequency, intensity, duration) in order to achieve intoxication or the desired effect.

INVASIVENESS: A great deal of time is dedicated to the behaviour, which becomes a top-priority concern or occupation and even a solitary pleasure.

EXCLUSION: Important social, professional and leisure activities are abandoned or reduced on account of the addictive behaviour. Interferes with regular occupations without creating relational conflicts or violation of social rules.

WITHDRAWAL: Appearance of neurovegetative symptoms when the behaviour is ceased brutally (e.g., insomnia, appetite, concentration). Includes the “eye opener” phenomenon. In short, any discomfort or ailment caused by withdrawal.

Cloninger and Zuckerman's temperament dimensional criteria

SENSATION SEEKING: Search for strong sensorial experiences, “highs” and aversion to boredom. Stimulation is an end in itself (Zuckerman).

NOVELTY SEEKING: Appetite for new experiences, curiosity.

HARM AVOIDANCE: Behaviour serves as a social crutch and/or a facilitator.

REWARD DEPENDENCE: Search for pleasure, rewards, saliency; feeling “hooked”; regaining a sense of well-being.

PERSISTENCE: Automatic actions, performed without thought, out of habit.

Fougeyrollas's social handicap production process

ORGANICITY: Effects provoking a deficit or impairment not already covered under the criteria for intoxication or withdrawal, including black-outs. Physical and neuropsychological effects.

APTITUDE: Manifested determination to pursue therapeutic objectives.

ENVIRONMENT: Family, social, economic, environmental, and political context influence recourse to behaviour.

HABITS: Impact on ADL and IADL. Changes in level of psychomotor activity desired or induced by the behaviour.

Beck's adapted cognitive behaviour analysis inventory

COGNITIONS: Cognitive errors to perceive recourse to the behaviour a normal occurrence or to claim it to be indispensable.

RELATIONS: Relational troubles, externalized conflicts with social norms. This is the operational definition of the DSM criteria for abuse.

IMPULSE: Sensation of being won over by an immediate overbearing need. Key words: craving, binge, urge, cue.

SELF: Impaired self-esteem and creation of a second identity (of addict) to render behaviour egosyntonic. Through dissociation, the individual hides his situation from others, at the risk of being called a liar.

EMOTIONS: Emotions deregulated and managed by the behaviour. Persistent anhedonia.

APPENDIX 2: BIBLIOGRAPHY FOR EACH QUESTIONNAIRE DISPLAYED BY SECTION

SUBSTANCES

1. ALCOHOL USE

Anton R.F., Moak D.H., Latham P. The Obsessive Compulsive Drinking Scale: a self-rated instrument for the quantification of thoughts about alcohol and drinking behaviour. *Alcohol Clin Exp Res* 1995; 19: 92-9. **ALCOHOL/OCDS**

Barry K.L., Fleming M.F. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) and the SMAST-13: predictive validity in a rural primary care sample. *Alcohol Alcohol* 1993; 28: 33-42. **ALCOHOL/SMAST 13**

Bischof G., Reinhardt S., Grothues J., Meyer C., John U., Rumpf H.J. Development and evaluation of a screening instrument for alcohol-use disorders and at-risk drinking: the brief alcohol screening instrument for medical care (BASIC). *J Stud Alcohol Drugs* 2007; 68: 607-14. **ALCOHOL/BASIC**

Bohn M.J., Krahn D.D., Staehler B.A. Development and initial validation of a measure of drinking urges in abstinent alcoholics. *Alcohol Clin Exp Res* 1995; 19: 600-6. **ALCOHOL/AUQ**

Chantarujikapong S.I., Smith E.M., Fox L.W. Comparison of the Alcohol Dependence Scale and diagnostic interview schedule in homeless women. *Alcohol Clin Exp Res* 1997; 21: 586-95. **ALCOHOL/ADS**

- Christo G., Jones S.L., Haylett S., Stephenson G.M., Lefever R.M., Lefever R. The Shorter PROMIS Questionnaire: further validation of a tool for simultaneous assessment of multiple addictive behaviours. *Addict Behav* 2003; 28: 225-48. **ALCOHOL/SPQ-A**
- Daeppen J.B., Yersin B., Landry U., Pecoud A., Decrey H. Reliability and validity of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) imbedded within a general health risk screening questionnaire: results of a survey in 332 primary care patients. *Alcohol Clin Exp Res* 2000; 24: 659-65. **ALCOHOL/AUDIT**
- Feinn R., Tennen H., Kranzler H.R. Psychometric properties of the short index of problems as a measure of recent alcohol-related problems. *Alcohol Clin Exp Res* 2003; 27: 1436-41. **ALCOOL/SIP-A**
- Finney J.W., Moos R.H., Brennan P.L. The Drinking Problems Index: a measure to assess alcohol-related problems among older adults. *J Subst Abuse* 1991; 3: 395-404. **ALCOHOL/DPI**
- Flannery B.A., Volpicelli J.R., Pettinati H.M. Psychometric properties of the Penn Alcohol Craving Scale. *Alcohol Clin Exp Res* 1999; 23: 1289-95. **ALCOHOL/PACS**
- Fromme K., Stroot E.A., Kaplan D. Comprehensive effects of alcohol: development and psychometric assessment of a new expectancy questionnaire. *Psychol Assess* 1993; 5: 19-26. **ALCOHOL/AOE**
- Gau S.S., Liu C.Y., Lee C.S., Chang J.C., Chang C.J., Li C.F. *et al.* Development of a Chinese version of the Yale-Brown obsessive compulsive scale for heavy drinking. *Alcohol Clin Exp Res* 2005; 29: 1172-9. **ALCOHOL/Y-BOCS HD**

Gibbs L.E. Validity and reliability of the Michigan alcoholism screening test: a review. *Drug Alcohol Depend* 1983; 12: 279-85.

ALCOHOL/MAST

Gossop M., Keaney F., Stewart D., Marshall E.J., Strang J. A Short Alcohol Withdrawal Scale (SAWS): development and psychometric properties. *Addict Biol* 2002; 7: 37-43. **ALCOHOL/SAWS**

Heather N., Booth P., Luce A. Impaired Control Scale: cross-validation and relationships with treatment outcome. *Addiction* 1998; 93: 761-71.

ALCOHOL/ICS

Hodgson R.J., John B., Abbasi T., Hodgson R.C., Waller S., Thom B. *et al.* Fast screening for alcohol misuse. *Addict Behav* 2003; 28: 1453-63.

ALCOHOL/FAST

Humphreys K., Kaskutas L.A., Weisner C. The Alcoholics Anonymous Affiliation Scale: development, reliability, and norms for diverse treated and untreated populations. *Alcohol Clin Exp Res* 1998; 22: 974-8. **ALCOHOL/AAAS**

John U., Hapke U., Rumpf H.J. A new measure of the alcohol dependence syndrome: the severity scale of alcohol dependence. *Eur Addict Res* 2003; 9: 87-93. **ALCOHOL/SESA**

Kelly T.M., Donovan J.E., Kinnane J.M., Taylor D.M. A comparison of alcohol screening instruments among under-aged drinkers treated in emergency departments. *Alcohol Alcohol* 2002; 37: 444-50.

ALCOHOL/TWEAK

Kim J.S., Kim G.J., Lee J.M., Lee C.S., Oh J.K. HAIS (Hanil Alcohol Insight Scale): validation of an insight-evaluation instrument for practical use in alcoholism. *J Stud Alcohol* 1998; 59: 52-5.

ALCOHOL/HAIS

Klein A.A., Stasiewicz P.R., Koutsky J.R., Bradizza C.M., Coffey S.F. A psychometric evaluation of the Approach and Avoidance of Alcohol Questionnaire (AAAQ) in alcohol dependent outpatients. *J Psychopathol Behav Assess* 2007; 29: 231-40. **ALCOHOL/AAAQ**

Knight J.R., Shrier L.A., Bravender T.D., Farrell M., Vander Bilt J., Shaffer H.J. A new brief screen for adolescent substance abuse. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1999; 153: 591-6. **ALCOHOL/CRAFFT**

Lawrinson P., Copeland J., Gerber S., Gilmour S. Determining a cut-off on the Severity of Dependence Scale (SDS) for alcohol dependence. *Addict Behav* 2007; 32: 1474-9. **ALCOHOL/SDS**

Love A., James D., Willner P. A comparison of two alcohol craving questionnaires. *Addiction* 1998; 93: 1091-102. **ALCOHOL/DAQ**

Miller W.R., Tonigan J.S. Assessing drinkers' motivations for change: the Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). *Psychol Addict Behav* 1996; 10: 81-9. **ALCOHOL/SOCRATES 19**

Moraes C.L., Viellas E.F., Reichenheim M.E. Assessing alcohol misuse during pregnancy: evaluating psychometric properties of the CAGE, T-ACE and TWEAK in a Brazilian setting. *J Stud Alcohol* 2005; 66: 165-73. **ALCOHOL/T-ACE**

Oei T.P., Sweeton J., Dingle G.A., Chalmers K.A. Psychometric properties of a quitting time for alcohol questionnaire: factor structure, reliability, and validity. *Addict Behav* 1999; 24: 383-98.

ALCOHOL/QTAQ

O'Hare T. Measuring excessive alcohol use in college drinking contexts: the Drinking Context Scale. *Addict Behav* 1997; 22: 469-77.

ALCOHOL/DCS

Ooteman W., Koeter M., Verheul R., Schippers G., Van den Brink W. Development and validation of the Amsterdam Motives for Drinking Scale (AMDS): an attempt to distinguish relief and reward drinkers. *Alcohol Alcohol* 2006; 41: 284-92. **ALCOHOL/AMDS short**

Ooteman W., Koeter M.W., Verheul R., Schippers G.M., van den Brink W. Measuring craving: an attempt to connect subjective craving with cue reactivity. *Alcohol Clin Exp Res* 2006; 30: 57-69.

ALCOHOL/JACQ

Patten C.A., Vickers K.S., Offord K.P., Decker P.A., Colligan R.C., Bronars C. *et al.* Validation of the revised Self-Administered Alcohol Screening Test (SAAST-R). *Am J Addict* 2006; 15: 409-21.

ALCOHOL/SAAST-R

Pokorny A.D., Miller B.A., Kaplan H.B. The brief MAST: a shortened version of the Michigan Alcoholism Screening Test. *Am J Psychiatry* 1972; 129: 342-5. **ALCOHOL/BMAST**

Raabe A., Grusser S.M., Wessa M., Podschus J., Flor H. The assessment of craving: psychometric properties, factor structure and a revised

version of the Alcohol Craving Questionnaire (ACQ). *Addiction* 2005; 100: 227-34. **ALCOHOL/ACQ-R**

Raistrick D., Bradshaw J., Tober G., Weiner J., Allison J., Healey C. Development of the Leeds Dependence Questionnaire (LDQ): a questionnaire to measure alcohol and opiate dependence in the context of a treatment evaluation package. *Addiction* 1994; 89: 563-72. **ALCOHOL/LDQ**

Rumpf H.J., Hapke U., Hill A., John U. Development of a screening questionnaire for the general hospital and general practices. *Alcohol Clin Exp Res* 1997; 21: 894-8. **ALCOHOL/LAST**

Spak F., Hallstrom T. Screening for alcohol dependence and abuse in women: description, validation, and psychometric properties of a new screening instrument, SWAG, in a population study. *Alcohol Clin Exp Res* 1996; 20: 723-31. **ALCOHOL/SWAG**

Stockwell T., Hodgson R., Edwards G., Taylor C., Rankin H. The development of a questionnaire to measure severity of alcohol dependence. *Br J Addict Alcohol Other Drugs* 1979; 74: 79-87. **ALCOHOL/SADQ**

Stockwell T., Sitharthan T., McGrath D., Lang E. The measurement of alcohol dependence and impaired control in community samples. *Addiction* 1994; 89: 167-74. **ALCOHOL/SADD**

Tempier R.P. Dépistage de la consommation d'alcool à risque dans l'Enquête Santé Québec [Screening for at-risk alcohol use in the Quebec Health Survey]. *Can J Public Health* 1996; 87: 183-6. **ALCOHOL/CAGE**

Tempier R.P. Dépistage de la consommation d'alcool à risqué dans l'Enquête Santé Québec [Screening for at-risk alcohol use in the Quebec Health Survey]. *Can J Public Health* 1996; 87: 183-6.

