



Consommation de psychotropes et  
jeux de hasard chez les jeunes :  
prévalence, coexistence et conséquences

**CPLT**

Dépôt légal:  
ISBN: 2-550-33368-3  
Bibliothèque nationale du Canada  
Bibliothèque nationale du Québec  
Troisième trimestre 1998

Dans le présent document, le masculin est utilisé sans aucune discrimination et uniquement dans le but d'alléger le texte.

**Consommation de psychotropes et jeux  
de hasard chez les jeunes: prévalence,  
coexistence et conséquences**

par

Robert Ladouceur, Ph. D.

Frank Vitaro, Ph. D.

Louise Arsénault, Ph. D.

Comité permanent de lutte à la toxicomanie

Juillet 1998

## ***NOTES SUR LES AUTEURS***

**Robert Ladouceur, Ph.D.**, est professeur titulaire à l'École de psychologie de l'Université Laval. Il dirige le Centre Québécois d'Excellence pour la Prévention et le Traitement du Jeu. Il étudie la psychologie des jeux de hasard et d'argent depuis 15 ans. Il a plus d'une centaine de publications et communications scientifiques sur le sujet. Ses travaux ont démontré le rôle crucial des perceptions erronées dans le développement et le traitement du jeu pathologique.

**Frank Vitaro, Ph.D.**, est professeur titulaire à l'École de Psychoéducation de l'Université de Montréal. Il est également chercheur senior au Groupe de recherche sur l'inadaptation psycho-sociale chez l'enfant et au centre de recherche Fernand-Seguin. Ses travaux de recherche portent sur la prédiction, l'explication et la prévention des problèmes de comportements chez l'enfant, en particulier les problèmes de violence, d'abus de substances psychotropes et de jeux de hasard.

**Louise Arseneault, Ph.D.**, est chercheuse post-doctorale à l'*Institute of psychiatry de Londres*. Elle s'intéresse particulièrement au développement et à la prédiction des comportements agressifs. Ses travaux de recherche portent également sur les liens entre les comportements désinhibés et les comportements antisociaux.

## TABLE DES MATIÈRES

Remerciements.....	i
Avant-propos.....	ii
Introduction.....	1
1. Dans l'ensemble de la population.....	2
1.1 Définition et prévalence du jeu pathologique.....	2
1.2 Définition et prévalence de la toxicomanie/alcoolisme.....	4
1.3 Similitudes entre les critères diagnostiques du jeu pathologique et ceux de la toxicomanie.....	6
1.4 Prévalence de la double problématique.....	8
1.5 Caractéristiques différentielles des personnes présentant une double problématique.....	10
1.6 Critiques méthodologiques des études précédentes.....	11
1.7 Conclusions.....	13
2. Plus spécifiquement chez les jeunes.....	14
2.1 Toxicomanie et jeu pathologique chez les jeunes.....	14
2.2 Définitions et mesures du jeu pathologique et de la toxicomanie chez les jeunes.....	14
2.3 Prévalence du jeu pathologique chez les jeunes québécois.....	16
2.4 Prévalence de la consommation abusive de psychotropes chez les jeunes québécois.....	17
2.5 Prévalence de la double problématique.....	18
2.6 Facteurs prédisposant à une double problématique et modèles étiologiques-explicatifs.....	19
2.7 Liens avec d'autres problèmes d'adaptation et conséquences associées à la double problématique.....	20
2.8 Conclusions.....	21
Conclusions et recommandations.....	21
Références bibliographiques.....	25

## ***REMERCIEMENTS***

Les auteurs remercient Béatrice Beaucage d'avoir mis à leur disposition le document de travail préparé à l'intention des membres du Comité permanent de lutte à la toxicomanie (CPLT) et intitulé "La comorbidité jeu pathologique et toxicomanie". Ce texte a servi de tremplin pour documenter le présent rapport. Nous soulignons également la contribution de Line Ares et Muriel Rorive, du Groupe de recherche sur l'inadaptation psycho-sociale chez l'enfant, à l'achèvement de la rédaction de ce rapport.

## *AVANT-PROPOS*

Le mandat du Comité permanent de lutte à la toxicomanie est principalement de conseiller le ministre de la Santé et des Services sociaux sur les grandes orientations qui devraient être retenues en matière de lutte à la toxicomanie et de lui proposer les priorités d'action ou les domaines d'intervention à privilégier. Pour mener à bien son mandat, le Comité scrute l'évolution des déterminants et des méfaits de la toxicomanie au Québec. Ses préoccupations portent autant sur les problèmes liés à l'usage et à l'abus de psychotropes que sur les actions à entreprendre pour trouver des solutions à ces problèmes. Le Comité permanent s'intéresse à la fois aux données issues de la recherche, aux opinions des intervenants et des experts des divers milieux concernés et à celles de la population de l'ensemble du Québec.

Dans le cadre de ce mandat, le Comité procède donc régulièrement à des travaux visant à mieux comprendre et à mieux clarifier les liens qui existent entre la toxicomanie et certaines autres problématiques. Or, l'une des préoccupations en émergence actuellement au Québec porte sur les liens entre la consommation de psychotropes et la problématique du jeu. De plus, l'inquiétude s'accroît particulièrement lorsque ces problèmes font leur apparition de façon très précoce et qu'elles touchent un nombre significatif de jeunes.

En commandant un rapport sur le sujet, le Comité permanent de lutte à la toxicomanie (CPLT) a voulu établir les bases de la réflexion qui doit être menée et enclencher un processus qui devrait éventuellement permettre de guider les actions.

## ***INTRODUCTION***

La toxicomanie et le jeu pathologique constituent des problèmes de santé mentale reconnus par l'Association américaine de psychiatrie (American Psychiatric Association, 1994). Jacobs (Jacobs, 1986; Jacobs, Marston, & Singer, 1985) considère ces deux pathologies comme des dépendances présentant plusieurs similitudes: l'état psychologique de dépendance qu'elles engendrent de même que les facteurs de risque et les trajectoires de développement qui leur sont associés. L'analyse de Sylvain, Boivin et Bergeron (en préparation) s'inscrit dans cette ligne de pensée en montrant que la toxicomanie et le jeu pathologique partagent des critères diagnostiques semblables et, possiblement, certains facteurs étiologiques. Cependant, Levinson, Gerstein et Maloff (1983) avaient déjà signalé au début des années 80 que les données empiriques étaient insuffisantes pour soutenir un tel point de vue. Comme nous le discuterons dans ce texte, la situation a peu évolué depuis. Par ailleurs, un grand nombre d'études se sont penchées sur les facteurs associés à chaque problématique ainsi que sur les conséquences qu'elles engendrent respectivement chez les individus et les membres de leur entourage. Toutefois, très peu d'études ont abordé la coexistence entre la toxicomanie et le jeu pathologique. Une telle pénurie peut étonner compte tenu des similitudes facilement observables entre ces deux comportements et de leur éventuelle cohabitation.

Ce texte a pour but d'examiner la coexistence du jeu pathologique et de la toxicomanie à partir des travaux de recherche récents. Dans un premier temps, nous déterminerons la nature et l'étendue de la relation entre la toxicomanie et le jeu pathologique dans la population générale et auprès d'adultes en traitement. Nous préciserons les limites de ces études pour l'analyse des modèles de développement d'une double problématique (c'est-à-dire la présence simultanée de problèmes de jeu et de toxicomanie). Suivra une recension des écrits concernant les jeunes; nous verrons alors la nécessité d'explorer plus à fond la coexistence des deux problèmes à cette période de la vie. Il est utile de préciser que plusieurs résultats proviennent de banques de données recueillies au Québec. Toutefois, la majorité des recherches recensées sont d'origine américaine et, occasionnellement, canadienne ou britannique. Enfin, nous formulerons quelques recommandations visant à améliorer nos connaissances sur le sujet et à mieux orienter les efforts de prévention ou d'intervention auprès des jeunes.



# 1. *Dans l'ensemble de la population*

## 1.1 Définition et prévalence du jeu pathologique

Le jeu de hasard et d'argent est une activité dont l'issue, qui repose principalement ou totalement sur le hasard, implique au préalable une mise irréversible d'argent ou celle d'un objet de valeur (Ladouceur & Walker, 1996). Dans plusieurs pays industrialisés, le jeu représente une activité de nature récréative (et fort lucrative pour les gouvernements) très répandue. Par exemple, au Québec, 63% des adultes rapportent avoir joué au cours de la dernière année (Ladouceur, Jacques, Ferland, & Giroux, soumis) alors qu'à New York, environ 90% de la population adulte s'est déjà adonnée à une pratique semblable au moins une fois (Volberg, 1998). Bien que très populaire, le jeu peut devenir une source de problèmes affectant l'individu qui manifeste une incapacité progressive et chronique à résister à son désir de jouer. Quatre caractéristiques principales se rapportent au jeu pathologique: la progression, l'intolérance face à une perte monétaire, la préoccupation et le manque de considération par rapport aux conséquences négatives (Rosenthal, 1989). La progression survient lorsque le joueur justifie sa persévérance et l'augmentation de ses mises par une perte ou un gain monétaire subi au jeu; l'individu cherche à regagner ce qu'il a perdu ou tient à poursuivre tandis que la chance lui sourit. Pour ce qui est de l'intolérance, elle représente le fait de ne pas accepter une issue négative, ce qui pousse l'individu à vouloir récupérer sa mise à tout prix; il continue donc à jouer et... à perdre. Pareille attitude l'amène inévitablement à faire des emprunts ou à commettre des actes criminels en dépit des effets indésirables sur sa vie et celle des autres. Cet aspect reflète le manque de considération par rapport aux conséquences des gestes posés pour satisfaire le besoin de jouer. Finalement, la préoccupation met en relief le fait que les pensées de l'individu gravitent autour du jeu, même lorsqu'il ne s'y adonne pas.

