

Les joueurs pathologiques en traitement sont-ils un groupe homogène? Différences selon la concomitance d'un trouble d'utilisation d'une substance

Are pathological gamblers in treatment a homogeneous group: Differences based on concomitance with substance abuse disorder

Francine Ferland,¹ Nadine Blanchette-Martin,¹ Annie-Claude Savard,² Émilie Vézina,³ Andrée-Anne Légaré,⁴ Alexandra Champagne,⁵ Haniel Baillargeon-Lemieux,⁵ Isabelle Giroux,⁵ & et Pascal Garceau¹

¹ Service de recherche en dépendance CIUSSS-CN/CISS-CA, Québec, Québec, Canada

² Travail social et Criminologie, Université Laval, Québec, Québec, Canada

³ Centre de réadaptation dépendance du CIUSSS de la Capitale-Nationale, Québec, Québec, Canada

⁴ Service de toxicomanie, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Québec, Canada

⁵ École de psychologie, Université Laval, Québec, Québec, Canada

Résumé

Cette étude compare les profils sociodémographiques et cliniques de joueurs pathologiques en traitement dans un centre public de réadaptation en dépendance selon qu'ils présentent ou non un trouble lié à l'utilisation d'une substance (TUS) au moment de leur entrée en traitement. Les évaluations d'admission des joueurs requérant un traitement dans un centre public de réadaptation en dépendance ont été utilisées. Les joueurs ($N = 322$) ont été répartis en deux groupes mutuellement exclusifs, soit le groupe *Jeu sans TUS* ($n = 190$) et le groupe *Jeu avec TUS* ($n = 132$). Il était attendu que les profils sociodémographiques des deux groupes de joueurs pathologiques différeraient et que le groupe *Jeu avec TUS* présenterait un profil clinique plus sévère que le groupe *Jeu sans TUS*. Les analyses indiquent que le groupe *Jeu avec TUS* présente des besoins d'intervention plus importants sur les plans professionnel, judiciaire, psychologique et relationnel, en plus de se distinguer sur le plan sociodémographique. Toutefois, le groupe *Jeu sans TUS* présente quant à lui des besoins d'intervention plus importants concernant les habitudes de jeux de hasard et d'argent (JHA). Les auteurs discutent des implications de ces différences dans les profils cliniques, en considérant les cibles d'intervention à prioriser.

Mots-clés/Keywords: jeux de hasard et d'argent, jeu pathologique, traitement, concomitance, trouble de l'utilisation d'une substance / gambling and gaming, pathological gambling, treatment, concomitance, substance abuse disorder

Abstract

This study compared the sociodemographic and clinical profiles of pathological gamblers in treatment at a public dependence rehabilitation centre. The gamblers ($N = 322$) were divided into two mutually exclusive groups based on their entry assessments, which evaluated if they presented with a concurrent substance abuse disorder (SAD) at the onset of treatment. The groups were as follows, *Gambling without SAD* ($n = 190$) and *Gambling with SAD* ($n = 132$). It was expected that the sociodemographic profiles of the two groups of pathological gamblers would differ, with the *Gambling with SAD* group presenting a more severe clinical profile than the *Gambling without SAD* group. Analyses indicate that the *Gambling with SAD* group has a greater need for professional, legal, psychological and relational intervention, as well as differences on the sociodemographic level. However, the *Gambling without SAD* group has a greater need for intervention concerning their gambling and gaming habits. The implication of these differences in the clinical profiles is discussed in relation to the intervention targets to prioritize.

Introduction

Les études de prévalence indiquent que la majorité des personnes âgées de 18 ans et plus a déjà joué à un jeu de hasard et d'argent (JHA) au moins une fois au cours de sa vie (Griffiths, Wardle, Orford, Sproston, & Erens, 2010; Humphreys, Soebbing, Wynne, Turvey, & Lee, 2011; Kairouz, Nadeau, & Paradis, 2010). Bien que la plupart de ces personnes conservent une participation occasionnelle de divertissement, certaines développent des problèmes et subissent des conséquences négatives en raison de leur participation aux JHA (Downs & Woolrych, 2010; Kairouz et al., 2010). En Amérique du Nord, entre 1,6 et 4,6 % de la population adulte présente un problème de JHA (Barnes, Welte, Tidwell, & Hoffman, 2015; Griffiths et al., 2010; Humphreys et al., 2011; Kairouz et al., 2010; Williams, Volberg, & Stevens, 2012), alors qu'au Québec la dernière étude de prévalence dénombrait 0,7 % des adultes avec un problème de JHA et 1,3 % à risque de développer ce type de problème (Kairouz et al., 2010). Au Québec, tous ces joueurs peuvent bénéficier d'un traitement gratuit pour leur problème de JHA dans un centre public de réadaptation en dépendance (CPRD) qui reçoit tant les joueurs que les personnes présentant un trouble lié à l'utilisation d'une substance (TUS) (Desrosiers & Jacques, 2009).