ALCOHOL/IDA

Zywiak W.H., Connors G.J., Maisto S.A., Westerberg V.S. Section IIA. Replication and extension of Marlatt's taxonomy: Relapse research and the reasons for drinking questionnaire: a factor analysis of Marlatt's relapse taxonomy. *Addiction* 1996; 91: S121-30.

ALCOHOL/RFDQ

2. AMPHETAMINES USE

Churchill A.C., Burgess P.M., Pead J., Gill T. Measurement of the severity of amphetamine dependence. *Addiction* 1993; 88: 1335-40.

AMPHETAMINES/SAmDQ

James D., Davies G., Willner P. The development and initial validation of a questionnaire to measure craving for amphetamine. *Addiction* 2004; 99: 1181-8. **AMPHETAMINES/DSQ**

3. BENZODIAZEPINE USE

Baillie A.J., Mattick R.P. The benzodiazepine dependence questionnaire: development, reliability and validity. *Br J Psychiatry* 1996; 169: 276-81. **BENZODIAZEPINE/BDEPQ**

Couvee J.E., Zitian F.G. The Benzodiazepine Withdrawal Symptom Questionnaire: psychometric evaluation during a discontinuation

program in depressed chronic benzodiazepine users in general practice. *Addiction* 2002; 97: 337-45. **BENZODIAZEPINE/BWSQ**

Kan C.C., Breteler M.H., Timmermans E.A., van der Ven A.H., Zitman F.G. Scalability, reliability, and validity of the Benzodiazepine Dependence Self-Report Questionnaire in outpatient benzodiazepine users. *Compr Psychiatry* 1999; 40: 283-91. **BENZODIAZEPINE/BenDepSRQ**

Mol A.J., Voshaar R.C., Gorgels W.J., Breteler M.H., van Balkom A.J., van de Lisdonk E.H. *et al.* Development and psychometric evaluation of the Benzodiazepine Craving Questionnaire. *Addiction* 2003; 98: 1143-52. **BENZODIAZEPINE/BCQ**

4. CAFFEINE CONSUMPTION

Christo G., Jones S.L., Haylett S., Stephenson G.M., Lefever R.M., Lefever R. The Shorter PROMIS Questionnaire: further validation of a tool for simultaneous assessment of multiple addictive behaviours. *Addict Behav* 2003; 28: 225-48. **CAFFEINE/SPQ-Caffeine**

5. CANNABIS USE

Adamson S.J., Sellman J.D. A prototype screening instrument for cannabis use disorder: the Cannabis Use Disorders Identification Test (CUDIT) in an alcohol-dependent clinical sample. *Drug Alcohol Rev* 2003; 22: 309-15. **CANNABIS/CUDIT**

Alexander D.E., Leung P. The Marijuana Screening Inventory (MSI-X): reliability, factor structure, and scoring criteria with a clinical sample. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2004; 30: 321-51. **CANNABIS/MSI-X**

Budney A.J., Novy P.L., Hughes J.R. Marijuana withdrawal among adults seeking treatment for marijuana dependence. *Addiction* 1999; 94: 1311-22. **CANNABIS/MWC**

Chabrol H., Massot E., Mullet E. Factor structure of cannabis related beliefs in adolescents. *Addict Behav* 2004; 29: 929-33. **CANNABIS/CRB**

Copeland J., Gilmour S., Gates P., Swift W. The Cannabis Problems Questionnaire: factor structure, reliability, and validity. *Drug Alcohol Depend* 2005; 80: 313-9. **CANNABIS/CPQ**

Galen L.W., Henderson M.J. Validation of cocaine and marijuana effect expectancies in a treatment setting. *Addict Behav* 1999; 24: 719-24. **CANNABIS/MEEQ**

Martin G., Copeland J., Gates P., Gilmour S. The Severity of Dependence Scale (SDS) in an adolescent population of cannabis users: reliability, validity and diagnostic cut-off. *Drug Alcohol Depend* 2006; 83: 90-3. **CANNABIS/SDS**

Singleton E.G., Trotman A.J., Zavahir M., Taylor R.C., Heishman S.J. Determination of the reliability and validity of the Marijuana Craving Questionnaire using imagery scripts. *Exp Clin Psychopharmacol* 2002; 10: 47-53. **CANNABIS/MCQ**

6. COCAINE USE

Galen L.W., Henderson M.J. Validation of cocaine and marijuana effect expectancies in a treatment setting. *Addict Behav* 1999; 24; 719-24.

COCAINE/CEEQ

Halikas J.A., Kuhn K.L., Crosby R., Carlson G., Crea F. The measurement of craving in cocaine patients using the Minnesota Cocaine Craving Scale. *Compr Psychiatry* 1991; 32: 22-7. **COCAINE/MCCS**

Kampman K.M., Volpicelli J.R., McGinnis D.E., Alterman A.I., Weinrieb R.M., D'Angelo L. *et al.* Reliability and validity of the Cocaine Selective Severity Assessment. *Addict Behav* 1998; 23: 449-61.

COCAINE/CCSA

Michalec E., Zwick W.R., Monti P.M., Rohsenow D.J., Varney S., Niaura R.S. *et al.* A Cocaine High-Risk Situations Questionnaire: development and psychometric properties. *J Subst Abuse* 1992; 4: 377-91. **COCAINE/CHRSQ**

Michalec E.M., Rohsenow D.J., Monti P.M., Varney S.M., Martin R.A., Dey A.N. *et al.* A Cocaine Negative Consequences Checklist: development and validation. *J Subst Abuse* 1996; 8: 181-93.

COCAINE/CNCC

Olio C., Alim T.N., Rosse R.B., Cunningham S., Gillis T., Khan M. *et al.* Evaluating craving in crack-cocaine abusers. *Am J Addict* 1995; 4: 323-30. **COCAINE/QCU**

Rohsenow D.J., Sirota A.D., Martin R.A., Monti P.M. The Cocaine Effects Questionnaire for patient populations: development and

psychometric properties. *Addict Behav* 2004; 29: 537-53.
COCAINE/CEQ-P

Sussner B.D., Smelson D.A., Rodrigues S., Kline A., Losonczy M., Ziedonis D. The validity and reliability of a brief measure of cocaine craving. *Drug Alcohol Depend* 2006; 83: 233-7. **COCAINE/CCQ General**

Tiffany S.T., Singleton E., Haertzen C.A., Henningfield J.E. The development of a cocaine craving questionnaire. *Drug Alcohol Depend* 1993; 34: 19-28. **COCAINE/CCQ Now**

Tiffany S.T., Singleton E., Haertzen C.A., Henningfield J.E. The development of a cocaine craving questionnaire. *Drug Alcohol Depend* 1993; 34: 19-28. **COCAINE/CCQ General**

Voris J., Elder I. Sebastian P. A simple test of cocaine craving and related responses. *J Clin Psychol* 1991; 47: 320-3. **COCAINE/CCRR**

7. NICOTINE USE

Berlin I., Singleton E.G., Pedarriosse A.M., Lancrenon S., Rames A., Aubin H.J. *et al.* The Modified Reasons for Smoking Scale: factorial structure, gender effects and relationship with nicotine dependence and smoking cessation in French smokers. *Addiction* 2003; 98: 1575-83. **NICOTINE/MRSS**

Christo G., Jones S.L., Haylett S., Stephenson G.M., Lefever R.M., Lefever R. The Shorter PROMIS Questionnaire: further validation of a tool for simultaneous assessment of multiple addictive behaviours. *Addict Behav* 2003; 28: 225-48. **NICOTINE/SPQ-N**

Etter J.F., Le Houezec J., Perneger T.V. A self-administered questionnaire to measure dependence on cigarettes: the Cigarette Dependence Scale. *Neuropsychopharmacology* 2003; 28: 359-70.

NICOTINE/CDS

Heishman S.J., Singleton E.G., Moolchan E.T. Tobacco Craving Questionnaire: reliability and validity of a new multifactorial instrument. *Nicotine Tob Res* 2003; 5: 645-54. **NICOTINE/TCQ**

Jeffries S.K., Catley D., Okuyemi K.S., Nazir N., McCarter K.S., Grobe J.E. *et al.* Use of a brief Smoking Consequences Questionnaire for Adults (SCQ-A) in African American smokers. *Psychol Addict Behav* 2004; 18: 74-7. **NICOTINE/SCQ-A brief**

John U., Meyer C., Schumann A., Hapke U., Rumpf H.J., Adam C. *et al.* A short form of the Fagerstrom Test for Nicotine Dependence and the Heaviness of Smoking Index in two adult population samples. *Addict Behav* 2004; 29: 1207-12. **NICOTINE/FTND**

Kawakami N., Takatsuka N., Inaba S., Shimizu H. Development of a screening questionnaire for tobacco/nicotine dependence according to ICD-10, DSM-III-R, and DSM-IV. *Addict Behav* 1999; 24: 155-66.

NICOTINE/TDS

Lewis-Esquerre J.M., Rodrigue J.R., Kahler C.W. Development and validation of an adolescent smoking consequences questionnaire. *Nicotine Tob Res* 2005; 7: 81-90. **NICOTINE/ASCQ**

Pomerleau O.F., Fagerstrom K.O., Marks J.L., Tate J.C., Pomerleau C.S. Development and validation of a self-rating scale for positive- and

negative-reinforcement smoking: the Michigan Nicotine Reinforcement Questionnaire. *Nicotine Tob Res* 2003; 5: 711-18.