Deux approches sont utilisées pour définir et mesurer le jeu pathologique. La première renvoie au système de classification de l'Association américaine de psychiatrie (APA, 1994), qui range ce problème parmi "les troubles du contrôle des impulsions non classés ailleurs". Les critères pour établir la présence d'une pathologie associée au jeu sont décrits dans le DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders, Fourth Edition*, APA, 1994). Les manifestations les plus significatives se traduisent par des

difficultés persistantes et récurrentes à surmonter le désir de jouer, comportement entraînant des répercussions aux plans personnel, familial et professionnel. Pour poser un diagnostic de joueur pathologique, on doit s'assurer que le sujet répond à au moins cinq des dix critères présentés à l'annexe 1.

L'approche qui caractérise le DSM-IV vise l'assignation des individus à une catégorie diagnostique pour confirmer la présence ou l'absence d'une pathologie. Cette démarche suppose l'homogénéité des individus au sein d'une même catégorie; elle nécessite également qu'il y ait des limites claires entre les catégories et que celles-ci s'excluent mutuellement. Toutefois, ces conditions sont rarement remplies, et la portée de l'approche catégorielle s'en trouve substantiellement réduite. Une seconde façon de procéder se base plutôt sur la fréquence, la durée ou l'intensité du jeu et des conséquences néfastes qui l'accompagnent. Cette approche dimensionnelle (ou quantitative) permet de déterminer la gravité des problèmes, susceptibles alors de varier sur un continuum allant de nul à extrême. Les cotes numériques obtenues par addition du nombre, de la durée ou de la sévérité des problèmes associés au jeu peuvent, au besoin, être soumises à des points de coupure convenus afin de constituer des catégories apparentées à celles qui caractérisent l'approche catégorielle. Cependant, la détermination de situations extrêmes n'empêche nullement la présence de comportements intermédiaires. Le South Oaks Gambling Screen (SOGA; Lesieur & Blume, 1987) est un questionnaire régulièrement utilisé auprès de diverses populations afin d'évaluer, à travers 20 items, la gravité et la fréquence du jeu pathologique selon une perspective dimensionnelle. Les items du SOGS portent, entre autres, sur le retour au jeu pour se refaire, sur l'augmentation des mises, sur les emprunts, et sur le sentiment de culpabilité. Une cote de trois ou quatre (sur un maximum de 20) sur l'échelle mesurant l'ampleur du phénomène correspond à un joueur problématique alors qu'une cote de cinq ou plus indique qu'on a affaire à un joueur pathologique; une cote inférieure à trois associée à une certaine fréquence de jeu définit, par ailleurs, une simple activité récréative. Dans une optique préventive, l'avantage de cet instrument est qu'il nous permet d'identifier des individus à risque de devenir joueur pathologique, tout en tenant compte du fait que le jeu est une activité pratiquée avec discernement par un grand nombre de personnes.

Une étude menée à l'aide du SOGS a conclu que 3,8% des adultes québécois auraient éprouvé des difficultés liées au jeu durant une période de leur vie (Ladouceur,

1991), proportion regroupant 1,2% de joueurs pathologiques et 2,6% de joueurs problématiques. Cette recherche fut reprise sept ans plus tard, et on a ainsi observé que le taux de joueurs pathologiques est passé à 2,1%, soit une augmentation de 75% (Ladouceur et al., soumis). Une plus grande accessibilité à certains types de jeux, comme les casinos, et une publicité plus agressive peuvent en partie expliquer cette augmentation. Précisons que la prévalence à vie des joueurs pathologiques au Québec est comparable à celle d'autres pays industrialisés, comme les États-Unis, où les taux varient de 1,4% à 2,8%, selon les études (Volberg, 1996b), et l'Espagne, qui affiche un taux de 1,5% (Becona, Labrador, Echeburua, Ochoa, Vallejo, 1995). L'Australie détient un triste record avec une prévalence à vie de 7,1% (Dickerson, Baron, Hong, & Cottrell, 1996).

## **1.2 Définition et prévalence de la toxicomanie/alcoolisme**

La toxicomanie est classée par l'Association américaine de psychiatrie (APA, 1994) parmi les troubles liés à l'utilisation d'une substance. Elle y est définie comme la combinaison de symptômes cognitifs, comportementaux et physiologiques indiquant que l'individu a un faible contrôle par rapport à la consommation d'une substance psychotrope et continue à en faire usage malgré des conséquences dommageables (APA, 1994). Outre ces derniers effets, la toxicomanie est déterminée par l'abus, établi à son tour par la fréquence de la consommation abusive et la quantité de substance ingérée. La distinction entre l'usage et l'abus est cruciale dans une société où la majorité des individus consomment, occasionnellement ou sur une base régulière des substances psychotropes telles que l'alcool (Gouvernement du Québec, 1996). Pour ce qui est de l'abus, il entraîne toute une gamme de problèmes et des risques de dépendance. Conformément à l'approche catégorielle, le diagnostic de dépendance aux substances psychotropes selon le DSM-IV nécessite la présence d'un minimum de trois critères parmi les sept figurant à l'annexe 2. Des entrevues structurées faisant appel à divers formats (le *Diagnostic Interview Schedule* ou DIS; le *Composite International Diagnostic Interview* ou CIDI) constituent l'instrument privilégié pour établir un tel diagnostic.

L'évaluation de la toxicomanie et de l'alcoolisme représente une tâche complexe compte tenu de l'aspect tentaculaire de la problématique (Sobell, Sobell, & Nirenberg, 1988). Contrairement aux pratiques dans certaines enquêtes qui se contentent de cerner

les paramètres de fréquence et de quantité, une évaluation rigoureuse doit également porter sur les difficultés engendrées par un tel comportement. La gravité de la toxicomanie sera donc déterminée en fonction de ces trois composantes. Elle peut alors s'avérer légère, modérée, sévère, en rémission partielle ou en rémission complète. Plusieurs questionnaires s'inspirant de l'approche dimensionnelle servent à évaluer l'étendue des problèmes de cet ordre. Par exemple, l'IGT, *l'Indice de gravité d'une toxicomanie* (Bergeron, Landry, Ishak, Vaugeois, & Trépanier, 1992), traduction adaptée de *{Addiction Severity Index* (McLellan, Luborsky, Woody, & O'Brien, 1980), est un instrument de mesure empruntant la forme d'une entrevue. Il comporte sept échelles (alcool, drogues, état médical, relations familiales/sociales, état psychologique, emploi et ressources, situation légale) qui dessinent un portrait global de la situation récente et récurrente de l'individu. Le MAST (Selzer, 1971) est, pour sa part, un questionnaire auto-administré, ou rempli par un tiers, qui comprend 24 items regroupés en cinq facteurs: la reconnaissance d'un problème d'alcool par soi-même ou les autres; les problèmes légaux, professionnels et sociaux; les demandes d'aide; les difficultés familiales et maritales; les pathologies hépatiques. Le SMAST (*Short Michigan Alcohol Screening Test*; Selzer, Vinokur, & van Rooijen, 1975) est une version abrégée du MAST. Il regroupe 13 items visant à évaluer les conséquences de l'alcoolisme. Une cote de deux signale un individu à risque d'alcoolisme alors qu'une cote de trois et plus indique un individu alcoolique. Le DAST (Skinner, 1982) est un autre questionnaire auto-administré; il renferme 28 items dont l'objectif est de circonscrire les conséquences sociales, légales et médicales associées à l'abus de drogues. Enfin, l'indice CAGE (Ewing, 1984) porte principalement sur les problèmes découlant de la consommation d'alcool et son contenu interroge quatre aspects: avoir été critiqué par son entourage; avoir pensé à diminuer sa consommation; s'être senti mal à l'aise ou coupable à cause de sa consommation d'alcool; avoir pris de l'alcool en se levant pour calmer ses nerfs ou se débarrasser de malaises physiques dus à l'abus d'alcool.

Les études portant sur la prévalence de la toxicomanie et de l'alcoolisme se heurtent inévitablement aux difficultés concernant la définition et l'évaluation de ce champ pathologique. Néanmoins, on relève plusieurs résultats dignes d'intérêt. En 1992-1993, chez les Québécois âgés de 15 ans et plus, 2,5% des hommes et 0,2% des femmes sont considérés comme de grands buveurs, c'est-à-dire qu'ils consomment plus de 29 verres d'alcool par semaine (Santé Québec, 1995). Malgré une tendance générale à la baisse au

niveau de la consommation d'alcool depuis l'enquête de 1987, on remarque une stabilité de la prévalence des grands buveurs. Parallèlement à ces taux, 19,1% des hommes et 7,4% des femmes présentent des risques élevés de problèmes liés à l'alcool, c'est-à-dire ont obtenu une cote supérieure à deux au questionnaire CAGE. Ce même indice nous apprend que 4,1% des Canadiens présentent une dépendance à l'alcool, un taux peu élevé comparativement à la prévalence observée aux États-Unis (Poulin, Webster, & Single, 1997). En effet, en utilisant les critères diagnostiques du DSM-III-R, Kessler, McGonagle, Zhao, Nelson, Huges, Eshleman et al. (1994) rapportent que, en ce qui concerne les hommes adultes américains, les taux à vie de dépendance et d'abus d'alcool atteignent respectivement 20,1% et 12,5%. Notons que, chez les femmes, ces proportions sont moins élevées, soit 8,2% et 6,4% respectivement. Pour ce qui est de la dépendance et de l'abus de drogues, les hommes affichent des prévalences respectives de 9,2% et 5,4% alors que celles des femmes sont de l'ordre de 5,9% et 3,5%. Grant (1996) corrobore ces résultats en obtenant un taux de dépendance à l'alcool, selon les critères du DSM-IV, de 23,7% chez les hommes et 15,4% chez les femmes d'origine américaine. Bref, les taux de prévalence de dépendance et d'abus d'alcool ou de drogues varient selon les critères et les instruments utilisés. Ces taux, cependant, sont généralement supérieurs à ceux associés aux joueurs pathologiques. Par conséquent, il est possible qu'une proportion élevée de joueurs pathologiques soient toxicomanes ou alcooliques, mais il est improbable qu'une majorité de toxicomanes ou d'alcooliques puissent être des joueurs pathologiques.