Bien que plusieurs joueurs ne présentent pas d'autres problèmes de dépendance lorsqu'ils entrent en traitement pour le jeu, certains ont un profil clinique qui comporte plus d'un problème de dépendance. Les études indiquent en effet que 22 % des joueurs pathologiques ont un TUS actif au moment d'entrer en traitement pour leur problème de jeu (Dowling et al., 2015) et 66 % ont déjà eu un TUS au cours de leur vie (Barnes et al., 2015). Selon plusieurs chercheurs, la présence simultanée chez une

même personne d'un problème de JHA et d'un TUS mènerait à une aggravation des difficultés vécues par la personne (dégradation des relations interpersonnelles, présence de difficultés psychologiques, professionnelles, financières et judiciaires) (Bronnec, Rocher, Bouju, & Venisse, 2010; Feigelman, Wallisch, & Lesieur, 1998; Ladd & Petry, 2003; Lister, Milosevic, & Ledgerwood, 2015; Pietrzak, Molina, Ladd, Kerins, & Petry, 2005). Par exemple, les joueurs pathologiques présentant un TUS rapportent un niveau de bien-être et d'accomplissement significativement inférieur à celui que déclarent les joueurs pathologiques n'ayant pas de TUS, et ils présentent également un niveau de paranoïa significativement supérieur à celui de ces derniers (Lister et al., 2015). De plus, les joueurs pathologiques avec un TUS actif, ou ayant déjà éprouvé ce type de problème au cours de leur vie, rapportent davantage d'impulsivité (Krmpotich et al., 2015), de manifestations ouvertes de colère au sein de leur famille (Ciarrocchi & Hohmann, 1989), de symptômes dépressifs et anxieux (Ladd & Petry, 2003; Lister et al., 2015; Ramirez, McCormick, Russo, & Taber, 1983), de tentatives de suicide et d'idéations suicidaires (Kausch, 2003; Ramirez et al., 1983), et de problèmes judiciaires (Feigelman et al., 1998).

Des différences sociodémographiques sont aussi relevées (Feigelman et al., 1998; Ladd & Petry, 2003); les joueurs pathologiques qui présentent un TUS seraient majoritairement des hommes âgés de moins de 24 ans n'ayant jamais été mariés, alors que les joueurs pathologiques sans TUS seraient majoritairement mariés et auraient plus de 35 ans (Feigelman et al., 1998). De plus, ce dernier groupe de joueurs pathologiques compterait sensiblement autant d'hommes que de femmes (53 % d'hommes et 47 % de femmes) (Feigelman et al., 1998).

Ainsi, bien que ténue, la littérature portant sur la concomitance des problèmes de JHA et le TUS suggère une interaction complexe de ces problématiques venant aggraver le portrait clinique. Cette aggravation des difficultés en présence d'un problème de JHA et d'un TUS pousse certains chercheurs à croire que les joueurs pathologiques n'ayant pas de TUS et les joueurs pathologiques ayant un TUS devraient être considérés comme deux sous-populations distinctes de joueurs pathologiques (Feigelman et al., 1998; Ladd & Petry, 2002; Petry, 2007; Pietrzak et al., 2005). Malgré ceci, plusieurs études ne distinguent pas ces deux types de joueurs pathologiques (avec et sans TUS) et les considère comme faisant partie d'un groupe homogène ce qui a pour résultat d'estomper les particularités de chaque type de joueurs pathologiques. Conséquemment, il devient difficile d'utiliser la littérature actuelle pour distinguer le portrait complet des difficultés vécues par les joueurs pathologiques qui ont un TUS du portrait des difficultés vécues par les joueurs pathologiques n'en ayant pas. Cet exercice devient encore plus difficile lorsque l'intérêt se porte sur les joueurs pathologiques en traitement pour leur problème de JHA car le corpus de données est encore plus petit.