NICOTINE/MNRQ

Prokhorov A.V., De Moor C., Pallonen U.E., Hudmon K.S., Koehly L., Hu S. Validation of the modified Fagerstrom Tolerance Questionnaire with salivary cotinine among adolescents. *Addict Behav* 2000; 25: 429-33. **NICOTINE/mFTQ**

Rohsenow D.J., Abrams D.B., Monti P.M., Colby S.M., Martin R., Niaura R.S. The Smoking Effects Questionnaire for adult populations: development and psychometric properties. *Addict Behav* 2003; 28: 1257-70. **NICOTINE/SEQ**

Shiffman S., Waters A., Hickcox M. The Nicotine Dependence Syndrome Scale: a multidimensional measure of nicotine dependence. *Nicotine Tob Res* 2004; 6: 327-48. **NICOTINE/NDSS-T**

Tate J.C., Schmitz J.M. A proposed revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *Addict Behav* 1993; 18: 135-43. **NICOTINE/R FTQ**

Tiffany S.T., Drobos D.J. The development and initial validation of a questionnaire on smoking urges. *Br J Addict* 1991; 86: 1467-76. **NICOTINE/QSU**

Toll B.A., Katulak N.A., McKee S.A. Investigating the factor structure of the Questionnaire on Smoking Urges-Brief (QSU-Brief). *Addict Behav* 2006; 31: 1231-9. **NICOTINE/QSU-B**

Wahl S.K., Turner L.R., Mermelstein R.J., Flay B.R. Adolescents' smoking expectancies: psychometric properties and prediction of behavior change. *Nicotine Tob Res* 2005; 7: 613-23. **NICOTINE/ASE**

Wellman R.J., Savageau J.A., Godiwala S., Savageau N., Friedman K., Hazelton J. *et al.* A comparison of the Hooked on Nicotine Checklist and the Fagerstrom Test for Nicotine Dependence in adult smokers. *Nicotine Tob Res* 2006; 8: 575-80. **NICOTINE/HONC**

8. OPIOID USE

Butler S.F., Budman S.H., Fernandez K., Jamison R.N. Validation of a screener and opioid assessment measure for patients with chronic pain. *Pain* 2004; 112: 65-75. **OPIOID/SOAPP**

Butler S.F., Budman S.H., Fernandez K.C., Houle B., Benoit C., Katz N. *et al.* Development and validation of the Current Opioid Misuse Measure. *Pain* 2007; 130: 144-56. **OPIOID/COMM**

Franken I.H., Hendriksa V.M., van den Brink W. Initial validation of two opiate craving questionnaires: the Obsessive Compulsive Drug Use Scale and the Desires for Drug Questionnaire. *Addict Behav* 2002; 27: 675-85. **OPIOID/OCDUS**

Franken I.H., Hendriksa V.M., van den Brink W. Initial validation of two opiate craving questionnaires: the Obsessive Compulsive Drug Use Scale and the Desires for Drug Questionnaire. *Addict Behav* 2002; 27: 675-85. **OPIOID/DDQ**

Sutherland G., Edwards G., Taylor C., Phillips G.T., Gossop M.R., Brady R. The opiate dependence syndrome: replication study using the SODQ in a New York clinic. *Br J Addict* 1988; 83: 755-60.

OPIOID/SODQ

Sutherland G., Edwards G., Taylor C., Phillips G.T., Gossop M.R., Brady R. The opiate dependence syndrome: replication study using the SODQ in a New York clinic. *Br J Addict* 1988; 83: 755-60.

OPIOID/OSDQ

9. SUBSTANCES

Appleby L., Dyson V., Altman E., McGovern M.P., Luchins D.J. Utility of the Chemical Use, Abuse, and Dependence Scale in screening patients with severe mental illness. *Psychiatr Serv* 1996; 47: 647-9.

SUBSTANCES/CUAD

Berman A.H., Palmstierna T., Kallmen H., Bergman H. The self-report Drug Use Disorders Identification Test - Extended (DUDIT-E): reliability, validity, and motivational index. *J Subst Abuse Treat* 2007; 32: 357-69. **SUBSTANCES/DUDIT-E**

Blanchard K.A., Morgenstern J., Morgan T.J., Lobouvie E.W., Bux D.A. Assessing consequences of substance use: psychometric properties of the Inventory of Drug Use Consequences. *Psychol Addict Behav* 2003; 17: 328-31. **SUBSTANCES/SIP-AD**

Christo G., Jones S.L., Haylett S., Stephenson G.M., Lefever R.M., Lefever R. The Shorter PROMIS Questionnaire: further validation of a tool for simultaneous assessment of multiple addictive

behaviours. *Addict Behav* 2003; 28: 225-48. **SUBSTANCES/SPQ-SA**

Christo G., Jones S.L., Haylett S., Stephenson G.M., Lefever R.M., Lefever R. The Shorter PROMIS Questionnaire: further validation of a tool for simultaneous assessment of multiple addictive behaviours. *Addict Behav* 2003; 28: 225-48. **SUBSTANCES/SPQ-Rx**

Daeppen J.B., Burnand B., Schnyder C., Bonjour M., Pecoud A., Yersin B. Validation of the Addiction Severity Index in French-speaking alcoholic patients. *J Stud Alcohol* 1996; 57: 585-90. **SUBSTANCES/ASI**

Dennis M.L., Chan Y.F., Funk R.R. Development and validation of the GAIN Short Screener (GSS) for internalizing, externalizing and substance use disorders and crime/violence problems among adolescents and adults. *Am J Addict* 2006; 15: 80-91. **SUBSTANCES/GAIN- GSS**

Ford P. An evaluation of the Dartmouth Assessment of Lifestyle Inventory and the Leeds Dependence Questionnaire for use among detained psychiatric inpatients. *Addiction* 2003; 98: 111-8. **SUBSTANCES/LDQ**

Gossop M., Darke S., Griffiths P., Hando J., Powis B., Hall W. *et al.* The Severity of Dependence Scale (SDS): psychometric properties of the SDS in English and Australian samples of heroin, cocaine and amphetamine users. *Addiction* 1995; 90: 607-14. **SUBSTANCES/SDS**

Karila L., Legleye S., Beck F., Corruble E., Falissard B., Reynaud M. Validation d'un questionnaire de repérage de l'usage nocif d'alcool et de cannabis dans la population générale : le CRAFFT-ADOSPA [Validation of a screening questionnaire for alcohol and cannabis misuse in the general population: the CRAFFT-ADOSPA] *Presse Médicale* 2007; 36: 582-90. **SUBSTANCES/CRAFFT-ADOSPA**

Knight J.R., Goodman E., Pulerwitz T., DuRant R.H. Reliabilities of short substance abuse screening tests among adolescent medical patients. *Pediatrics* 2000; 105: 948-53. **SUBSTANCES/SSI AOD Ado**

Martino S., Grilo C.M., Fehon D.C. Development of the Drug Abuse Screening Test for Adolescents (DAST-A). *Addict Behav* 2000; 25: 57-70. **SUBSTANCES/DAST-A**

McLaney M.A., Del Boca F., Babor T. A validation study of the Problem-Oriented Screening Instrument for Teenagers (POSIT). *J Ment Health* 1994; 3: 363-76. **SUBSTANCES/POSIT**

Mitchell D., Francis J.P., Tafrate R.C. The psychometric properties of the Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES) in a clinical sample of active duty military service members. *Mil Med* 2005; 170: 960-3. **SUBSTANCES/SOCRATES-mil**

Moberg D., Hahn L. The Adolescent Drug Involvement Scale. *J Adolesc Chem Depend* 1991; 2: 75-88. **SUBSTANCES/ADIS**

- Okulicz-Kozaryn K., Sieroslowski J. Validation of the "problematic use of narcotics" (PUN) screening test for drug using adolescents. *Addict Behav* 2007; 32: 640-6. **SUBSTANCES/PUN**
- Radat F., Irachabal S., Lafittau M., Creac'h C., Dousset V., Henry P. Construction of a medication dependence questionnaire in headache patients (MDQ-H) validation of the French version. *Headache* 2006; 46: 233-9. **SUBSTANCES/MDQ-Headache**
- Sweet R.I., Saules K.K. Validity of the Substance Abuse Subtle Screening Inventory-Adolescent Version (SASSI-A). *J Subst Abuse Treat* 2003; 24: 331-40. **SUBSTANCES/SASSI-A**
- Turner N.E., Annis H.M. Sklar S.M. Measurement of antecedents to drug and alcohol use: psychometric properties of the Inventory of Drug-Taking Situations (IDTS). *Behav Res Ther* 1997; 35: 465-83. **SUBSTANCES/IDTS**
- Westermeyer J., Crosby R. Nugent S. The Minnesota Substance Abuse Problems Scale. Psychometric analysis and validation in a clinical population. *Am J Addict* 1998; 7: 24-34. **SUBSTANCES/M-SAPS**
- WHO. The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): development, reliability and feasibility. *Addiction* 2002; 97: 1183-94. **SUBSTANCES/ASSIST**

BEHAVIOURS

1. ATTACHMENT, PATHOLOGICAL

Christo G., Jones S.L., Haylett S., Stephenson G.M., Lefever R.M., Lefever R. The Shorter PROMIS Questionnaire: further validation of a tool for simultaneous assessment of multiple addictive behaviours. *Addict Behav* 2003; 28: 225-48. **Pathological attachment/SPQ- chelpdom**

Christo G., Jones S.L., Haylett S., Stephenson G.M., Lefever R.M., Lefever R. The Shorter PROMIS Questionnaire: further validation of a tool for simultaneous assessment of multiple addictive behaviours. *Addict Behav* 2003; 28: 225-48. **Pathological attachment/SPQ-chelpsub**

Christo G., Jones S.L., Haylett S., Stephenson G.M., Lefever R.M., Lefever R. The Shorter PROMIS Questionnaire: further validation of a tool for simultaneous assessment of multiple addictive behaviours. *Addict Behav* 2003; 28: 225-48. **Pathological attachment/SPQ-Reldom**

Christo G., Jones S.L., Haylett S., Stephenson G.M., Lefever R.M., Lefever R. The Shorter PROMIS Questionnaire: further validation of a tool for simultaneous assessment of multiple addictive behaviours. *Addict Behav* 2003; 28: 225-48. **Pathological attachment/SPQ-Relsub**

Kayser K. The marital disaffection scale: an inventory for assessing emotional estrangement in marriage. *Am J Fam Ther* 1996; 24: 83-8. **8. Pathological attachment/MDS**

2. BULIMIA

Christo G., Jones S.L., Haylett S., Stephenson G.M., Lefever R.M., Lefever R. The Shorter PROMIS Questionnaire: further validation of a tool for simultaneous assessment of multiple addictive behaviours. *Addict Behav* 2003; 28: 225-48. **BULIMIA/SPQ-Binge**

Christo G., Jones S.L., Haylett S., Stephenson G.M., Lefever R.M., Lefever R. The Shorter PROMIS Questionnaire: further validation of a tool for simultaneous assessment of multiple addictive behaviours. *Addict Behav* 2003; 28: 225-48. **BULIMIA/SPQ-Starve**

Freitas S.R., Lopes C.S., Appolinario J.C., Coutinho W. The assessment of binge eating disorder in obese women: a comparison of the Binge Eating Scale with the structured clinical interview for the DSM-IV. *Eat Behav* 2006; 7: 282-9. **BULIMIA/BES**

Henderson M., Freeman C.P. A self-rating scale for bulimia. The 'BITE'. *Br J Psychiatry* 1987; 150: 18-24. **BULIMIA/BITE**

Paxton S.J., Diggins J. Avoidance coping, binge eating, and depression: an examination of the escape theory of binge eating. *Int J Eat Disord* 1997; 22: 83-7. **BULIMIA/BULIT-B (8)**

Vander Wal J.S., Johnston K.A., Dhurandhar N.V. Psychometric properties of the State and Trait Food Cravings Questionnaires among overweight and obese persons. *Eat Behav* 2007; 8: 211-23. **BULIMIA/FCQ-T**

Vander Wal J.S., Johnston K.A., Dhurandhar N.V. Psychometric properties of the State and Trait Food Cravings Questionnaires among overweight and obese persons. *Eat Behav* 2007; 8: 211-23.
BULIMIA/FCQ-S