### **1.3 Similitudes entre les critères diagnostiques du jeu pathologique et ceux de la toxicomanie**

Le joueur pathologique et le toxicomane ont en commun un puissant désir de s'adonner à une activité (en l'occurrence le jeu ou la consommation d'une substance psychotrope), une diminution du contrôle des comportements associés à cette activité et un état de dépendance. Un examen approfondi des critères diagnostiques révèle plusieurs similitudes entre les deux problèmes (voir Sylvain et al., en préparation). On constate en effet six points communs entre les deux problématiques: (1) une constante préoccupation vis-à-vis de l'activité et un grand affairément en regard d'activités connexes comme avoir suffisamment d'argent pour jouer, se procurer la substance consommée, se remettre des conséquences de l'activité, etc.; (2) une progression qui se manifeste par une augmentation

de la dose ou de la mise, de la fréquence de l'activité et de sa durée; (3) un phénomène de sevrage: présence de symptômes physiques chez le toxicomane (tremblements, vomissements et sueurs) et de symptômes psychologiques chez le joueur pathologique (agitation ou irritabilité); (4) une difficulté à reconnaître son problème ainsi qu'à diminuer ou cesser les comportements qui lui sont associés; (5) des répercussions sur les plans social, familial et professionnel; (6) une persistance dans les activités en dépit d'une prise de conscience des conséquences néfastes qui en découlent. De tels constats laissent présager une comorbidité élevée et, vraisemblablement, l'action de facteurs étiologiques communs.

Selon le modèle général des dépendances (Jacobs, 1986), deux caractéristiques prédisposent au développement et au maintien des troubles de dépendance: un état physiologique au repos qui, de façon chronique, est excessivement excité ou excessivement faible, ainsi qu'un état psychologique marqué par un sentiment d'infériorité et de rejet. Un individu indisposé de la sorte cherchera de toute évidence des activités susceptibles de modifier sa condition. Jacobs (1986) suggère alors qu'un facteur commun réunit les activités qui conduisent à une dépendance, ce dernier faisant référence à la recherche d'un sentiment de bien-être, soit par la stimulation positive, soit par la diminution d'un état émotif négatif (Jacobs, 1986; Lesieur & Blume, 1993). Jacobs conclut également que cette quête serait à l'origine à la fois du jeu pathologique et de la toxicomanie. D'autres auteurs (Lacey & Evans, 1986; McCormick, 1993) proposent plutôt que des traits impulsifs soient à l'origine de plusieurs diagnostics tels que la toxicomanie, le jeu pathologique et les troubles alimentaires. Les données empiriques qui permettraient de supporter les modèles théoriques visant à expliquer la double problématique demeurent toutefois très précaires.

En résumé, tant en regard des critères diagnostiques que des modèles théoriques, le jeu pathologique et la toxicomanie semblent former des problématiques qui se rejoignent. On peut ainsi présumer que la prévalence des joueurs pathologiques serait plus élevée parmi des individus toxicomanes que dans le reste de la population, et vice versa. Si cette hypothèse s'avère fondée, ces deux comportements indésirables sont susceptibles de se manifester conjointement chez des individus qui présentent certaines prédispositions.

#### 1.4 Prévalence de la double problématique

Nos connaissances sur la comorbidité du jeu pathologique et de la toxicomanie sont encore à l'état embryonnaire. Toutefois, quelques données indiquent la présence de dépendances multiples dans la population adulte alcoolique ou toxicomane. Ainsi, entre 4,5% et 13% des polytoxicomanes en traitement sont des joueurs pathologiques (Ciarrocchi, 1993; Lesieur, Blume, & Zoppa, 1986; McCormick, 1993). Chez des vétérans aux prises avec des problèmes d'alcool ou de drogues, 17% se révèlent être des joueurs pathologiques (Gambino, Fitzgerald, Shaffer, Renner, & Courtnage, 1993). Daghestani, Elenz & Crayton (1996) rapportent aussi que 33% des vétérans en traitement pour abus de substance sont également des joueurs pathologiques. Pour ce qui est des cocaïnomanes traités à la méthadone, un taux de codépendance de 7% est observé par Feigelman, Kleinman, Lesieur, Millman et Lesser (1995) alors que Spunt, Lesieur, Hunt et Cahill (1995) font état, pour cette population, d'une prévalence de 16% de joueurs pathologiques. Rounsaville et ses collègues (Rounsaville, Anton, Carroll, Budde, Prusoff, & Gawin, 1991), de leur côté, relèvent que, chez des cocaïnomanes en traitement dans une clinique externe, 14,8% se sont déjà adonnés au jeu de manière abusive au cours de leur vie. Et dans la même veine, des personnes-ressources en toxicomanie constatent que 42% de leurs patients sont victimes d'une double dépendance au jeu et de l'alcool, que 20% sont aux prises avec la drogue et le jeu et finalement, 7% luttent simultanément contre la drogue, l'alcool et le jeu (Griffiths, 1994).

Parallèlement aux études réalisées auprès des toxicomanes, Ciarrocchi et Richardson (1989) observent que, parmi un groupe de joueurs pathologiques en traitement, 34% des personnes sont alcooliques, 6% toxicomanes, tandis que 31% des individus vivent les deux problèmes. Des taux similaires sont proposés par McCormick, Russo, Ramirez et Taber (1984), qui arrivent au bilan suivant auprès de joueurs en traitement: 32% sont alcooliques et 6% sont toxicomanes. D'autres études rapportent des taux d'abus d'alcool ou de drogues, chez des individus présentant toujours un problème de jeu, qui atteignent 47% (Ramirez, McCormick, Russo, & Taber, 1983) et 48% (Linden, Pope, & Jonas, 1986).

L'ensemble de ces travaux indique que la prévalence d'une dépendance mixte au jeu, à l'alcool ou aux drogues serait de 5 à 10 fois plus élevée dans une population de joueurs

pathologiques en traitement que dans la population générale (Daghestani et al., 1996; Steinberg, Kosten, & Rounsaville, 1992). Toutefois, en raison des caractéristiques propres aux échantillons considérés, il n'est pas encore certain que cette tendance puisse s'appliquer à une population composée d'individus qui n'ont pas demandé de traitement. En effet, il est possible que les personnes qui manifestent une codépendance soient surreprésentées au sein des groupes suivis en clinique. Seules des études menées auprès de la population générale permettraient d'établir de manière fiable la fréquence des cas avec une problématique double ou une problématique simple. Or, très peu de recherches de ce type se sont penchées sur la coexistence du jeu pathologique et de la toxicomanie. Voyons ce qu'on peut en tirer pour l'instant.

Parmi les rares études populationnelles, celle réalisée en Alberta révèle un taux de 63,3% d'alcooliques parmi les joueurs pathologiques, comparativement à 19% dans le reste de la population (Bland, Newman, Orn, & Stebelsky, 1993). Elle indique également que 23,3% des individus ayant un problème de jeu sont également toxicomanes, comparativement à 6,3% au sein de la population générale. Ainsi, les joueurs sont 3,8 fois plus à risque d'être alcooliques et 3,7 fois plus à risque d'être toxicomanes que les personnes qui ont une relation normale avec le jeu. Dans la même perspective, l'intensité du jeu est corrélée à l'usage du tabac, de l'alcool, de drogues illégales et à l'état d'ébriété rapportés par les jeunes adultes consultés dans l'étude de Lesieur, Cross, Frank, Welch, White, Rubenstein, et al. (1991).

Bien que nettement moins nombreuses, les enquêtes réalisées auprès de la population générale confirment les résultats obtenus auprès de la population clinique: un individu présentant une dépendance est plus à risque de manifester une autre dépendance à tout moment durant sa vie. Malgré cette tendance, la majorité des individus, ou du moins un grand nombre, affichent une seule pathologie. Il n'en reste pas moins qu'il nous paraît opportun de départager les individus qui doivent composer avec une problématique double et ceux qui affichent une seule dépendance, pour former deux groupes distincts. Et en ce qui a trait aux personnes plus lourdement affectés, nous estimons que des mesures préventives et thérapeutiques devraient être adaptées aux caractéristiques de leur situation et à leurs besoins spécifiques. Nous reviendrons d'ailleurs sur ce point dans la dernière section du rapport.



## **1.5 Caractéristiques différentielles des personnes présentant une double problématique**

Quelques études seulement ont examiné les caractéristiques - personnelles ou environnementales - des individus manifestant une double problématique en comparaison avec ceux qui sont aux prises qu'avec une seule difficulté, c'est-à-dire les joueurs pathologiques ou les toxicomanes. Selon McCormick (1993) et Lesieur et al. (1986), les personnes avec une pathologie combinée manifestent un niveau plus élevé d'impulsivité et de désinhibition que des toxicomanes non joueurs. De plus, les joueurs pathologiques toxicomanes sont plus à risque de présenter des symptômes de dépression majeure (Ramirez et al., 1983) ou d'affect négatif (anxiété, dépression et hostilité) (McCormick, 1993). Ils consomment également davantage de substances psychotropes (Feigelman et al., 1995; McCormick, 1993) et affichent plus de déficits au plan des habiletés de résolution de problèmes (McCormick, 1994) que les simples toxicomanes. Également, les individus avec une double problématique souffrent plus de maladies reliées au stress (Ciarrochi, 1987) que les toxicomanes. Par contre, Ciarrochi, Kirschner et Fallik (1991) n'ont noté aucune différence significative entre un groupe d'alcooliques et un groupe de joueurs alcooliques en regard de plusieurs dimensions comportementales évaluées à l'aide du MMPI (*Minnesota Multiphasic Personality Inventory*). Les conclusions de cette dernière étude doivent cependant être interprétées avec réserve puisqu'il n'est pas dit clairement, dans la description des sujets, que la présence de joueurs pathologiques fut contrôlée au sein du groupe d'alcooliques. Pour compléter ce tableau descriptif concernant les adultes, soulignons que les joueurs pathologiques toxicomanes commencent à consommer des substances psychotropes plus tôt que les individus qui ne manifestent qu'une seule dépendance (Daghestani et al., 1996).