Cette étude avait pour objectif d'établir et de comparer les profils de ces deux types de joueurs pathologiques (avec et sans TUS actif) au moment de leur entrée en traitement dans un centre public de réadaptation en dépendance. Ces profils ont été établis en ciblant les caractéristiques sociodémographiques, les habitudes de jeu,

les relations interpersonnelles/familiales, l'état psychologique ainsi que les situations judiciaires, l'emploi et la santé physique des deux groupes de joueurs pathologiques. Il était attendu que les profils sociodémographiques des deux groupes différeraient et que les joueurs pathologiques avec TUS présenteraient des atteintes plus sévères que les joueurs pathologiques n'ayant pas de TUS sur les plans des relations familiales et interpersonnelles, de l'état psychologique, de leur situation judiciaire, de leur situation d'emploi et de leurs habitudes de JHA.

Méthode

Participants

L'étude a été réalisée à l'aide des évaluations d'admission des joueurs pathologiques de 18 ans et plus ayant consulté dans un CPRD du Québec (Canada) pour un problème de JHA ou pour un TUS entre 2007 et 2011. Au total, 322 évaluations d'admission répondant aux critères de sélection ont été réparties en deux groupes mutuellement exclusifs : les évaluations d'individus ayant un problème de JHA, mais n'ayant pas de TUS (groupe *Jeu sans TUS*; $n = 190$) et celles des individus ayant à la fois un problème de JHA et un TUS (groupe *Jeu avec TUS*; $n = 132$). L'échantillon total est composé de 72 % d'hommes et de 28 % de femmes, âgés de 19 à 76 ans ($M = 43,7$, $ET = 13,1$).

Critères de sélection. Les estimations de la gravité des problèmes de consommation d'alcool et de drogues, ainsi que de la participation aux JHA effectuées par les cliniciens lors des évaluations d'admission ont été utilisées pour sélectionner les participants et assurer que les deux groupes soient mutuellement exclusifs. Les participants des deux groupes (*Jeu sans TUS* et *Jeu avec TUS*) avaient obtenu des estimations de la gravité variant entre 4 et 9 pour la participation aux JHA, ce qui représente un problème de JHA suffisamment important pour nécessiter une intervention (Bergeron, Landry, Ishak, Vaugeois, & Trépanier, 1992). Les deux groupes se distinguaient quant à l'estimation de la gravité des problèmes de consommation d'alcool et de drogues : le groupe *Jeu sans TUS* avait obtenu des estimations de la gravité de la consommation d'alcool et de drogues de 0 ou 1 (pas de problème réel), alors que le groupe *Jeu avec TUS* avait obtenu des estimations de la gravité de la consommation d'alcool ou de drogues variant de 6 à 9 (problème allant de considérable à extrême).

Matériel

Les évaluations d'admission ont été effectuées au moyen de l'*Indice de gravité de la toxicomanie* (IGT) et al., (1992), qui est l'adaptation canadienne-française de l'*Addiction Severity Index* de McLellan, Luborsky, Woody et O'Brien (1980). La version utilisée pour ce projet inclut une évaluation des habitudes de JHA que le CPRD a ajoutée afin d'évaluer la présence de problèmes de JHA chez l'ensemble de sa clientèle. L'évaluation des habitudes de JHA a été construite en suivant le format d'évaluation des sphères *Alcool* et *Drogues* de l'IGT.

L'évaluation d'admission faite à partir de l'IGT prend la forme d'une entrevue semi-structurée visant à dresser un portrait de la situation de la personne selon sept sphères : *Alcool, Drogues, Relations familiales/interpersonnelles, État psychologique, Emploi/Ressources, Situation judiciaire* et *État de santé physique*. Les questions de l'IGT portent à la fois sur l'ensemble de la vie et sur les 30 jours précédant l'évaluation. De plus, après l'évaluation de chaque sphère, l'intervenant évaluateur porte un jugement clinique sur la gravité des atteintes en utilisant une échelle de 0 et 9. Un score de « 0-1 » indique l'absence d'un problème réel, un score de « 2-3 » indique la présence d'un problème léger, un score de « 4-5 » indique un problème moyen, un score de « 6-7 » indique la présence d'un problème considérable et un score de « 8-9 » indique un problème extrême. Les scores de « 4 à 9 » indiquent la nécessité d'une intervention, alors qu'un score de 3 et moins indique l'absence de problème ou un problème léger ne nécessitant pas de traitement (Bergeron et al., 1992). La même procédure est suivie pour l'évaluation des habitudes de JHA. La gravité des atteintes telle qu'estimée par l'évaluateur est appelée « estimation de la gravité ».