3. BUYING, COMPULSIVE

Christo G., Jones S.L., Haylett S., Stephenson G.M., Lefever R.M., Lefever R. The Shorter PROMIS Questionnaire: further validation of a tool for simultaneous assessment of multiple addictive behaviours. *Addict Behav* 2003; 28: 225-48. **Compulsive buying/SPQ-Sh**

Edwards E.A. Development of a new scale for measuring compulsive buying behaviour. *Financ Couns Plann* 1993; 4: 67-85.
Compulsive buying/CSS

Faber R.J., O'Guinn T.C. A clinical screener for compulsive buying. *J Consum Res* 1992; 19: 459-69. **Compulsive buying/CSCB (CBS)**

Monahan P., Black D.W., Gabel J. Reliability and validity of a scale to measure change in persons with compulsive buying. *Psychiatry Res* 1996; 64: 59-67. **Compulsive buying/Y-BOCS SV**

Valence G., d'Astous A., Fortier L. Compulsive buying: concept and measurement. *J Consum Policy* 1988; 11: 419-33. **Compulsive buying/CBS D'Astous**

4. EXERCISING, COMPULSIVE

Carmack M.A., Martens R. Measuring commitment to running: a survey of runner's attitudes and mental states. *J Sport Psychology* 1979; 1: 25-42. **Compulsive exercising/CRS**

Chapman C.L., De Castro J.M. Running addiction: measurement and associated psychological characteristics. *J Sports Med Phys Fitness* 1990; 30: 283-90. **Compulsive exercising/RAS**

Christo G., Jones S.L., Haylett S., Stephenson G.M., Lefever R.M., Lefever R. The Shorter PROMIS Questionnaire: further validation of a tool for simultaneous assessment of multiple addictive behaviours. *Addict Behav* 2003; 28: 225-48. **Compulsive exercising/SPQ-E**

Davis C., Brewer H., Ratusny D. Behavioral frequency and psychological commitment: necessary concepts in the study of excessive exercising. *J Behav Med* 1993; 16: 611-28. **Compulsive exercising /CES**

Downs D.S., Hausenblas H.A., Nigg C.R. Factorial validity and psychometric examination of the Exercise Dependence Scale-Revised. *Measure Phys Ed Exer Sci* 2004; 8: 183-201. **Compulsive exercising/EDS-R**

Griffiths M.D., Szabo A., Terry A. The Exercise Addiction Inventory: a quick and easy screening tool for health practitioners. *Br J Sports Med* 2005; 39: e30. **Compulsive exercising/EAI**

Hall H.K., Kerr A.W., Kozub S.A., Finnie S.B. Motivational antecedents of obligatory exercise: the influence of achievement goals and multidimensional perfectionism. *Psychol Sport Exer* 2007; 8: 297-316. **Compulsive exercising/OEQ**

Hausenblas H.A., Downs D.S. How much is too much? The development and validation of the Exercise Dependence Scale. *Psychol Health* 2002; 17: 387-404. **Compulsive exercising/EDS**

McCabe M.P., Vincent M.A. Development of body modification and excessive exercise scales for adolescents. *Assessment* 2002; 9: 131-41. **Compulsive exercising/EES-A**

Ogden J., Veale D., Summers Z. The development and validation of the Exercise Dependence Questionnaire. *Addict Res* 1997; 5: 343-55. **Compulsive exercising/EDQ**

Pasman L., Thompson J.K. Body image and eating disturbance in obligatory runners, obligatory weightlifters, and sedentary individuals. *Int J Eat Disord* 1988; 7: 759-69. **Compulsive exercising/OEQ**

Smith D., Hale B. Validity and factor structure of the bodybuilding dependence scale. *Br J Sports Med* 2004; 38: 177-81. **Compulsive exercising /BBDS**

5. GAMBLING, PATHOLOGICAL

Boudreau B., Poulin C. The South Oaks Gambling Screen-Revised Adolescent (SOGS-RA) revisited: a cut-point analysis. *J Gambli Stud* 2006; online. **Pathological gambling/SOGS RA**

Christo G., Jones S.L., Haylett S., Stephenson G.M., Lefever R.M., Lefever R. The Shorter PROMIS Questionnaire: further validation of a tool for simultaneous assessment of multiple addictive behaviours. *Addict Behav* 2003; 28: 225-48. **Pathological gambling/SPQ-G**

de Castro V., Fuentes D., Tavares H. The Gambling Follow-up Scale: development and reliability testing of a scale for pathological gamblers under treatment. *Can J Psychiatry* 2005; 50: 81-6. **Pathological gambling/GFS**

Gotestam K.G., Johansson A., Wenzel H.G., Simonsen I.E. Validation of the lie/bet screen for pathological gambling on two normal population data sets. *Psychol Rep* 2004; 95: 1009-13. **Pathological gambling/Lie/Bet**

Grant J.E., Steinberg M.A., Kim S.W., Rounsaville B.J., Potenza M.N. Preliminary validity and reliability testing of a structured clinical interview for pathological gambling. *Psychiatry Res* 2004; 128: 79-88. **Pathological gambling/SCI PG**

Hodgins D.C. Using the NORC DSM Screen for Gambling Problems as an outcome measure for pathological gambling: psychometric evaluation. *Addict Behav* 2004; 29: 1685-90. **Pathological gambling/NODS**

Holub A., Hodgins D.C., Peden N.E. Development of the Temptations for Gambling Questionnaire: a measure of temptation in recently quit gamblers. *Addict Res Theory* 2005; 13: 179-91. **Pathological gambling/TGQ**

- Kassinove J.I. Development of the Gambling Attitude Scales: preliminary findings. *J Clin Psychol* 1998; 54: 763-71. **Pathological gambling/GAS**
- Kim H.J., Kim J.H., Shin Y.C., Shin H.C., Grant J.E., Lee T.K. The reliability and validity of the Korean translation of the Gambling Symptom Assessment Scale (KG-SAS). *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 2005; 44: 682-9. **Pathological gambling/GSAS**
- Lesieur H.R., Blume S.B. The South Oaks Gambling Screen (SOGS): a new instrument for the identification of pathological gamblers. *Am J Psychiatry* 1987; 144: 1184-8. **Pathological gambling/SOGS**
- May R.K., Whelan J.P., Steenbergh T.A., Meyers A.W. The Gambling Self-Efficacy Questionnaire: an initial psychometric evaluation. *J Gambli Stud* 2003; 19: 339-57. **Pathological gambling/GSEQ**
- Moore S.M., Ohtsuka K. Beliefs about control over gambling among young people, and their relation to problem gambling. *Psychol Addict Behav* 1999; 13: 339-47. **Pathological gambling/GBQ**
- Pallanti S., DeCaria C.M., Grant J.E., Urpe M., Hollander E. Reliability and validity of the pathological gambling adaptation of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (PG-YBOCS). *J Gambli Stud* 2005; 21: 431-43. **Pathological gambling/PG YBOCS**
- Petry N.M. Validity of a gambling scale for the addiction severity index. *J Nerv Ment Dis* 2003; 191: 399-407. **Pathological gambling/ASIGS**

- Raylu N., Oei T.P. The Gambling Related Cognitions Scale (GRCS): development, confirmatory factor validation and psychometric properties. *Addiction* 2004; 99: 757-69. **Pathological gambling/GRCS**
- Raylu N., Oei T.P. The Gambling Urge Scale: development, confirmatory factor validation, and psychometric properties. *Psychol Addict Behav* 2004; 18: 100-5. **Pathological gambling/GUS**
- Rousseau F.L., Vallerand R.J., Ratelle C.F., Mageau G.A., Provencher P.J. Passion and gambling: on the validation of the Gambling Passion Scale (GPS). *J Gamb Stud* 2002; 18: 45-66. **Pathological gambling/GPS**
- Shaffer H.J., LaBrie R., Scanlan K.M., Cummings T.N. Pathological gambling among adolescents: Massachusetts Gambling Screen (MAGS). *J Gamb Stud* 1994; 10: 339-62. **Pathological gambling/MAGS 7**
- Stinchfield R., Govoni R., Frisch G.R. DSM-IV diagnostic criteria for pathological gambling: reliability, validity, and classification accuracy. *Am J Addict* 2005; 14: 73-82. **Pathological gambling/GBI**
- Ursua M.P., Uribe Larrea L.L. 20 Questions of Gamblers Anonymous: a psychometric study with population of Spain. *J Gamb Stud* 1998; 14: 3-15. **Pathological gambling/GA 20**

6. GROOMING

Keuthen N.J., Deckersbach T., Wilhelm S., Engelhard I., Forker A., O'Sullivan R.L. *et al.* The Skin Picking Impact Scale (SPIS): scale development and psychometric analyses. *Psychosomatics* 2001; 42: 397-403. **Grooming/SPIS**

Keuthen N.J., Wilhelm S., Deckersbach T., Engelhard I.M., Forker A.E., Baer L. *et al.* The Skin Picking Scale: scale construction and psychometric analyses. *J Psychosomatic Res* 2001; 50: 337-41. **Grooming/SPS**

Keuthen N.J., Wilhelm S., Deckersbach T., Engelhard I.M., Forker A.E., Baer L. *et al.* The Skin Picking Scale: scale construction and psychometric analyses. *J Psychosomatic Res* 2001; 50: 337-41. **Grooming/SPTS**

7. HOARDING

Frost R.O., Steketee G., Grisham J. Measurement of compulsive hoarding: saving inventory-revised. *Behav Res Ther* 2004; 42: 1163-82. **Hoarding/SI-R**

8. INTERNET USE

Brenner V. Psychology of computer use: XLVII. Parameters of internet use, abuse and addiction: the first 90 days of the Internet Usage Survey. *Psychol Rep* 1997; 80: 879-82. **INTERNET/IRABI**

Caplan S.E. Problematic internet use and psychosocial well-being: development of a theory-based cognitive-behavioral measurement instrument. *Comput Hum Behav* 2002; 18: 553-75.