D'autre part, les joueurs pathologiques toxicomanes font état d'une histoire familiale marquée par des problèmes associés au jeu; par ailleurs, ils proviennent d'une famille plus nombreuse que les toxicomanes (Daghestani et al., 1996). Ciarrochi et al. (1991) rapportent, de leur côté, que les joueurs pathologiques alcooliques sont issus de milieux socio-économiques plus favorisés et ont un niveau de scolarisation plus élevé que les alcooliques non joueurs. On sait également que les répercussions sur la famille (Ciarrochi, 1987) et au plan social (Feigelman et al., 1995) sont plus importantes pour les individus avec une double dépendance que pour ceux qui ont un seul problème.

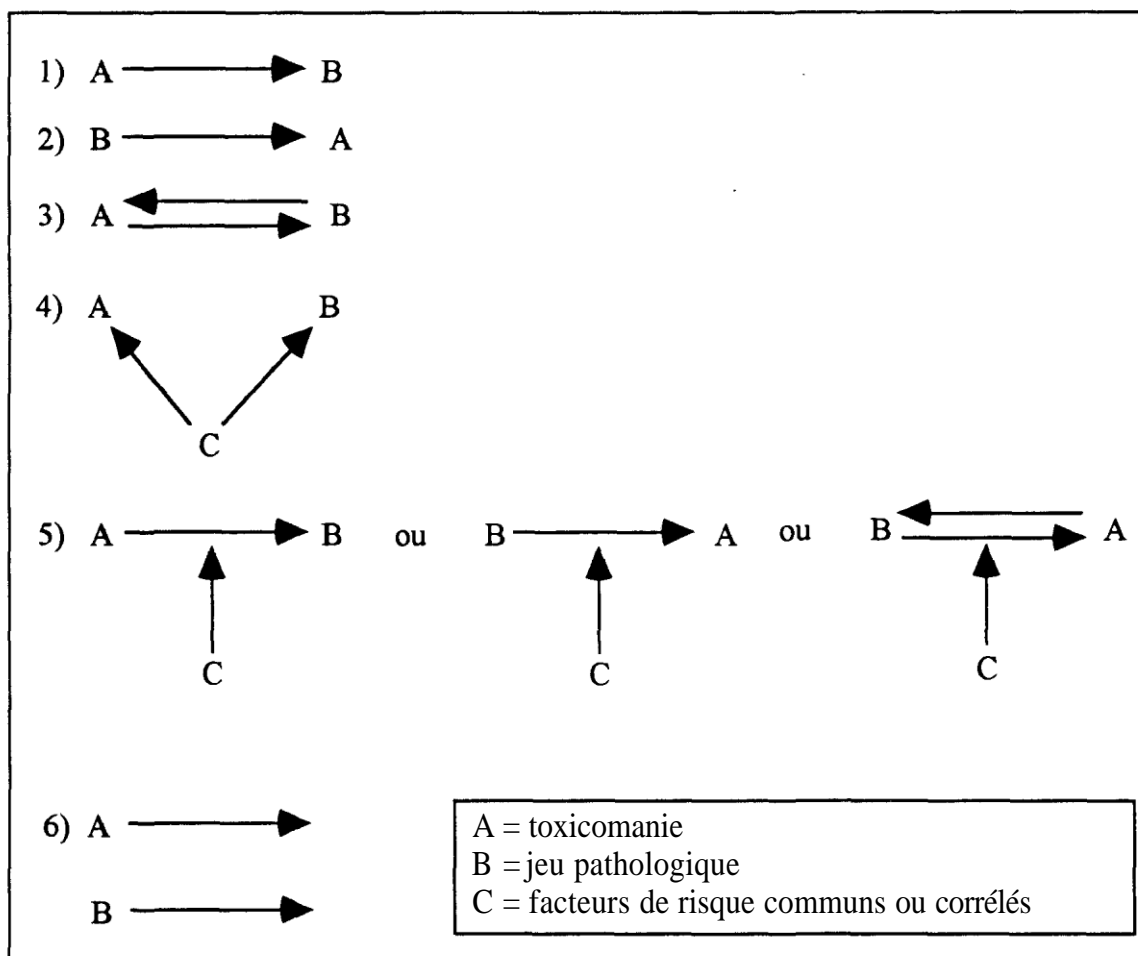
Somme toute, ces études suggèrent que les individus avec une double dépendance démontrent des caractéristiques qui les distinguent des joueurs pathologiques et des toxicomanes. Toutefois, il faut garder à l'esprit que ces travaux sont peu nombreux et qu'aucune recherche ne fut réalisée auprès de la population générale.

## **1.6 Critiques méthodologiques des études précédentes**

En raison des caractéristiques des participants, la plupart des conclusions que nous avons rapportées se limitent à une population composée d'adultes toxicomanes ou de joueurs pathologiques en traitement dans un milieu clinique. Par conséquent, il n'est pas clair si les caractéristiques différentielles et les conséquences associées à une problématique s'appliquent aux joueurs pathologiques toxicomanes qui n'ont pas entrepris une démarche thérapeutique (peut-être la majorité). De plus, l'aspect étiologique de la double problématique par rapport à chaque problématique simple a été complètement négligé. Dans une perspective de prévention, il serait important de vérifier si le jeu pathologique et la toxicomanie se développent de façon concurrente, si ces problèmes possèdent des origines communes, et si un problème est la conséquence de l'autre ou si les deux coexistent de manière indépendante.

Enfin, il faut voir que ces résultats ont été obtenus auprès d'adultes. En raison de la grande accessibilité à divers jeux (Ladouceur et al., soumis), il est fort probable qu'on puisse observer ce phénomène de la double dépendance au jeu et aux substances psychotropes bien avant l'âge adulte. Si tel est le cas, nos efforts de prévention pourraient cibler les jeunes à risque d'une double problématique, en supposant qu'ils présentent alors des caractéristiques différentielles et qu'ils éprouvent des difficultés plus sérieuses que les jeunes aux prises avec une problématique simple. L'étude de la double dépendance au cours de l'adolescence offre, par surcroît, l'avantage d'explorer l'étiologie de cette problématique au moment où elle s'installe. Une étude cherchant à préciser ce dernier aspect mais réalisée avec des adultes serait impropre à déterminer si les deux problématiques se sont développées en parallèle ou successivement. À titre informatif, nous présentons ci-après les six modèles qui peuvent être proposés pour expliquer le développement d'une double problématique. Ceux-ci sont illustrés à la Figure 1.

**Figure 1: Six modèles de développement de la double problématique**



Selon les modèles 1 et 2, la double problématique est engendrée par l'impact d'une problématique sur l'autre en raison, possiblement, d'un effet direct ou de l'exposition des individus à des environnements qui encouragent la seconde problématique. Ainsi, les joueurs pathologiques qui fréquentent des lieux où les gens fument, peuvent être davantage à risque de tabagisme sans que le tabagisme soit une conséquence directe du jeu pathologique (contrairement, par exemple, à certaines activités délinquantes). Le modèle 3 implique une influence réciproque des deux problématiques. En fait, il s'agit d'un modèle qui intègre les deux modèles précédents. Le modèle 4, quant à lui, suggère que les deux problématiques sont interreliées parce qu'elles partagent des éléments étiologiques communs (c'est-à-dire des caractéristiques personnelles ou familiales propices au développement des deux problématiques). Même si ces éléments étiologiques n'expliquent

pas l'origine de la double problématique, ils peuvent néanmoins l'exacerber, ce qu'illustre le modèle 5. Enfin, le modèle 6 propose un développement parallèle mais indépendant des deux problématiques. Insistons sur le fait qu'aucun de ces modèles ne peut être vérifié de manière fiable chez des adultes en traitement. En effet, si les deux problématiques sont présentes depuis un certain temps, il faudrait se fier à des rapports différés relativement à des événements antérieurs pour tenter de circonscrire l'origine de chaque problématique et les facteurs étiologiques (personnels, familiaux ou sociaux) qui lui étaient alors associés. Les études conduites avec des populations adultes présentent les mêmes limites que les recherches faisant appel aux échantillons cliniques. Par conséquent, seule une étude prospective-longitudinale impliquant une cohorte de jeunes et utilisant différentes sources d'informations permettrait de surmonter les problèmes méthodologiques que nous avons identifiés. En outre, l'examen approprié des divers modèles proposés appelle et dépend d'une telle démarche méthodologique. Encore faut-il, toutefois, que la prévalence des deux problématiques et leur coexistence soient aussi élevées chez les jeunes que chez les adultes.

## **1.7 Conclusions**

Les divers travaux menés auprès des adultes suggèrent que les individus en traitement, à la fois joueurs pathologiques et toxicomanes, représentent un sous-groupe particulier d'individus qui manifestent un niveau plus faible de contrôle sur leurs impulsions et qui éprouvent plus de difficultés dans leur vie, et ce, aux plans personnel, social et professionnel. Cependant, très peu d'études ont utilisé des échantillons populationnels, de sorte qu'il est impossible de bien cerner l'étendue du phénomène de double dépendance au jeu et aux substances psychotropes. En outre, il apparaît nécessaire de se pencher sur cette double problématique avant l'âge adulte afin de mieux comprendre son développement et ainsi, de prévenir l'apparition des composantes pathologiques qu'elle renferme. La recension des études réalisées auprès d'adolescents constitue la seconde section du présent rapport.