Procédure

Les IGT ont été remplis par des intervenants spécialisés dans l'évaluation (formation et supervision jusqu'à la maîtrise complète de l'instrument). Les IGT remplis entre 2007 et 2011 ont été sélectionnés et répartis en deux groupes en fonction des estimations de la gravité associées aux habitudes de JHA et de consommation d'alcool et de drogues. Les évaluations satisfaisant les critères de sélection ont par la suite été réparties en deux groupes mutuellement exclusifs, soit le groupe *Jeu sans TUS* et le groupe *Jeu avec TUS*.

Variables dépendantes

L'estimation de la gravité pour chaque sphère de l'IGT au cours des 30 derniers jours a été utilisée comme variable dépendante. De plus, des questions spécifiques de l'IGT ont été sélectionnées afin de mieux documenter les différences entre les groupes. Ainsi, l'âge, le sexe et l'éducation ont été utilisés pour dresser le profil sociodémographique. Quant à la sphère *Jeux de hasard et d'argent*, les variables retenues se rapportaient aux types de JHA problématiques, à l'argent dépensé dans les JHA au cours de l'année, ainsi qu'au nombre de jours au cours des 30 derniers jours où la personne considérait avoir des problèmes de JHA. Pour la sphère *Relations familiales/interpersonnelles*, les variables utilisées touchaient la présence de conflits graves avec la famille et les membres de l'entourage au cours des 30 derniers jours. En ce qui concerne la sphère *État psychologique*, la présence de symptômes dépressifs, de symptômes anxieux, de pensées suicidaires et de tentatives de suicide au cours des 30 jours précédant l'évaluation a été prise en compte. La perte d'emplois en raison des problèmes de dépendance au cours de la vie était la variable utilisée pour vérifier les atteintes à la sphère *Emploi/Ressources*, et le fait d'avoir déjà été reconnu coupable d'un délit ou d'une infraction au cours de la vie était la variable retenue pour vérifier les différences entre les groupes dans la sphère *Situation judiciaire*. Il est à noter que seule l'estimation de la gravité a été conservée pour la sphère *Santé physique*, car cette sphère présente un faible coefficient de corrélation de fidélité test-retest.

Analyses

Des analyses réalisées à l'aide du logiciel SPSS, avec un seuil de signification alpha de 0,05, ont été effectuées sur chaque variable retenue afin de mieux documenter les différences entre les deux groupes de joueurs pathologiques. Les estimations de la gravité des sphères et du questionnaire sur les habitudes de JHA ont été comparées à l'aide d'une MANOVA. Des ANOVA ont ensuite été effectuées pour situer la présence des différences inter-groupes. Les autres variables dépendantes continues ont été comparées à l'aide de tests-*t* pour échantillons indépendants alors que les variables catégorielles ont été comparées à l'aide de tests de khi carré d'indépendance statistique.

Résultats

Les analyses portant sur les variables sociodémographiques ont indiqué que le groupe *Jeu avec TUS* était composé de significativement plus d'hommes (81,1 %) que le groupe *Jeu sans TUS* (65,8 %), $\chi^2 (1, N = 322) = 9,02, p < ,01$. Il était de plus composé d'individus significativement plus jeunes ($M = 40,8$ ans, $ET = 11,8$) que le groupe *Jeu sans TUS* ($M = 45,6$ ans, $ET = 13,6$), $t (320) = 3,27, p < ,001$.