INTERNET/GPIUS

Clark D.J., Frith K.H. The development and initial testing of the Internet Consequences Scales (ICONS). *CIN: Comput Inform Nurs* 2005; 23: 285-91. **INTERNET/ICONS**

Davis R.A., Flett G.L., Besser A. Validation of a new scale for measuring problematic internet use: implications for pre-employment screening. *Cyberpsychol Behav* 2002; 5: 331-45. **INTERNET/OCS**

Delmonico D., Miller J. The Internet Sex Screening Test: a comparison of sexual compulsives versus non-sexual compulsives. *Sex Relationship Ther* 2003; 18: 261-76. **INTERNET/ISST**

Meerkerk G.J., Van Den Eijnden R.J., Garretsen H.F. Predicting compulsive Internet use: it's all about sex! *Cyberpsychol Behav* 2006; 9: 95-103. **INTERNET/CIUS**

Morahan-Martin J., Schumacher P. Incidence and correlates of pathological internet use among college students. *Computers Human Behav* 2000; 16: 13-29. **INTERNET/PaIU**

Morahan-Martin J., Schumacher P. Incidence and correlates of pathological internet use among college students. *Computers Human Behav* 2000; 16: 13-29. **INTERNET/IBAS**

Nichols L.A., Nicki R. Development of a psychometrically sound internet addiction scale: a preliminary step. *Psychol Addict Behav* 2004; 18: 381-4. **INTERNET/IAS**

Pratarelli M.E., Browne B.L. Confirmatory factor analysis of internet use and addiction. *Cyberpsychol Behav* 2002; 5: 53-64. **INTERNET/IUA (CUS)**

Tejeiro Salguero R.A., Moran R.M. Measuring problem video game playing in adolescents. *Addiction* 2002; 97: 1601-6. **INTERNET/VGP**

Thatcher A., Goolam S. Development and psychometric properties of the Problematic Internet Use Questionnaire. *S Afr J Psychol* 2005; 35: 793-809. **INTERNET/PIUQ**

Widyanto L., McMurrin M. The psychometric properties of the Internet Addiction Test. *Cyberpsychol Behav* 2004; 7: 443-50. **INTERNET/IAT**

9. KLEPTOMANIA

Grant J.E., Won Kim S., McCabe J.S. A Structured Clinical Interview for Kleptomania (SCI-K): preliminary validity and reliability testing. *Int J Meth Psychiatr Res* 2006; 15: 83-94. **Kleptomania/SCI-K**

10. SEXUALITY, COMPULSIVE

Christo G., Jones S.L., Haylett S., Stephenson G.M., Lefever R.M., Lefever R. The Shorter PROMIS Questionnaire: further validation of a tool for simultaneous assessment of multiple addictive

behaviours. *Addict Behav* 2003; 28: 225-48. **Compulsive sexuality/SPQ-Sex**

Coleman E., Miner M., Ohlerking F., Raymond N. Compulsive Sexual Behavior Inventory: a preliminary study of reliability and validity. *J Sex Marital Ther* 2001; 27: 325-32. **Compulsive sexuality/CSBI**

Gordon-Lamoureux R.J. Exploring the possibility of sexual addiction in men arrested for seeking out prostitutes: a preliminary study. *J Addict Nurs* 2007; 18: 21-9. **Compulsive sexuality/SAST**

Kalichman S.C., Rompa D. Sexual sensation seeking and sexual compulsivity scales: reliability, validity, and predicting HIV risk behaviour. *J Pers Assess* 1995; 65: 586-601. **Compulsive sexuality/SCS**

Kalichman S.C., Rompa D. Sexual sensation seeking and sexual compulsivity scales: reliability, validity, and predicting HIV risk behaviour. *J Pers Assess* 1995; 65: 586-601. **Compulsive sexuality/SSSS**

11. TRICHOTILLOMANIA

Keuthen N.J., O'Sullivan R.L., Ricciardi J.N., Shera D., Savage C.R., Borgmann A.S. *et al.* The Massachusetts General Hospital (MGH) Hairpulling Scale: 1. development and factor analyses. *Psychother Psychosom* 1995; 64: 141-5. **Trichotillomania/MGH HPS**

Stanley M.A., Breckenridge J.K., Snyder A.G., Novy D.M. Clinician-rated measures of hair pulling: a preliminary psychometric evaluation. *J*

Psychopathol Behav Assess 1999; 21: 157-70.

Trichotillomania/YBOCS-TM

Stanley M.A., Breckenridge J.K., Snyder A.G., Novy D.M. Clinician-rated measures of hair pulling: a preliminary psychometric evaluation. *J Psychopathol Behav Assess* 1999; 21: 157-70.

Trichotillomania/PITS

Stanley M.A., Breckenridge J.K., Snyder A.G., Novy D.M. Clinician-rated measures of hair pulling: a preliminary psychometric evaluation. *J Psychopathol Behav Assess* 1999; 21: 157-70.

Trichotillomania/NIMH TSS

Stanley M.A., Breckenridge J.K., Snyder A.G., Novy D.M. Clinician-rated measures of hair pulling: a preliminary psychometric evaluation. *J Psychopathol Behav Assess* 1999; 21: 157-70.

Trichotillomania/NIMH TIS

12. WORKAHOLISM

Buelens M., Poelmans S.A.Y. Enriching the Spence and Robbins' typology of workaholism: demographic, motivational and organizational correlates. *J Organ Change Manage* 2004; 17: 440-58.

Workaholism/SRWE

Christo G., Jones S.L., Haylett S., Stephenson G.M., Lefever R.M., Lefever R. The Shorter PROMIS Questionnaire: further validation of a tool for simultaneous assessment of multiple addictive behaviours. *Addict Behav* 2003; 28: 225-48. **Workaholism/SPQ-W**

Flowers C.P., Robinson B. A structural and discriminant analysis of the Work Addiction Risk Test. *Educ Psychol Meas* 2002; 62: 517-26.

Workaholism/WART

McMillan L.H.W., Brady E.C., O'Driscoll M.P., Marsh N.V. A multifaceted validation study of Spence and Robbins' (1992) Workaholism Battery. *J Occup Organ Psychol* 2002; 75: 357-68.

Workaholism/WORK BAT

REFERENCES

1. Valleur M., Velea D. Les addictions sans drogue(s) [Non-drug addictions]. *La revue Toxibase > les dossiers Thema* 2002; 1-15.
2. Black D.W. Compulsive buying disorder: a review of the evidence. *CNS Spectr* 2007; 12: 124-32.
3. Petry N.M. Should the scope of addictive behaviors be broadened to include pathological gambling? *Addiction* 2006; 101: 152-60.
4. Berglund M., Thelander S., Jonsson E. *Treating Alcohol and Drug Abuse - An Evidence Based Review*. Weinheim, Germany: Wiley-VCH; 2003.
5. Ritter A., Cameron J. A review of the efficacy and effectiveness of harm reduction strategies for alcohol, tobacco and illicit drugs. *Drug Alcohol Rev* 2006; 25: 611-24.
6. Burke B.L., Arkowitz H., Menchola M. The efficacy of motivational interviewing: a meta-analysis of controlled clinical trials. *J Consult Clin Psychol* 2003; 71: 843-61.
7. Dutra L., Stathopoulou G., Basden S.L., Leyrou T.M., Powers M.B., Otto M.W. A meta-analytic review of psychosocial interventions for substance use disorders. *Am J Psychiatry* 2008; 165: 179-87.
8. Lalonde P., Grunberg F., Aubut J. *Psychiatrie clinique : une approche bio-psycho-sociale* [Clinical psychiatry: a bio-psycho-social approach]. Boucherville, Qc: Gaëtan Morin éditeur; 1999-2001
9. Bachrach L.L. Dimensions of disability in the chronic mentally ill. *Hosp Community Psychiatry* 1986; 37: 981-2.
10. Ciarlo J.A., Shern D.L., Tweed D.L., Kirkpatrick L.A., Sachs-Ericsson N. The Colorado Social Health Survey of mental health service needs: sampling, instrumentation, and major findings. *Eval Program Plann* 1992; 15: 133-47.
11. APA. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision* (DSM-IV-TR®). Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc.; 2000.

12. Coton X., Pinto E., Reggers J., Hansenne M., Parent M., Ansseau M. Impact de la personnalité sur l'intensité du syndrome de sevrage alcoolique : une étude préliminaire avec le modèle de Cloninger [Impact of personality on alcohol withdrawal syndrome intensity: a preliminary study with Cloninger's model]. *Encéphale* 2007; 33: 264-9.
13. Cloninger C.R. A unified biosocial theory of personality and its role in the development of anxiety states. *Psychiatr Dev* 1986; 4: 167-226.
14. Zuckerman M., Ball S., Black J. Influences of sensation seeking, gender, risk appraisal, and situational motivation on smoking. *Addict Behav* 1990; 15: 209-20.
15. Noreau L., Desrosiers J., Robichaud L., Fougeyrollas P., Rochette A., Viscogliosi C. Measuring social participation: reliability of the LIFE-H in older adults with disabilities. *Disabil Rehabil* 2004; 26: 346-52.
16. Fougeyrollas P., Noreau L., Bergeron H., Cloutier R., Dion S.A., St-Michel G. Social consequences of long term impairments and disabilities: conceptual approach and assessment of handicap. *Int J Rehabil Res* 1998; 21: 127-42.
17. Beck J.S. *Cognitive Therapy: Basics and Beyond*. The Guilford Press; 1995.
18. Tucker J.A., Roth D.L. Extending the evidence hierarchy to enhance evidence-based practice for substance use disorders. *Addiction* 2006; 101: 918-32.
19. Lubman D.I., Yucel M., Pantelis C. Addiction, a condition of compulsive behaviour? Neuroimaging and neuropsychological evidence of inhibitory dysregulation. *Addiction* 2004; 99: 1491-502.
20. Potenza M.N. Should addictive disorders include non-substance-related conditions? *Addiction* 2006; 101: 142-51.

CHAPITRE 3

Conclusion, Bibliographie du mémoire et Annexes

Conclusion

Au cours de la discussion de l'article, nous avons mis en évidence que ce projet de maîtrise a produit 3 types d'informations originales :

1°- la création d'un répertoire des questionnaires portant sur l'ensemble des conduites addictives,

2°- l'élaboration d'une grille d'analyse validée permettant de standardiser le contenu en items de ces questionnaires afin de,

3°- pouvoir les comparer pour constater une cohésion dans le type de questions posées qui indique une certaine convergence conceptuelle dans la mesure de ces diverses conduites, classiques comme émergentes, qui souligne leur air de famille.

Pour la conclusion, nous discuterons de ce qui nous a poussé à faire cette recherche, le souhait de mieux définir ce qu'est une conduite addictive et sur quelles bases pourrait s'élaborer un questionnaire qui les mesurerait dans leur globalité, c'est la piste initiale qui nous a amené à produire ce mémoire de maîtrise.

Nous avons à l'esprit une analogie tirée de la situation de la démence : le mini-mental (Folstein) est le questionnaire de référence pour le dépistage et le monitoring de la démence. Pourtant, il est mal conçu pour dépister les démences frontales. C'est ce qui arrive avec des instruments tels le Drug Use Disorder Identification Test (DUDIT) ou l'Addiction Severity Index (ASI) qui mesurent les toxicomanies mais pas les addictions sans drogues. On peut penser à la situation suivante : quelqu'un est devenu abstinent de cocaïne mais entre-temps a développé un problème d'achats compulsifs et de cyberdépendance. Dans la définition actuelle du DSM, cette personne ne présente plus de problème de

toxicomanie. Cela nous amène à nous questionner sur ce qui est une addiction et ce qui n'en est pas et à se demander s'il serait pertinent de développer un questionnaire élargissant ce champ aux diverses conduites addictives.

La caractérisation du phénomène de l'addiction se décentre de la substance (on parle de toxicomanie si on se centre sur la substance et d'addiction ou de conduite addictive si on le regarde du point de vue du comportement, du consommateur) depuis qu'on a constaté que la sévérité de la dépendance ne dépendait pas uniquement ou particulièrement des enjeux de tolérance et de sevrage, critères au départ considérés comme indicatifs de sévérité car liés à une dépendance physiologique souvent déterminante à court terme mais qui manque de perspective car la toxicomanie est une problématique tendant à se chroniciser nécessitant de regarder d'autres enjeux thérapeutiques au moins aussi déterminants.