## **2. *Plus spécifiquement chez les jeunes***

### **2.1 Toxicomanie et jeu pathologique chez les jeunes**

L'ensemble des études sur le jeu pathologique et la toxicomanie chez les adultes montrent que l'initiation à ces activités débute à l'adolescence ou même avant. Certaines dénotent un lien entre l'âge d'initiation et le risque de développer des problèmes associés au jeu (Griffiths, 1990; Lesieur & Klein, 1987). En raison de l'accessibilité accrue aux drogues, à l'alcool et à diverses formes de loterie, il y a tout lieu de croire que le nombre d'individus aux prises avec des problèmes de jeu et de toxicomanie augmentera dans les années à venir et que ces difficultés comportementales apparaîtront plus tôt.

### **2.2 Définitions et mesures du jeu pathologique et de la toxicomanie chez les jeunes**

Définir une seconde fois le jeu pathologique et la toxicomanie peut sembler un exercice redondant. Cependant, la transposition chez les jeunes des critères utilisés pour définir une pathologie chez les adultes n'est pas une pratique souhaitable. Cette façon de procéder peut être exploratoire et acceptable lorsqu'un phénomène est encore peu étudié. Toutefois, le mode de vie des adultes et celui des adolescents est différent. Par conséquent, il est possible que les manifestations des problématiques le soient également. Lorsque les manifestations d'une pathologie sont identifiées durant l'adolescence, il devient indispensable d'adapter les définitions qui servent de référence de même que les instruments d'évaluation en fonction de cette population.

Contrairement à ce que l'on pourrait croire, le jeu est une activité répandue chez les jeunes. Dans la région de Québec et de Montréal, plus de 80% des adolescents rapportent avoir joué au moins une fois dans leur vie (Gupta & Deverensky, soumis-a; Ladouceur, Boudreault, Jacques, & Vitaro, en préparation). Des taux variant entre 13% et 35,1% indiquent la proportion d'adolescents qui s'adonnent à une activité de cette nature au moins une fois par semaine (Gupta & Deverensky, soumis-a; Ladouceur et al., en préparation). Tout comme chez les adultes, le jeu peut être la source de problèmes chez cette population. Puisque les activités de jeu débutent bien avant l'âge adulte et évoluent avec le temps, les jeunes qui manifestent dès l'adolescence des problèmes associés au jeu

peuvent être considérés à risque de développer une pathologie, même si aucune étude jusqu'à présent n'a vérifié semblable assertion.

Depuis peu, il existe une version adaptée du SOGS s'adressant à une clientèle adolescente. Il s'agit du SOGS-RA (-Revised Adolescents; Winters, Stinchfield, & Fulkerson, 1993). Cet instrument comporte 12 items visant à évaluer la fréquence du jeu et les problèmes qui lui sont associés; les questions sont toutefois adaptées aux situations vécues par les jeunes. Une cote supérieure à trois signale la présence d'un joueur problématique. Parallèlement, le DSM-IV-J est une adaptation conçue pour les jeunes des critères diagnostiques du jeu pathologique selon le DSM (Fisher, 1992). Ce second outil de mesure se compose de neuf items portant, entre autres, sur la préoccupation, la progression et les actes illégaux. Une cote supérieure à quatre, sur un maximum de neuf, indique un joueur problématique (ou pathologique, selon la nomenclature utilisée). Ces deux questionnaires représentent un progrès important dans l'étude du jeu problématique chez les jeunes puisque les activités ludiques et les problèmes rencontrés sont souvent différents de la situation que vivent les adultes. Par exemple, les jeunes s'adonnent davantage à la loterie, au pari sportif et aux jeux de cartes (Ladouceur & Mireault, 1988). Puisque l'élaboration de ces instruments est récente, encore très peu d'études en ont fait usage.

D'autre part, le *Personal Experience Screening Questionnaire* (PESQ; Henly & Winters, 1989) est un instrument qui sert à évaluer la consommation de substances psychotropes chez les jeunes. Il comprend 38 items regroupés en trois sections. Celles-ci couvrent la gravité des problèmes de drogues et d'alcool et leurs répercussions psychosociales. Ajoutons que la majorité des travaux qui explorent le phénomène de la toxicomanie chez les jeunes limitent leur examen à la fréquence ou à la quantité des substances consommées. Peu considèrent les problèmes liés à une telle consommation. Par surcroît, plusieurs utilisent des questions et des formats de réponse élaborés pour les besoins particuliers de chaque étude, ce qui rend les comparaisons d'une étude à l'autre très difficiles.

### **2.3 Prévalence du jeu pathologique chez les jeunes québécois**

En 1988, dans la région de Québec, 1,7% des adolescents rencontraient les critères du jeu pathologique selon le DSM-III (Ladouceur & Mireault, 1988). Six ans plus tard, ce sont 2,8% des jeunes qui sont considérés comme joueurs problématiques (ou pathologiques) en obtenant une cote supérieure à cinq au SOGS (Ladouceur, Dubé, & Bujold, 1994b). Il est intéressant de noter que ce taux varie selon le niveau scolaire (Ladouceur et al., en préparation). Ainsi, de la première année du secondaire à la cinquième, le taux de joueurs pathologiques chez les garçons passe de 3,63% à 2,28%, avec un taux maximal de 5,71% observé en secondaire 2. Chez les filles, la tendance est semblable, mais les taux sont moins élevés: la prévalence va de 2,01% en secondaire 1 à 0,31% en secondaire 5, avec un taux maximal de 2,1 chez les étudiantes en deuxième année du secondaire (Ladouceur et al., en préparation). Une autre étude récente obtient, à partir du DSM-IV-J, un taux de joueurs pathologiques de 4,7% dans la jeune population anglophone de la région de Montréal (Gupta & Deverensky, soumis-a). Des taux de 4,7% pour les garçons et de 1,3% pour les filles ont aussi été rapportés par Vitaro, Ladouceur, Arseneault, Zoccolillo et Tremblay (1998), en retenant une cote de trois ou plus aux résultats obtenus au SOGS-RA par plus de 1500 jeunes de 15 à 16 ans provenant de partout au Québec. Par ailleurs, on observe des prévalences comparables dans d'autres pays, oscillant entre 2,5 et 5% pour les États-Unis (Lesieur & Klein, 1987; Volberg, 1998) et atteignant 5,7% en Grande-Bretagne (Fisher, 1993). Ajoutons que la majorité des adolescents (90%) disent avoir commencé à jouer pour le plaisir ou pour se procurer de l'argent (70%) (Griffiths, 1990). Il importe ici de souligner que la prévalence du jeu pathologique ou problématique chez les adolescents est habituellement supérieure à celle des adultes. Pareille donnée indique assez clairement que le jeu pathologique est un problème qui ferait son apparition avant l'âge adulte et qui aurait tendance à se résorber quelque peu par la suite, au même titre que la consommation abusive de psychotropes ou les activités délictueuses en général (Tremblay, Boulerice, Harden, McDuff, Pérusse, Pihl, et al., 1996).

Même durant l'enfance, le jeu est une activité déjà présente et répandue. Ainsi, au Québec, 86% des jeunes du niveau primaire (4, 5 et 6e année) ont déjà mis de l'argent dans cette activité (Ladouceur, Dubé, & Bujold, 1994a). Et plus de 40% de ces enfants admettent jouer au moins une fois par semaine. Ces résultats sont alarmants lorsqu'on

considère qu'il y a un lien entre l'âge auquel les activités associées au jeu débutent et la gravité des problèmes qui découlent du jeu excessif (Griffiths, 1990). En outre, ils appellent la mise en place de stratégies visant à contrer l'apparition du jeu pathologique dès l'enfance ou l'adolescence.

#### **2.4 Prévalence de la consommation abusive de psychotropes chez les jeunes québécois**

Parmi des garçons de milieux défavorisés de la région de Montréal, le taux de buveurs abusifs, c'est-à-dire ceux qui consomment plusieurs fois ou souvent des boissons alcoolisées, grimpe de 2,9% à 19% entre 13 et 15 ans (Vitaro, Ladouceur, & Bujold, 1996). Avant 13 ans, la prévalence de la consommation abusive d'alcool est de l'ordre de 1 %. En ce qui concerne la consommation de drogues telles que la colle, la cocaïne et les narcotiques, 7% des garçons de 15 ans déclarent qu'ils s'y adonnent plusieurs fois ou souvent (Vitaro et al., 1996). Récemment, Vitaro et al. (1998) ont observé que 16,8% des adolescents québécois de 15-16 ans et 9,8% des filles du même âge avaient consommé plus de cinq fois de l'alcool ou des drogues; et fait significatif, ils disaient éprouver au moins cinq problèmes reliés à ces comportements. Soulignons également qu'un grand nombre de ceux qui avaient un problème d'abus avouaient s'être présentés à l'école sous l'effet de la marijuana ou avoir participé à des activités dangereuses en état d'ébriété ou sous l'effet de la drogue. Dans une autre étude menée dans la région de Québec (Ladouceur et al., en préparation), nous savons que 8,94% des adolescents du secondaire prennent régulièrement de la drogue; pour 81,4% de ces jeunes, la recherche de plaisir est l'élément motivateur, particulièrement en regard du cannabis, qui est de loin la substance la plus populaire (94,6%). Par ailleurs, une étude comparative entre des jeunes de la population générale et des adolescents bénéficiant de services dispensés par des Centres Jeunesse a permis de constater que, parmi les répondants faisant l'objet du suivi spécialisé, 13,7% consommaient régulièrement de l'alcool et 8,7%, de la drogue (Cloutier, Champoux, Jacques, & Lancop, 1994). Pour l'ensemble des élèves du secondaire, les prévalences sont les suivantes: 3,3% des jeunes boivent régulièrement de l'alcool et 2,6% consomment de la drogue. Dusseault (Dusseault, 1994) a obtenu des chiffres similaires, et les données qu'il a recueillies indiquent que 3,4% des jeunes du secondaire qu'il a interrogés faisaient usage sur une base régulière de drogues; il a obtenu le même taux, soit



3,4%, pour l'alcool. Enfin, une enquête de Santé Québec (Camirand, 1996) rapporte que 32% des jeunes de 15 à 17 ans et 42,6% des 18-19 ans ont bu au moins cinq fois un minimum de cinq consommations dans les derniers 12 mois. Ces taux se répartissent, sans égard à l'âge, en 45,2% de garçons et 27% de filles. Terminons cet aspect en précisant que les taux élevés figurant dans l'étude de Santé Québec s'expliquent peut-être du fait que cette enquête rejoint plusieurs jeunes décrocheurs qui, fort probablement, font davantage usage des substances qui nous intéressent ici.

## **2.5 Prévalence de la double problématique**

Les rares études traitant de la double problématique chez les jeunes ont été réalisées principalement auprès d'adolescents issus de la population générale (qui ne consultent pas nécessairement); elles montrent que chez les jeunes québécois, le jeu pathologique est corrélé à la consommation de drogues, d'alcool et de cigarettes (Gupta & Deverensky, soumis-b; Ladouceur et al., en préparation; Ladouceur et al., 1994a; Vitaro et al., 1996). Les problèmes de jeu sont également associés à l'usage de cigarettes et d'alcool chez les jeunes américains (Volberg, 1998) et les jeunes britanniques (Fisher, 1993). Dans une étude populationnelle réalisée à New York, Volberg (1998) rapporte aussi que, parmi des joueurs problématiques âgés de 13 à 17 ans, 23,2% éprouvaient en parallèle des problèmes reliés à l'alcool tandis que 14,3% éprouvaient des difficultés par rapport aux autres drogues. Il est à noter que ces taux sont très élevés si on les compare aux prévalences correspondantes chez des jeunes qui n'ont pas de problèmes liés au jeu, soit 8,1% pour l'alcool et 5,3% pour la drogue. On relève des résultats équivalents en Géorgie (Volberg, 1996a) et pour Washington (Volberg, 1993). Nous constatons que les résultats obtenus auprès de la population québécoise rejoignent les taux américains: 30,9% des garçons ayant des problèmes reliés au jeu consomment des substances psychotropes (alcool ou drogues) de façon abusive comparativement à 13,7% parmi des non joueurs (Vitaro et al., 1998). Chez les adolescentes, la situation est encore plus dramatique; en effet, 42,9% des jeunes joueuses font aussi usage de psychotropes. Heureusement, cette proportion plafonne à 8,3% pour celles qui ne participent pas à des jeux de hasard. Il faut toutefois souligner que le nombre de filles qui ont des problèmes de jeu est beaucoup plus faible que ce que l'on observe chez les garçons. Si on se tourne maintenant du côté des jeunes qui consomment des psychotropes, on apprend que 31,9% des garçons et 22,4% des filles

disent avoir aussi des problèmes de jeu; ces taux chutent significativement (environ 19,2% pour les garçons et 7,0% pour les filles) lorsqu'ils concernent les habitudes de jeu des jeunes qui ne font pas usage de telles substances. Une étude récente a produit des résultats éloquentes: dans une population formée d'adolescents montréalais vivant en milieu défavorisé, 34,6% des joueurs vivent simultanément des problèmes liés à la consommation de substances psychotropes alors que la proportion des jeunes qui éprouvent des difficultés liées à l'alcool et à la drogue, mais qui ne jouent pas de façon excessive, n'est que de 6,5% (Vitaro, Ferland, Jacques, & Ladouceur, sous presse). Dans la région de Québec, toujours chez les jeunes, 30 % des joueurs problématiques consomment de la drogue régulièrement; en comparaison, le taux est de 7,6% pour les individus qui ne s'adonnent pas au jeu et de 10,2% pour les joueurs récréatifs (Ladouceur et al., en préparation). Lesieur et Heineman (1988) ont de leur côté observé que, parmi des jeunes toxicomanes en traitement, 14% avaient également des problèmes de jeu.

Globalement, l'ensemble des travaux que nous avons recensés indiquent qu'environ le tiers des joueurs pathologiques vivent concurremment des problèmes de toxicomanie alors que ces derniers n'affectent qu'environ 10% des autres jeunes; parallèlement, entre 15 et 25% des toxicomanes adolescents ont aussi des problèmes de jeu. Rappelons toutefois que la majorité des joueurs problématiques ne sont pas toxicomanes et que la majorité des toxicomanes jouent sans abus, le cas échéant.

## **2.6 Facteurs prédisposant à une double problématique et modèles étiologiques-explicatifs**

A notre connaissance, une seule étude s'est intéressée aux caractéristiques personnelles différentielles des jeunes appelés à cumuler des problèmes de jeu et des difficultés liées à la consommation de substances psychotropes. En accord avec la littérature sur les adultes, Vitaro et son équipe (sous presse) ont mis en évidence le fait que les adolescents âgés de 17 ans aux prises avec une double problématique présentent un niveau d'impulsivité plus élevé à 13-14 ans que les jeunes qui vivent un seul des problèmes concernés. Dans une autre étude, Vitaro et al. (1998), confirment les résultats précédents auprès d'un échantillon d'adolescents québécois âgés de 15-16 ans. Toutefois,

ces chercheurs constatent que la présence, au cours de la préadolescence, de conduites liées à la désinhibition comportementale (en l'occurrence, impulsivité et turbulence évaluées par les enseignants) n'explique pas le lien entre la consommation abusive de psychotropes et le jeu pathologique à 15-16 ans. Incidemment, ces auteurs ont remarqué que les comportements abusifs des parents par rapport au jeu ou à l'alcool prédisaient l'appartenance respective des jeunes au groupe de joueurs problématiques ou au groupe des consommateurs abusifs de psychotropes. Ces données ne viennent pas corroborer le modèle proposé par Lacey et Evans (1986) et par McCormick (1993) pour les adultes puisqu'il suppose que la toxicomanie et le jeu pathologique sont interdépendants en raison de liens communs avec la désinhibition comportementale. Il est toutefois possible que d'autres traits de personnalité (par exemple, la recherche de sensations) soient à l'origine du rapport qui existe entre la toxicomanie et le jeu pathologique.

## **2.7 Liens avec d'autres problèmes d'adaptation et conséquences associées à la double problématique**

Aucune recherche n'a vérifié, sous un angle prospectif, si des problèmes associés au jeu ou la présence simultanée de problèmes de jeu et de problèmes de consommation (alcool et drogues), vécus à l'adolescence, sont précurseurs du jeu pathologique, de la toxicomanie ou d'autres problèmes de santé mentale à l'âge adulte. Aucune recherche n'a vérifié non plus si les liens observés entre les deux problématiques (jeu et consommation abusive) sont atténués ou amplifiés par la présence de certains traits de personnalité ou de conditions sociales et familiales particulières.

Une seule étude (Vitaro et al., 1998) a cherché à savoir si les adolescents aux prises avec une double problématique affichent de façon concomitante plus de problèmes d'adaptation que ceux aux prises avec une seule problématique. Les résultats obtenus confirment que ces jeunes manifestent effectivement plus de problèmes d'opposition et de troubles des conduites (délinquance) et qu'ils fument aussi davantage (la cigarette) que les jeunes qui ne présentent qu'une des composantes de la double problématique. Soulignons qu'à leur tour, ces derniers se démarquent des individus qui ne vivent aucun des deux problèmes. En outre, les filles aux prises avec une double problématique affichent plus de sentiments dépressifs que celles qui composent avec une problématique simple; et comme

il fallait s'y attendre, celles-ci rapportent plus de sentiments dépressifs que les filles sans problème.

## 2.8 Conclusions

La principale conclusion à tirer de cette recension des écrits sur la coexistence du jeu problématique et de la toxicomanie chez les jeunes concerne la pénurie d'études qui se sont penchées sur la double problématique. Alors qu'il semble y avoir un essor sur le plan des études de prévalence, le manque flagrant de données empiriques sur les caractéristiques différentielles et les conséquences de la double problématique auprès des jeunes persiste.

### CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

-> *Promotion, prévention, dépistage*

- > Même si les indicateurs de désinhibition comportementale, tels que l'impulsivité et les problèmes de comportement à la préadolescence ne permettent pas d'expliquer l'association entre la consommation abusive de psychotropes et le jeu problématique à l'adolescence, il ressort de plus en plus clairement que les jeunes aux prises avec une double problématique obtiennent des cotes plus élevées en regard de ces indicateurs que ceux qui n'ont qu'une problématique simple et ce, de manière précoce. Par conséquent, ces indicateurs devraient servir au dépistage des jeunes à risque d'une double problématique. Ce dépistage devrait avoir lieu avant la fin du primaire, soit avant que les problèmes ne s'installent. Les efforts de prévention auraient tout intérêt à viser des facteurs de risque et de protection reconnus et communs à une variété de problématiques. Parmi ceux-ci, il conviendrait de retrouver les indicateurs de désinhibition comportementale. Ceux-ci pourraient même servir de cibles aux efforts de prévention, en dépit du fait que leur implication dans l'installation et le développement de la double problématique reste à démontrer.

- > Des programmes expérimentaux de promotion ou de prévention devraient être élaborés, appliqués et évalués dans le but de développer une technologie promotionnelle ou préventive efficace et appuyée sur des données empiriques et un rationnel théorique. Ces programmes devraient mettre à contribution l'action concertée de divers agents d'éducation et de socialisation oeuvrant auprès des jeunes, en plus d'inclure les jeunes eux-mêmes.