La majorité des personnes présentant un problème au cours de leur vie d'abus de substances vont résoudre leur problème de consommation (Hasin et al, 2007) sans avoir nécessairement recours à une aide spécialisée (Peele & DeGrandpre, 1995). Nombre de toxicomanes vont en cure de désintoxication pour traiter ces aspects de la dépendance et plusieurs en bénéficient, mais d'autres pas. Combien d'usagers complètent leur cure, sortent et rechutent : le retour dans les mêmes conditions sociales y contribue certes, mais nous a poussé à chercher du côté du comportement du consommateur, soit ce qui se passe dans son univers de pensée tant au plan de l'affect, de la représentation que du comportement pour y rechercher d'autres explications qu'on pourrait alors travailler en clinique. Et on retrouve dans cette clientèle réfractaire un nombre beaucoup plus important de troubles psychiatriques concomitants (Hasin et al, 2007). C'est la limite des approches légalistes offrant aux toxicomanes ayant des problèmes judiciaires d'avoir le choix entre la prison et la désintoxication et ce qui a orienté le traitement à plus longue haleine et à plus large spectre vers les approches

motivationnelles et de réduction des méfaits. L'un n'empêchant pas l'autre en principe si on ne les oppose pas à des fins idéologiques.

Cette façon différente d'aborder la situation permet également d'élargir le concept des toxicomanies à celui des addictions sans drogues (Valleur & Velea 2002). Les travaux découlant de la « décennie du cerveau » ont permis de mettre en évidence des assises biologiques à ce qu'on considérait jusqu'alors comme des variables psychologiques, soit la persistance du comportement malgré les conséquences, l'impulsivité, la compulsivité persévérative du comportement, les aspects envahissants et aliénants. Ces phénomènes peuvent en partie s'expliquer par la neuropsychiatrie (Koob & LeMoal 2001), sont reproductibles par un modèle animal (Deroche-Gamonet et al, 2004), et permettent d'établir des ponts éclairant la problématique des troubles concomitants (Goodman 1990; Hasin et al, 2007).

Un des phénomènes troublants à observer en clinique est la persistance du comportement malgré les conséquences. Cet écart devient si troublant que l'on constate souvent l'emploi de mécanismes de défense primitifs tels le déni et le clivage afin de composer avec un niveau de dissonance cognitive aussi important, ce qui devient un obstacle en soi, et devient un objectif de traitement. Quand on parvient à diminuer l'anxiété et que le recours à ces mécanismes peut être levé par les approches motivationnelles, on constate alors l'ampleur de l'écart entre ce qui est dit et fait, entre la cognition et l'action, entre le jugement théorique et le jugement pratique.

Dans une perspective strictement cognitiviste, cela devrait se corriger par l'éducation, par la mise en perspective de cette erreur surtout considérant l'ampleur des conséquences. L'opinion usuelle est d'interpréter cet écart comme étant un signe de manque de motivation, sous-entendant de la mauvaise foi de la part du sujet. C'est cette hypothèse qui est critiquée par Damasio dans « L'erreur de Descartes » (Damasio, 2000). Il reprend entre autres l'histoire célèbre de Phineas Gage, ce travailleur qui suite à un traumatisme orbito-frontal droit s'est

retrouvé avec des mesures intactes du quotient intellectuel et un jugement théorique intact mais s'est mis à faire preuve d'impulsivité, de perte du sens des responsabilités et... de problèmes d'alcool reliées à une perte du jugement pratique. Ce dernier propose une alternative à cette erreur cognitive, qu'il relie à la tendance dans la pensée occidentale à la division corps – esprit, même chez les psychiatres en clinique (Miresco & Kirmayer, 2006) où la santé, assimilée à la vertu est que l'esprit, dans une pensée scientifique dégagée d'animisme devient assimilée à la raison.

La raison poserait les règles que la volonté imprime au corps ainsi dompté et dressé dans son meilleur intérêt. Ceux qui n'y parviennent pas sont alors à risque d'être jugés avoir un défaut moral pour les tenants de la position légale ou considérés comme malades, pour les tenants de la position médicale, c'est-à-dire comme possédant un jugement altéré par un processus pathologique. Avec le danger d'abstraire la personne derrière une étiquette, dans notre cas de toxicomane et de les soigner ou les punir à partir de cette conception que les acquis par les neurosciences permettent d'envisager sous un autre angle permettant de créer des ponts entre ces deux rives.

En effet, il y a négligence d'aspects déterministes qui, sans chercher d'excuses ou de présenter la séquence pathologique de la consommation comme une fatalité, implique un travail de mobilisation de la motivation pour sortir de l'abstraction et revenir au concret, au senti (Damasio, 2002). Ces hypothèses trouvent un terrain empirique dans le jeu pathologique et la toxicomanie (Bechara, 2001).

Ces approches ne cadrent pas avec le modèle linéaire de soins qui souvent tend à déduire le traitement à partir d'une catégorie de symptômes définissant un syndrome à partir duquel on peut poser un diagnostic et qui oriente le thérapeute vers un traitement idéalement curatif, de préférence une pilule qui s'intègre bien dans l'approche corporatiste de chaîne de montage du tayloro-fordisme, plus

récemment rénové dans notre société sous l'appellation de modèle Toyota qui nous sert d'idéal à succès au plan économique et qui cadre bien avec les algorithmes des approches gestionnaires avec le risque de ne pas tenir assez compte de l'unicité et de la participation active et motivée du client. Revenons donc aux enjeux dégagés à partir des questionnaires, centrés sur le client, après tout ils lui sont adressés, pour avancer de manière constructive dans cette discussion.

Le plus petit commun dénominateur des conduites addictives au plan comportemental est le couplage d'une compulsion à une impulsion (Petry 2006). Il est donc cohérent d'avoir retrouvé que des questionnaires proviennent de conduites allant du pôle du trouble de contrôle des impulsions, tels la kleptomanie et le jeu pathologique au spectre obsessionnel-compulsif, par exemple la cyberdépendance ou l'ergomanie. Il existe toutefois des troubles impulsifs comme des troubles compulsifs pour lesquels on n'a pas retracé de questionnaires. On pense au trouble obsessionnel-compulsif et au trouble explosif intermittent. Ce qui nous amène à introduire une troisième caractéristique plus spécifique aux conduites addictives et qui les distingue de ces troubles, soit la recherche de plaisir, qu'on ne retrouve pas par définition dans le trouble obsessionnel-compulsif, le rituel étant absurde et donc pas motivé de façon primaire par le plaisir. Loonis propose d'ailleurs une classification des addictions basée sur l'axe de gestion hédonique (Loonis et al. 2000).

Le plaisir dans l'addiction a toutefois cet effet, comme l'implique le couplage de l'impulsion à une compulsion, d'être instrumentalisé. C'est la solution narcotique, qui, en passant, a la même racine grecque que narcissisme, soit narkos. Le moyen devient ainsi une fin. Boucle confinante à la compulsion de répétition par retournement au même plaisir.

Comme pour tout syndrome psychiatrique, les critères d'irrationalité (par exemple pour distinguer la kleptomanie du vol, plus intéressé et plus facile à expliquer de manière rationnelle), de durée (l'aspect envahissant pour le distinguer d'une phase d'exploration, de la curiosité, et des conduites ordaliques) et de dysfonction (qui occasionne des impacts biopsychosociaux marqués et nuisibles pour la personne) demeurent pertinents pour ne pas confondre les conduites addictives avec respectivement le psychologisme, une phase exploratoire ou la trivialité du plaisir que provoque par exemple le chocolat.

Pour les populations aux prises avec des situations de troubles concomitants, une source d'ambiguïté est de mesurer l'impact des substances sur la santé mentale. De plus, les difficultés retrouvées d'impulsivité, de compulsivité et d'anhédonie induites par les pathologies psychiatriques rendent vulnérables à ces facteurs augmentant le risque de développer une addiction et ont des trajets neuropsychiatriques communs (Kalivas & Volkow, 2005). Sont mis en commun le senti, exprimé par du craving par l'implication du gyrus cingulaire antérieur, de la compulsion par des indices (cues) s'apparentant au trouble obsessionnel compulsif par l'activation du lobe orbitofrontal droit. La cognition relevant de la région dorsolatérale gauche est l'autre pilier de ce trio décisionnel de la pensée qui est en quelque sorte l'intégration réussie du senti, de la cognition et de l'action.

Les substances peuvent mimer, exacerber, induire et parfois même causer des syndromes psychiatriques. Pour s'y retrouver, nous avons regroupé les substances, les pathologies psychiatriques et les personnalités en trios phénoménologiques. Il s'agit d'un guide d'orientation, ce n'est pas un dogme (Cloutier, 2007).

-Dépresseurs du système nerveux central, personnalité du groupe C, syndrome anxio-dépressif. L'évitement du déplaisir

En général, les dépresseurs du système nerveux central (alcool, benzodiazépine, opiacé, solvant) lorsque pris à dose pharmacologique, ont un effet dépresseur sur le système nerveux central et sur l'humeur. Quant on les diminue, l'anxiété se met alors de la partie. Il s'établit alors un système de feedback négatif qui fait que la personne oscille continuellement entre l'anxiété et la dépression et éprouvera l'impression de s'auto-traiter. Ce phénomène donne à ces échanges relationnels une apparence d'évitement du déplaisir qui fait ressembler à des personnalités du type groupe C.

-Stimulants du système nerveux central, personnalité du groupe B et syndrome maniaque et dépressif. La recherche de sensations fortes.

Les gens qui prennent des psychostimulants (cocaïne, amphétamine) prennent des substances qui déstabilisent de façon plus subite l'affect. En période d'intoxication, elles peuvent donner un tableau s'apparentant à un épisode maniaque et au moment de l'arrêt de ces substances donne un tableau dépressif intense. Cette intensité, qui fait rechercher des sensations fortes, crée un style de vie porté aux extrêmes, qui amène les gens dans des états limites ressemblant à un trouble de la personnalité de type groupe B. On est dans un système à feedback positif jusqu'à un point de rupture avec ses conséquences affectives et relationnelles.

-Perturbateurs du système nerveux central, personnalité du groupe A et symptômes apathie-désorganisation à phénoménologie psychotique.

Dans le troisième regroupement, on retrouve les perturbateurs où, au lieu d'être dans une symptomatologie anxiodépressive ou maniaco-dépressive, on se retrouve dans une polarité apathie - désorganisation. Cela s'adresse plus particulièrement aux gens vulnérables à la psychose, par exemple par exposition au cannabis, qui oscillent entre des cycles d'apathie et de désorganisation. Cela s'apparente par la tendance à la schizotypalité au groupe A de la personnalité

(schizotypal, schizoïde, paranoïaque). On sait que le PCP peut mimer une schizophrénie. Évidemment ces catégories ne seront pas rigides, la cocaïne peut induire de la psychose et donner ce tableau d'alternance apathie-désorganisation de même que les amphétamines, particulièrement le crystal Meth.

On peut ainsi cataloguer les conduites autour de l'axe constitutif de l'impulsion-compulsion; le plaisir, soit son absence puis sa recherche opérationnalisée étant le déclencheur de ce cycle fondamental pour toutes les conduites. On distinguerait ainsi les conduites par leur effet désinhibiteur sur un style de vie rigide, les amenant à osciller dans un système où la conduite addictive a un effet de feedback négatif alors que les amateurs de sensations fortes vont davantage se retrouver dans un système à feedback positif. Le feedback, ou rétroaction est un concept utilisé en approche systémique et nous enseigne que l'effet d'une action peut avoir deux grands types de rétroaction : dans le cas du feedback négatif, c'est comme dans l'exemple du thermostat : les variations de température sont ramenées à un point d'équilibre. Dans les conduites à feedback positif, au lieu de ramener à un point d'équilibre, le feedback stimule d'aller de l'avant, comme on l'observe dans le jeu pathologique et la sexualité. La problématisation des perturbateurs s'explique davantage par une vulnérabilité en lien avec une condition psychiatrique. En ce sens, on peut questionner le potentiel toxicomanogène du LSD. Il n'est donc pas surprenant qu'on n'a pas trouvé de questionnaire portant spécifiquement sur les hallucinogènes tels le LSD. Ce qui ne veut pas dire que la substance n'est pas nuisible, juste qu'elle n'est peut-être pas à grand potentiel addictif, ce qui n'est pas le cas des hallucinogènes stimulants tels l'exstasie.

On peut ainsi regrouper, comme c'est fait au tableau I, les conduites selon leur tendance à générer du feedback positif ou négatif, la porte d'entrée dans ce pattern se faisant préférentiellement par une vulnérabilité à l'impulsion ou à la compulsion (Lubman et al. 2004).

TABLEAU I- POLARISATION DES CONDUITES ADDICTIVES RÉPERTORIÉES AUTOUR DE 2 AXES.

	Feedback négatif	Feedback positif
Conduites	Achats compulsifs	Boulimie
	Collectionisme	Jeu pathologique
	Cyberdépendance	Kleptomanie
	Ergomanie	Paraphilies
	Exercice compulsif	Pyromanie
	Toilettage excessif	Sexualité compulsive
	Trichotillomanie	Trouble explosif intermittent
Substances	Alcool	Amphétamines
	Benzodiazépines	Cocaïne
	Caféine	
	Nicotine	
	Opiacés	
	Solvants	

On pourrait davantage tenir compte de cette complexité et variété de l'addiction dans le DSM V. Il semble discordant que le jeu pathologique ne soit pas classifié comme une addiction alors que le LSD en ferait partie malgré son faible potentiel toxicomanogène. Ces frontières auront toujours un élément arbitraire. Par exemple, dans le DSM IV, les manifestations somatiques se retrouvent dans le trouble délirant somatique, l'anxiété généralisée et le trouble somatoforme indifférencié, donc dans 3 chapitres distincts alors que dans les faits, ils se chevauchent tant au plan conceptuel que clinique. Par ailleurs, la littérature a montré un croisement entre les conduites addictives chez les mêmes individus,

en particulier entre le jeu et l'abus de substances (Potenza 2006; Black & Moyer 1998).

Nous terminerons avec la question de la constitution d'un questionnaire portant sur l'ensemble des conduites addictives. Tout d'abord, le recueil de l'ensemble des questionnaires portant sur ce thème a permis de constituer une banque de données sur le sujet. Cela implique bien sûr que les questionnaires ont diverses fonctions : dépistage, diagnostic, suivi, mesure de l'impact. Toutefois, on constate que les mêmes questions reviennent de façon pertinente. On a pu les répertorier, les standardiser et les comparer au moyen de notre grille validée. Cette grille a des assises conceptuelles qui reflètent les choix sous-jacents des cliniciens lors de la formulation des questions posées. Notons que la grille a permis de coter l'ensemble des questions pertinentes au champ des conduites addictives tel que présentement mis en questions mais également de mettre en perspective que certains items sont moins explorés et gagneraient à l'être davantage en passant du concept de toxicomanie à celui d'addiction.

Revenons aux pôles que nous nous étions entendus de couvrir :

-Internalisé/externalisé : On constate que les deux sont représentés, avec une prédominance de la dimension émotive pour l'internalisation et du comportement et de ses conséquences psychosociales pour l'externalisation. Les dimensions cognitives, dont la pertinence a pourtant été bien démontrée en général en thérapie (Liese & Beck 1997) et en particulier pour le jeu (Ladouceur et al, 2001), restent peu élaborées et ce sera sans doute un élément dont il faudra à l'avenir davantage tenir compte. De même, l'effet de ces comportements en partie induits par la conduite sur la question identitaire reste à mieux explorer dans les futurs questionnaires, cet enjeu étant souvent un indice de marginalisation et donc de pronostic. La question de la tendance à l'impulsion, par l'appétit insatiable (craving), l'indigage (cues) est déjà davantage prise en compte.

-Diagnostic – détresse – dysfonction : On constate que ces trois items sont bien représentés. Toutefois, la dimension diagnostic est davantage élaborée et mieux définie dans les questionnaires. C'est pertinent certes sur le plan clinique mais cela reflète aussi le pouvoir d'attraction conceptuel qu'exerce le DSM.

-Bio-psycho-social : Les enjeux biologiques sont bien documentés dans la littérature mais peu articulés dans les items des questionnaires. C'est pourquoi nous avons trouvé important de proposer les aspects du tempérament, qui, d'après Cloninger et Zuckerman, relèvent davantage de l'inné que de l'acquis. Cela permettrait d'établir un pont entre l'activation et la cognition.

-Finalement, il peut y avoir convergence déterminante entre la détresse, le diagnostic et la dysfonction sociale. Toutefois, certains patients ont une lourdeur diagnostique, un niveau de détresse élevée et pourtant, s'en sortent. D'où l'importance de mieux explorer le processus de production du handicap en mettant davantage en valeur les aptitudes, l'environnement, le souci des habitudes souvent sous l'emprise de la conduite et aussi des séquelles encourues dont il faut tenir compte dans le rétablissement.

Nous avons ainsi mis sur en évidence les éléments pertinents nous permettant d'aller de l'avant dans la construction d'un questionnaire englobant ou complémentaire à ceux déjà existants pour y inclure les addictions sans drogues et élaboré les bases conceptuelles pour que les questions posées couvrent le phénomène de l'addiction dans une globalité dont ne tient pas toujours compte le

concept de toxicomanie et qui sera à arrimer avec les pratiques basées sur les données probantes (Tucker et Roth 2006).

BIBLIOGRAPHIE DU MÉMOIRE

Ahmed, S.H. (2004). Addiction as Compulsive Reward Prediction, *Science*, 306(5703), 1901-1902.

APA. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR®)*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

Bachrach, L. L. (1986). Dimensions of Disability in the Chronic Mentally Ill, *Hospital & Community Psychiatry*, 37, 981-982.

Bechara, A. (2001). Neurobiology of decision-making: risk and reward. *Seminars in clinical neuropsychiatry*, 6(3):205-216.

Beck, A.T., Wright, F.D., Newman, C.F., & Liese, B.S. (2001). *Cognitive Therapy of Substance Abuse*. New York: Guilford Press.

Beck, J. S. (1995). *Cognitive Therapy: Basics and Beyond*. New York: Guilford Press.

Belin, D, Mar, A.C, Dalley, J.W, Robbins, T.W, & Everitt, B.J. (2008). High Impulsivity Predicts the Risk to Compulsive Cocaine-Taking. *Science*, 320(5881), 1352-5.

Berglund, M., Thelander, S. & Jonsson, E. (2003). *Treating Alcohol and Drug Abuse - an Evidence Based Review*. Weinheim: Cambridge/Wiley-VCH.

Black, D. W. (2007). Compulsive Buying Disorder: a Review of the Evidence, *CNS Spectrums*, 12(2), 124-32.

- Black, D.W. & Moyer, T. (1998). Clinical Features and Psychiatric Comorbidity of Subjects with Pathological Gambling Behavior. *Psychiatric Service*, 49(11), 1434-9.
- Bradley K.A, Boyd-Wickizer J, Powell SH, & Burman ML. (1998). Alcohol Screening Questionnaires in Women: a Critical Review. *JAMA*. 280(22), 166-71.
- Burns, K. & Bechara, A. (2007). Decision Making and Free Will: a Neuroscience Perspective, *Behavioral sciences & the law*, 25(2), 263-80.
- Burke B.L., Arkowitz H., Menchola M. (2003). The efficacy of motivational interviewing: a meta-analysis of controlled clinical trials. *J Consult Clin Psychol*, 71, 843-61.
- Centre de toxicomanie et de santé mentale. (2002) *Meilleures pratiques: troubles concomitants de santé mentale et d'alcoolisme et de toxicomanie*. Ottawa : Santé Canada. Consulté le 26 août 2008, tiré de http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/pubs/adp-apd/bp_disorder-mp_concomitants/index-fra.php.
- Chambers, R. A., Bickel, W. K. & Potenza, M. N. (2007). A Scale-Free Systems Theory of Motivation and Addiction. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 31(7), 1017-45.
- Ciarlo, J. A., Shern, D. L., Tweed, D. L., Kirkpatrick, L. A. & Sachs-Ericsson, N. (1992). II. The Colorado Social Health Survey of Mental Health Service Needs: Sampling, Instrumentation, and Major Findings, *Evaluation and Program Planning*, 15(2), 133-47.

- Clark, M.R. & Treisman, G.J. (eds). Neurobiology of Pain. Clark M.R. & Treisman G.J. (2004). Pain and Depression. An interdisciplinary approach, *Adv Psychosom Med*, Basel, Karger, 25, 78-88
- Cloninger, C. R. (1986). A Unified Biosocial Theory of Personality and its Role in the Development of Anxiety States, *Psychiatric Developments*, 4(3), 167-226.
- Cloutier, R. (2007) Troubles de la personnalité et conduites addictives : une approche intégrée. In R. Labrosse & C. Leclerc, *Trouble de la personnalité limite et réadaptation. Point de vue de différents acteurs. Tome 1.* (Chapitre 8, pp.8.01-8.23). Montréal, Éditions Ressources.
- Coton, X. et al. (2007). [Impact of personality on the alcohol withdrawal syndrome intensity: a preliminary study with the cloninger's model]. *Encephale*, 33(3 Pt 1), 264-269.
- Cronbach, L.J. (1951). Coefficient Alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16, 297-334.
- Damasio, A.R. (2000). L'erreur de Descartes. Paris, Éditions Odile Jacob.
- Damasio, A.R. (2002). Le sentiment même d'être soi. Paris, Éditions Odile Jacob.
- Denning, P. (2004). Practicing Harm Reduction Psychotherapy: An Alternative Approach to Addictions. New York, Guilford Press.
- Deroche-Gamonet, V., Belin, D. & Piazza, P. V. (2004). Evidence for Addiction-Like Behavior in the Rat. *Science*, 305(5686), 1014-17.

- Dumais, A. et al. (2005). Risk Factors for Suicide Completion in Major Depression: a Case-Control Study of Impulsive and Aggressive Behaviors in Men. *American Journal of Psychiatry*, 162, 2116-24.
- Dutra L., Stathopoulou G., Basden S.L., Leyrou T.M., Powers M.B., Otto M.W. (2008). A meta-analytic review of psychosocial interventions for substance use disorders. *Am J Psychiatry*, 165, 179-87.
- Engel, G.L. (1977). The Need for a New Medical Model: a Challenge for Biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-36.
- Fosburg, L. B. & Dennis, D. L. (Éditeurs). (1999). National Symposium on Homelessness Research, (1998 : Arlington, Va.) *Practical lessons : the 1998 National Symposium on Homelessness Research* . [Washington, D.C.] : The Depts.
- Fougeyrollas, P. et al. (1998). Social Consequences of Long Term Impairments and Disabilities: Conceptual Approach and Assessment of Handicap. *International Journal of Rehabilitation Research*, 21(2), 127-142.
- Goodman A. (1990). Addiction: Definition and Implications. *British Journal of Addiction*, 85(11), 1403-08.
- Grant, B. F. et al. (2004). Co-Occurrence of 12-Month Alcohol and Drug use Disorders and Personality Disorders in the United States: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry*, 61(4), 361-8.
- Grinols, E. L. (2004). Gambling in America. Costs and benefits. New York, Cambridge University Press.