#### **->Diagnostic et traitement**

- > Compte tenu des similitudes entre le jeu pathologique et la toxicomanie, il convient de reconnaître le jeu pathologique comme une "addiction" et de l'inclure dans les problèmes de dépendance.
- > La présence d'une proportion importante d'individus aux prises avec une double dépendance dans les centres de traitement pour toxicomanes devrait interpeller les professionnels travaillant dans ces centres. Il semble utile, voire nécessaire, que les intervenants s'informent, en premier lieu, de la présence de la seconde problématique (jeu) et qu'éventuellement, ils adaptent le traitement en conséquence.
- > Le joueur pathologique entretient plusieurs cognitions erronées à l'égard de la notion du hasard. Par exemple, après une série de pertes, la conviction qu'il est dû pour gagner l'incitera à retourner au jeu pour se refaire. Si nous connaissons assez bien ce volet chez le joueur pathologique, il serait utile de le préciser chez les gens qui affichent la double problématique.

#### **->Formation des intervenants**

- > Pour réaliser les interventions ci-haut mentionnées (diagnostic et traitement des joueurs pathologiques), les autorités compétentes devraient rapidement mettre sur pied un programme de formation pour les professionnels oeuvrant dans le domaine de la toxicomanie.

### **->Collaboration intersectorielle**

> Compte tenu du lien entre les activités (de jeu et de consommation) des parents et celles de leurs jeunes, il est recommandé d'informer les parents sur l'influence possible de leurs comportements, en apparence bénins, sur ceux de leur enfant. Il est également recommandé de transmettre les informations contenues dans ce rapport aux intervenants des Centres Jeunesse et des milieux scolaires. Il conviendrait alors de mettre en évidence les liens concomitants entre, d'une part, les problèmes de jeu et de consommation de psychotropes avec, d'autre part, des problématiques telles que la délinquance, les sentiments dépressifs et, probablement, les difficultés ou la démotivation scolaires. L'ouverture sur l'intersectorialité devrait faciliter l'établissement de telles collaborations. En retour, elles confirment la nécessité d'une collaboration intersectorielle.

### **->Recherches et enquêtes**

> Les quelques résultats que nous venons d'analyser suggèrent que les adolescents aux prises avec une double problématique ont des caractéristiques de nature personnelle, familiale et sociale particulières par rapport aux jeunes à problématique simple. Il importe donc de s'y attarder en raison, surtout, des problèmes ultérieurs plus nombreux et possiblement plus graves qu'ils risquent d'éprouver. Les problèmes ultérieurs associés à la double problématique ne sont, pour l'instant, qu'appréhendés. Seule une démarche longitudinale permettrait de faire le point sur cette question.

> Afin d'accroître nos connaissances sur l'étiologie et le développement d'une double problématique par rapport aux problématiques simples, il est important de subventionner des recherches prospectives-longitudinales avec des échantillons populationnels d'adultes ou mieux, de préadolescents suivis au cours de l'adolescence et à l'âge adulte. Seule une telle démarche permettra, d'une part, de décanter les liens entre les deux problématiques en regard de leur développement (nous renvoyons ici aux six modèles que nous avons présentés) et, d'autre part, de vérifier quels facteurs de risque, qu'ils soient d'ordre personnel, familial ou social, alimentent la coexistence des deux problématiques ou leur existence unique. Parmi les facteurs de risque d'ordre personnel à considérer, il semble opportun d'inclure des

éléments relatifs à la recherche de sensation (Zuckerman, 1991) ou à la recherche de nouveauté (Cloninger, 1994). D'autres aspects touchant aux pratiques éducatives des parents, à leurs habitudes de vie et à l'influence par les pairs et les médias pourraient également s'avérer pertinents en ce qui a trait aux facteurs liés à l'environnement sociofamilial, sans oublier les éléments d'ordre socio-économique et ethnoculturel.

- > En plus des études prospectives-longitudinales (qui ont pour objet de suivre une même cohorte de jeunes dans le temps afin d'observer leur évolution), il faudrait réaliser des enquêtes populationnelles à périodes fixes, en recrutant au hasard une nouvelle cohorte de répondants à chaque reprise, afin de voir si les taux de prévalence et de comorbidité des problèmes concernés, au sein de la population générale (incluant les jeunes), augmentent, sont stables ou diminuent. En tant que responsable de ce mandat, Santé Québec devrait inclure des questions relatives aux jeux de hasard dans son questionnaire d'entrevue (qui comprend déjà des questions sur la consommation de psychotropes).

## **RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition. Washington, D.C.: Author.

Becona, E., Labrador, F., Echeburua, E., Ochoa, E. et Vallejo, M. A. (1995). Slot machine gambling in Spain: An important and new social problem. Journal of Gambling Studies. H, 265-286.

Bergeron, J., Landry, M., Ishak, A., Vaugeois, P. et Trépanier, M. (1992). Validation d'un instrument d'évaluation de la gravité des problèmes reliés à la consommation de drogues et d'alcool: L'indice de gravité d'une toxicomanie (IGT). La Direction générale de la planification et de l'évaluation, Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Gouvernement du Québec.

Bland, R. C., Newman, S. C., Orn, H. et Stebelsky, G. (1993). Epidemiology of pathological gambling in Edmonton. Canadian Journal of Psychiatry. 38(2), 108-112.

Camirand, J. (1996). Un profil des enfants et adolescents québécois. Monographie no. 3. Enquête sociale et de santé 1992-1993. Montréal: Ministère de la Santé et des services sociaux, Gouvernement du Québec.

Ciarrocchi, J. (1987). Severity of impairment in dually addicted gamblers. Journal of Gambling Behavior. 3, 16-26.

Ciarrocchi, J. et Richardson, R. (1989). Profile of compulsive gamblers in treatment: Update and comparisons. Journal of Gambling Behavior. 5(1), 53-65.

Ciarrocchi, J. W. (1993). Rates of pathological gambling in publicly funded outpatient substance abuse treatment. Journal of Gambling Studies. 9(3), 289-292.

Ciarrocchi, J. W., Kirschner, N. M. et Fallik, F. (1991). Personality dimensions of male pathological gamblers, alcoholics, and dually addicted gamblers. Journal of Gambling Studies, 7(2), 133-141.



Cloninger, C. R. (1994). Temperament and personality. Current Opinions in Neurobiology. 4, 266-273.

Cloutier, R., Champoux, L., Jacques, C. et Lancop, C. (1994). "Nos ados et les autres": Étude comparative des adolescents des Centre jeunesse de Québec et des élèves du secondaire. Québec: Centre de recherche sur les services communautaires, Université Laval.

Daghestani, A. N., Eienz, E. et Crayton, J. W. (1996). Pathological gambling in hospitalized substance abusing veterans. Journal of Clinical Psychiatry. 57(8), 360-362.

Dickerson, M. G., Baron, E., Hong, S. M. et Cottrell, D. (1996). Estimating the extent and degree of gambling-related problems in the Australian population: A national survey. Journal of Gambling Studies. 12, 161-178.

Dusseault, R. (1994). Les habitudes de vie des élèves du secondaire fréquentant une polyvalente de la commission des écoles catholiques de Montréal. Montréal, Québec: Rapport d'étude, Commission des écoles catholiques de Montréal.

Ewing, J. A. (1984). Detecting alcoholism: The CAGE questionnaire. Journal of the American Medical Association. 252. 1905-1907.

Feigelman, W., Kleinman, P. H., Lesieur, H. R., Millman, R. B. et Lesser, M. L. (1995). Pathological gambling among methadone patients. Drug and Alcohol Dependence. 39, 75-81.

Fisher, S. (1992). Measuring pathological gambling in children: The case of fruit machines in the U.K. Journal of Gambling Studies. 8, 263-285.

Fisher, S. (1993). Gambling and pathological gambling in adolescents. Journal of Gambling Studies. 9(3), 277-288.

Gambino, B., Fitzgerald, R., Shaffer, H., Renner, J. et Courtnage, P. (1993). Perceived family history of problem gambling and scores on SOGS. Journal of Gambling Studies. 9, 169-184.

Gouvernement du Québec (1996). La toxicomanie au Québec: Des inquiétudes à l'action. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Grant, B. F. (1996). Prevalence and correlates of alcohol use and DSM-IV alcohol dependence in the United States: Results of the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey. Journal of Studies on Alcoholism. 58, 464-473.

Griffiths, M. (1994). An exploratory study of gambling cross addictions. Journal of Gambling Studies. 10(4), 371-384.

Griffiths, M. D. (1990). The acquisition, development, and maintenance of fruit machine gambling in adolescents. Journal of Gambling Studies. 6(3), 193-204.

Gupta, R. et Deverensky, J. L. (soumis-a). Adolescent gambling behavior: A prevalence study and examination of the correlates associated with excessive gambling. Journal of Gambling Studies.

Gupta, R. et Deverensky, J. L. (soumis-b). An empirical examination of Jacobs' *General Theory of Addictions*: Do adolescent gamblers fit the theory? Journal of Gambling Studies.

Henly, G. A. et Winters, K. C. (1989). Development of psychosocial scales for the assessment of adolescent alcohol and drug involvement. International Journal of the Addictions. 24, 973-1001.

Jacobs, D. F. (1986). A general theory of addictions: A new theoretical model. Journal of Gambling Behavior. 2(1), 15-31.

Jacobs, D. F., Marston, A. R. et Singer, R. D. (1985). Testing a general theory of addictions: Similarities and differences between alcoholics, pathological gamblers, and

compulsive overeaters. Dans J. J. Sanchez-Sosa (Ed.), Health and Clinical Psychology. North Holland: Elsevier Science Publishers.

Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Huges, M, Eshleman, S., Wittchen, H. U. et Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. Archives of General Psychiatry. 510), 8-19

Lacey, J. H. et Evans, D. H. (1986). The impulsivist: A multi-impulsive personality disorder. British Journal of Addiction. 81, 641-649.

Ladouceur, R. (1991). Prevalence estimates of pathological gamblers in Quebec. Canadian Journal of Psychiatry. 36, 732-734.

Ladouceur, R., Boudreault, N., Jacques, C. et Vitaro, F. (en préparation). Pathological gambling and related problems among adolescents.

Ladouceur, R., Dubé, D. et Bujold, A. (1994a). Gambling among primary school students. Journal of Gambling Studies. 10, 363-370.

Ladouceur, R., Dubé, D. et Bujold, A. (1994b). Prevalence of pathological gambling and related problems among college students in the Quebec Metropolitan area. Canadian Journal of Psychiatry. 39, 289-293.

Ladouceur, R., Jacques, C., Ferland, F. et Giroux, I. (soumis). Prevalence of problem gambling: A replication study seven years later. American Journal of Psychiatry.

Ladouceur, R. et Mireault, C. (1988). Gambling behaviors among high school students in the Quebec area. Journal of Gambling Behavior. 4(1), 3-12.

Ladouceur, R. et Walker, M. (1996). A cognitive perspective of gambling. Dans P. M. Salkovskis (Eds.), Trends in cognitive and behavioural therapies (pp. 89-120). New York: Wiley.

Lesieur, H. R. et Blume, S. B. (1987). The South Oaks Gambling Screen (SOGS). A new instrument for the identification of pathological gamblers. American Journal of Psychiatry. 144, 1184-1188.

Lesieur, H. R. et Blume, S. B. (1993). Pathological gambling, eating disorders, and the psychoactive substance use disorders. Journal of Addictive Diseases. 12, 89-102.

Lesieur, H. R., Blume, S. B. et Zoppa, R. M. (1986). Alcoholism, drug abuse, and gambling. Alcoholism: Clinical and Experimental Research. 10, 33-38.

Lesieur, H. R., Cross, J., Frank, M., Welch, M., White, C. M., Rubenstein, G., Moseley, K. et Mark, M. (1991). Gambling and pathological gambling among university students. Addictive Behaviors. 16, 517-527.

Lesieur, H. R. et Heineman, M. (1988). Pathological gambling among youthful multiple substance abusers in a therapeutic community. British Journal of Addiction. 83, 765-771.

Lesieur, H. R. et Klein, R. (1987). Pathological gambling among high school students. Addictive Behaviors. 12, 129-135.

Levinson, P. K., Gerstein, D. R. et Maloff, D. R. (1983). Commonalties in substance abuse and habitual behavior. Lexington, Mass.: D.C.: Health & Company.

Linden, R. D., Pope, H. G. et Jonas, J. M. (1986). Pathological gambling and major affective disorder: Preliminary findings. Journal of Clinical Psychiatry. 47(4), 201-203.

McCormick, R. A. (1993). Disinhibition and negative affectivity in substance users with and without a gambling problem. Addictive Behavior. 18, 331-336.

McCormick, R. A. (1994). The importance of coping skill enhancement in the treatment of the pathological gambler. Journal of Gambling Studies. 10(1), 77-86.

McCormick, R. A., Russo, A. M., Ramirez, L. F. et Taber, J. I. (1984). Affective disorders among pathological gamblers seeking treatment. American Journal of Psychiatry. 141(2). 215-218.

McLellan, A. T., Luborsky, L., Woody, C. E. et O'Brien, C. P. (1980). An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients: The Addiction Severity Index. The Journal of Nervous and Mental Disease, 168(1). 26-33.

Poulin, C., Webster, I. et Single, E. (1997). Alcohol disorders in Canada as indicated by the CAGE questionnaire. Canadian Medical Association Journal. 157(11), 1529-1535.

Ramirez, L. F., McCormick, R. A., Russo, A. M. et Taber, J. I. (1983). Patterns of substance abuse in pathological gamblers undergoing treatment. Addictive Behaviors. 8, 425-428.

Rosenthal, R. J. (1989). Pathological gambling and problem gambling: Problems of definition and diagnosis. Dans H. J. Shaffer, S. A. Stein, B. Gambino et T. N. Cummings (Eds.), Compulsive gambling: Theory, research and practice (pp. 101-125). Toronto: Lexington.

Rounsaville, B. J., Anton, S. F., Carroll, K., Budde, D., Prusoff, B. A. et Gawin, F. (1991). Psychiatric diagnoses of treatment-seeking cocaine abusers. Archives of General Psychiatry. 48. 43-51.

Santé Québec (1995). Et la santé, ça va en 1992-1993 ? Rapport de L'Enquête sociale et de santé 1992-1993. Québec: Santé Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Selzer, M. L. (1971). The Michigan Alcoholism Screening Test; the quest for a new diagnostic instrument. American Journal of Psychiatry. 127, 1653-1658.

Selzer, M. L., Vinokur, A. et van Rooijen, L. (1975). A self-administered Short Michigan Alcoholism Screening Test (SMAST). Journal of Studies on Alcoholism. 36, 117-126.

Skinner, H. A. (1982). The drug abuse screening test. Addictive Behaviors. 7, 363-371.

Sobell, L. C, Sobell, M. B. et Nirenberg, T. D. (1988). Behavioral assessment and treatment planning with alcohol and drug abusers: A review with an emphasis on clinical application. Clinical Psychology Review. 8, 19-54.

Spunt, B., Lesieur, H. R., Hunt, D. et Cahill, L. (1995). Gambling among methadone patients. The International Journal of the Addictions. 30(8), 929-962.

Steinberg, M. A., Kosten, T. A. et Rounsaville, B. J. (1992). Cocaine abuse and pathological gambling. American Journal on Addictions. 1, 121-132.

Sylvain, C., Boivin, D. et Bergeron, J. (en préparation). La toxicomanie et le jeu pathologique: un parallélisme entre les définitions et les perspectives étiologiques.

Tremblay, R. E., Boulerice, B., Harden, P. W., McDuff, P., Pérusse, D., Pihl, R. O. et Zoccolillo, M. (1996). Les enfants du Canada deviennent-ils plus agressifs à l'approche de l'adolescence. Dans Développement des Ressources Humaines Canada et Statistics Canada (Eds.), Grandir au Canada: Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (pp. 127-137). Ottawa: Statistics Canada.

Vitaro, F., Ferland, F., Jacques, C. et Ladouceur, R. (sous presse). Gambling, substance use, and impulsivity during adolescence. Psychology of Addictive Behaviors.

Vitaro, F., Ladouceur, R., Arseneault, L., Zoccolillo, M. et Tremblay, R. E. (1998). Consommation abusive de psychotropes et jeu pathologique chez les jeunes: Comorbidité et étiologie.

Vitaro, F., Ladouceur, R. et Bujold, A. (1996). Predictive and concurrent correlates of gambling in early adolescent boys. Journal of Early Adolescence. 16(2), 211-228.

Volberg, R. A. (1993). Gambling and problem gambling among adolescents in Washington state. Washington State Lottery.

Volberg, R. A. (1996a). Gambling and problem gambling among Georgia adolescents. Georgia Department of Human Resources.

Volberg, R. A. (1996b). Prevalence studies of problem gambling in the United States. Journal of Gambling Studies. 12(2) 111-128.

Volberg, R. A. (1998). Gambling and problem gambling among adolescents in New York. Report to the New York Council on problem Gambling, Inc.

Winters, K. C., Stinchfield, R. D. et Fulkerson, J. (1993). Toward the development of an adolescent gambling problem severity scale. Journal of Gambling Studies. 9(1), 63-82.

Zuckerman, M. (1991). Psychobiology of personality. New York: Cambridge University Press.

## **Annexe 1: Critères diagnostiques du DSM-IV pour le jeu pathologique**

- 1) préoccupation par le jeu (ex: préoccupation par la remémoration d'expériences de jeu passées ou par la prévision de tentatives prochaines, ou par les moyens de se procurer de l'argent pour jouer);
- 2) besoin de jouer avec des sommes d'argent croissantes pour atteindre l'état d'excitation désiré;
- 3) efforts répétés mais infructueux pour contrôler, réduire ou arrêter la pratique du jeu;
- 4) agitation ou irritabilité lors des tentatives de réduction ou d'arrêt de la pratique du jeu;
- 5) joue pour échapper aux difficultés ou pour soulager une humeur dysphorique (ex.: des sentiments d'impuissance, de culpabilité, d'anxiété, de dépression);
- 6) après avoir perdu de l'argent au jeu, retourne souvent jouer un autre jour pour recouvrer ses pertes (pour "se refaire");
- 7) ment à sa famille, à son thérapeute ou à d'autres pour dissimuler l'ampleur réelle de ses habitudes de jeu;
- 8) commet des actes illégaux, tels que falsifications, fraudes, vols ou détournement d'argent pour financer la pratique du jeu;
- 9) met en danger ou perd une relation affective importante, un emploi ou des possibilités d'étude ou de carrière à cause du jeu;
- 10) compte sur les autres pour obtenir de l'argent et se sortir de situations financières désespérées dues au jeu.



## **Annexe 2: Critères diagnostiques du DSM-IV pour la dépendance**

- 1) tolérance, définie par l'un des symptômes suivants:
  - a) besoin de quantités notablement plus fortes de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré;
  - b) effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité de la substance;
- 2) sevrage caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes:
  - a) syndrome de sevrage caractéristique de la substance;
  - b) la même substance (ou une substance très proche) est prise pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage;
- 3) la substance est souvent prise en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu;
- 4) il y a un désir persistant, ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'utilisation de la substance;
- 5) beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir la substance (ex.: consultation de nombreux médecins ou déplacement sur de longues distances), à utiliser le produit (ex.: fumer sans discontinuer), ou à récupérer de ses effets;
- 6) des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation de la substance;
- 7) l'utilisation de la substance 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 substance (ex.: 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).