- Hasin, D. S., Stinson, F. S., Ogburn, E. & Grant, B. F. (2007). Prevalence, Correlates, Disability, and Comorbidity of DSM-IV Alcohol Abuse and Dependence in the United States: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry*, 64(7), 830-42.
- Kalivas, P. W. & Volkow, N. D. (2005). The Neural Basis of Addiction: a Pathology of Motivation and Choice. *American Journal of Psychiatry*, 162(8), 1403-13.
- Koob, G. F. & Le Moal, M. (2001). Drug Addiction, Dysregulation of Reward, and Allostasis. *Neuropsychopharmacology*, 24(2), 97-129.
- Ladouceur, R. et al (2001). Cognitive Treatment of Pathological Gambling. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 189(11), 774-80.
- Lalonde, P., Grunberg, F. & Aubut, J. (1999-2001). *Psychiatrie clinique : une approche bio-psycho-sociale*. Boucherville, (QC), Gaëtan Morin.
- Leccese M. & Waldron H.B. (1994). Assessing Adolescent Substance Use: a Critique of Current Measurement Instruments. *J Subst Abuse Treat.* 11(6), 553-63.
- Liese, B.S. & Beck, A.T. (1997). Back to Basics : Fundamental Cognitive Skills for Keeping Drug-Dependent Individuals in Treatment. *NIDA Research Monograph*, 165, 207-232.
- Loonis, E., Apter, M.J. & Sztulman, H. (2000). Addiction as a Function of Action System Properties. *Addictive behaviour*, 25(3), 477-481(5).

- Lowenstein, W. (2005). *Ces dépendances qui nous gouvernent : Comment s'en libérer?* Paris: Calmann-Levy.
- Lubman, D. I., Yucel, M. & Pantelis, C. (2004). Addiction, a Condition of Compulsive Behaviour? Neuroimaging and Neuropsychological Evidence of Inhibitory Dysregulation. *Addiction*, 99(12), 1491-1502.
- Lynch, T. R., Trost, W. T., Salsman, N. & Linehan, M. M. (2007). Dialectical Behavior Therapy for Borderline Personality Disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 181-205.
- Miller, G. (2008). Psychopharmacology: Tackling Alcoholism with Drugs. *Science*, 320(5873), 168-170.
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (2002). *Motivational Interviewing, Second Edition: Preparing People for Change*. New York: Guilford Press.
- Miresco, M.J. & Kirmayer, L. J. (2006). The persistence of mind-brain dualism in psychiatric reasoning about clinical scenarios. *Am J Psychiatry*. 163(5), 913-918.
- Mueser, K.T., Noordsy, D.L., Drake, R.E. & Fox, L. (2003) *Integrated Treatment for Dual Diagnosis: A Guide to Effective Practice*. New York: Guilford Press.
- Noreau, L. et al. (2004). Measuring Social Participation: Reliability of the LIFE-H in Older Adults with Disabilities, *Disability and Rehabilitation*, 26(6), 346-52.

- O'Connell, H. et al. (2004). A Systematic Review of the Utility of Self-Report Alcohol Screening Instruments in the Elderly. *Int J Geriatr Psychiatry*, 19(11), 1074–86.
- Peele, S. & DeGrandpre, R. (1995). My Genes Made Me Do It, *Psychology Today*, 28(4), 50-53, 62, 64, 67-68.
- Petry, N. M. (2006). Should the Scope of Addictive Behaviors be Broadened to Include Pathological Gambling ?, *Addiction*, 101(Suppl 1), 152-60.
- Pfaus, J.G. et al. (1990). Sexual Behavior Enhances Central Dopamine Transmission In The Male Rat. *Brain Res.* , 530(2), 345-8.
- Piper, M.E., McCarthy, D.E. & Baker, T. B. (2006). Assessing Tobacco Dependence: A Guide to Measure Evaluation and Selection. *Nicotine & Tobacco Research*, 8(3), 339–351.
- Potenza, M.N. (2006). Should Addictive Disorders Include Non-Substance-Related Conditions?, *Addiction*, 101(Suppl 1), 142-151.
- Potgieter A.S, Deckers F. & Geerlings P. (1999). Craving and Relapse Measurement in Alcoholism. *Alcohol Alcohol*. 34(2), 254-60.
- Regier, D.A. et al. (1990). Comorbidity of Mental Disorders with Alcohol and Other Drug Abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study, *JAMA*, 264(19), 2511-8.
- Rehm, J, et al. (2006). Les coûts de l'abus de substances au Canada 2002. Points saillants. Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT) téléchargé à www.cclat.ca.

- Ritter A., Cameron J. (2006). A review of the efficacy and effectiveness of harm reduction strategies for alcohol, tobacco and illicit drugs. *Drug Alcohol Rev*, 25, 611-24.
- Sansone, R.A. & Sansone, L.A. (2002). Assessment Tools for Self-Harm Behavior Among Those with Eating Disorders. *Eating Disorders*, 10(3), 193–203.
- Stahl, S.M. (2008). *Stahl's Essential Psychopharmacology*, 3rd Edition, Cambridge University Press.
- Tucker, J.A. & Roth, D.L. (2006). Extending the Evidence Hierarchy to Enhance Evidence-Based Practice for Substance Use Disorders, *Addiction*, 101(9), 918-32.
- Ulman, R.B. & Paul, H. (2006). *The Self Psychology of Addiction and Its Treatment: Narcissus in Wonderland*. New York: Routledge.
- Valleur, M. & Velea, D. (2002). Les addictions sans drogue(s). *Revue Toxibase*, 6, 1-13.
- Van den Bosch, L.M. & Verheul, M.R. (2007). Patients with Addiction and Personality Disorder : Treatment Outcomes and Clinical Implications. *Current Opinion in Psychiatry*, 20(1), 67-71.
- Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Hennen, J., Reich, D.B. & Silk, K.R. (2004). Axis I comorbidity in Patients with Borderline Personality Disorder: 6-Year Follow-Up and Prediction of Time to Remission, *American Journal of Psychiatry*, 161(11), 2108-14.

Zuckerman, M., Ball, S. & Black, J. (1990). Influences of Sensation Seeking, Gender, Risk Appraisal, and Situational Motivation on Smoking, *Addictive Behaviors*, 15(3), 209-20.

Grille de validation no 2

Catégories	DSM IV TR						Tempérament				Handicap				Cognitions				Par questionnaire	Par paramètre			
	Contrôle	Abus	Persévérance	Tolérance	Envahissement	Exclusion	Sevrage	Sensation Nouveauté	Evitement	Recompense	Persistance	Organicité	Aptitude	Environnement	Habitudes	Cognitions	Relations	Impulsion			Self	Émotion	
AUDIT	4	1,2,3,8				5	6					9					10			7	8 sur 10	7 sur 7	
AUDIT	4	1,2,3				5	6					8					10,9			7			
FTND	2	4	6																		6 sur 6	4 sur 4	
FTND	2	4	6																				
SCS	5,7,8		2		3,6	4											10,1	9			9 sur 10	5 sur 7	
SCS	5,7,8	9	2		3,6	4											10,1						
EAI				4,6	1															2	3	6 sur 6	5 sur 5
EAI				4,6	1															2	3		
BDSRQ	10	7,4,15,14	6		1,1,1,2		1,16,17,18,19,20										3,8,9		13	2,5		15 sur 20	6 sur 11
BDSRQ		4,15		6	1,1,1,2		1,7,16,17,18,20								10	3,8,9	14	13	2,5				
CSSA		7,12,13,14,18					1,2,3,6,8,9,10,11,15,16,17											4,5,19,20				16 sur 20	3 sur 4
CSSA		7,12,13,18,2					1,2,3,6,8,9,10,11,15,16,17				14							4,5,19,20,3,17					
ACQ		11,12,13,26,40,41,50				1,3,20,38,39,43,47,48,49	16,18,19,21					14,23,54		28,33			2,4,7,8,9,10,24,29,30,31,32,34,35,36,44,45,51,52,53		5,6,17		15,22,25,27,37,46	41 sur 50	8 sur 10
ACQ		1,26,41,50	5,6,11		4	3,20,38,39,43,47,48,49	16,18,19,21				12,13,14,23,54		28,33			2,4,7,9,10,24,29,30,31,32,34,35,36,44,45,51,52,53		17		8,15,22,25,27,37,46			
CAGE		1																		2	3	4 sur 4	4 sur 4
CAGE		1																		2	3		
MAST	4,7,8,20		2			16	17,19				18,21						3,6,10,11,12,13,14,15,24		1,9	5,2,2,3,5	21 sur 25	8 sur 10	
MAST	4,7,8					16	17,19			20	2,18,21		9				3,6,10,11,12,13,14,15,24		1	5,2,2,3			

Grille de validation no 3

M puis C	Contrôle	Abus	Persévérance	Tolérance	Envahissement	Exclusion	Sevrage	Questionnaire SS	NS	HA	RD	P	Organicité	Aptitude	Environnement	Habitudes	Cognitions	Relations	Impulsion	Self	Émotions	Par question	Par paramètre
CSCB (CBS)	4		1,3,5				6											2			7	7 sur 7	6 sur 6
CSCB (CBS)	4		1;3;5				6											2			7		
EDS R	10;11;12	16;17;18;19;20;21	7;8;9	1,2,3	14	13,15	4,5,6															17 sur 21	7 sur 7
EDS R	10;11;12	19;20;21	7;8;9	1;2;3	16;17;18	13;14;15	4;5;6																
PIUQ	15	1,9	12,13,19	2	5	17,16,4	3						11					10,18	8,7	6	20,14	15 sur 20	12 sur 14
PIUQ	15	1	12;13;19	2	5;8;9		3		4;7;16	20			11					10	7;8	6;18	14		
NODS	4,6;7	10	17	3	1,2		5											13,14,15,16		11,1	8,9	16 sur 17	8 sur 9
NODS	4;6;7	10	3	1,2			5											13;14;15;16;17		11;12	8;9		
ASSIST	7	1,2, 8	4															5,6	3			5 sur 8	5 sur 8
ASSIST	7	1	4	2		5						8						6	3				
SOCRATES	13	14	1,3,5,6											7,8,9,10,11						2,4,12		14 sur 14	5 sur 5
SOCRATES	13	14	1;3;5;6;											7;8;9;10;11						2;4;12			
FAST		1											2					3,4				3 sur 4	3 sur 4
FAST		1											2					4					
MSI-X	2	1,9,14,16,27,30		22		4,10,18,20,23,26,	15,17						13,29	12,24,				3,6,7,8,11,19,25,		21	5,28,31	25 sur 31	10 sur 12
MSI-X	2	14		22	16	4;10;20;23;26	15;17;27	9					1;13;29;30	12,24				3;6;7;8;11;18;19;25;		21	5;28;31		
ASE								7,8,9			1,2,3										10,11,12,13	13 sur 13	4 sur 4
ASE								7,8;9			1;2;3										10;11;12;13		
CRAFFT		3,4	5															1,6			2	4 sur 6	3 sur 6
CRAFFT			5		4								3					1,6			2		
																						119 sur 141	63 sur 75
																						84%	84%