Le résultat de la MANOVA effectuée sur les estimations de la gravité a indiqué une différence significative entre les groupes, $F (8, 298) = 324,02, p < ,001$. Les ANOVA effectuées par la suite pour vérifier la présence de différences entre les groupes ont indiqué que les individus du groupe *Jeu avec TUS* avaient obtenu des estimations de la gravité significativement plus élevées aux sphères *Alcool* [$F (1, 305) = 1346,38, p < ,001$], *Drogues* [$F (1, 305) = 285,57, p < ,001$], *Relations familiales/interpersonnelles* [$F (1, 305) = 12,88, p < ,001$], *État psychologique* [$F (1, 305) = 21,83, p < ,001$], *Emploi/ressources* [$F (1, 305) = 16,06, p < ,001$] et *Situation judiciaire* [$F (1, 305) = 33,39, p < ,001$]. Ils avaient obtenu par ailleurs des estimations de la gravité significativement inférieures à celles des individus du groupe *Jeu sans TUS* pour la sphère JHA [$F (1, 305) = 12,53, p < ,001$], et aucune différence significative n'a été observée entre les groupes pour la sphère *Santé physique* [$F (1, 305) = 0,08, p > ,05$]. Le Tableau 1 présente les moyennes et écarts-types obtenus par chacun des groupes pour l'ensemble des sphères.

La section qui suit présente les résultats obtenus pour chacune des variables retenues dans les différentes sphères. Les pourcentages et moyennes sont présentés au Tableau 2. Tout d'abord, en ce qui concerne les variables retenues pour la sphère JHA, les analyses ont indiqué que les individus du groupe *Jeu sans TUS* étaient significativement plus nombreux que ceux du groupe *Jeu avec TUS* à rapporter un problème relatif aux activités de casino [$\chi^2 (1, N = 322) = 13,26, p < ,001$], et significativement moins nombreux à rapporter un problème relatif aux loteries de tout type [$\chi^2 (1, N = 322) = 4,76, p < ,05$]. Toutefois, il n'y avait pas de différence significative entre les groupes en ce qui concerne les problèmes liés à la participation aux appareils de loterie vidéo [$\chi^2 (1, N = 322) = 0,75, p > ,05$].

Tableau 1

Estimations moyennes de la gravité des atteintes pour chaque sphère de l'IGT selon les groupes

	Groupes				F
	Jeu sans TUS (N = 190)		Jeu avec TUS (N = 132)		
	M	ET	M	ET	
Alcool (30 derniers jours)	0	0	5,69	2,01	1346,38*
Drogues (30 derniers jours)	0	0	3,94	3,13	285,57*
Jeux de hasard et d'argent (30 derniers jours)	6,17	1,07	5,68	1,32	12,53*
État psychologique (30 derniers jours)	4,03	2,35	5,22	1,96	21,83*
Relations familiales et interpersonnelles (30 derniers jours)	3,94	2,05	4,77	1,88	12,88*
Santé physique (30 derniers jours)	1,80	1,92	1,83	1,77	0,08*
Emploi/ressources (30 derniers jours)	1,61	1,83	2,53	2,17	16,06*
Situation judiciaire (dernière année)	0,57	1,70	1,98	2,57	33,39*

* $p < ,01$

Toujours en ce qui concerne les variables retenues pour la sphère *JHA*, les analyses ont indiqué que les individus du groupe *Jeu sans TUS* avaient joué significativement plus d'argent que le groupe *Jeu avec TUS* au cours de l'année précédant leur entrée en traitement [$t(318) = 2,00, p < ,05$]. Ils ont en outre rapporté significativement plus de jours au cours du dernier mois pendant lesquels ils percevaient leurs habitudes de *JHA* comme étant un problème, comparativement aux individus du groupe *Jeu avec TUS* [$t(313) = 3,09, p < ,01$].

Les analyses effectuées sur les variables de la sphère *Relations familiales et interpersonnelles* n'ont pas indiqué de différence significative entre les groupes quant au nombre de personnes ayant été en conflit grave avec leur famille au cours des 30 derniers jours [$\chi^2(1, N = 322) = 0,15, p > ,05$]. Les individus du groupe *Jeu avec TUS* étaient toutefois significativement plus nombreux que ceux du groupe *Jeu sans TUS* à rapporter des conflits graves avec une personne n'étant pas un membre de leur famille [$\chi^2(1, N = 322) = 10,95, p < ,01$].

En ce qui a trait à la sphère *État psychologique*, les résultats ont indiqué que les individus du groupe *Jeu avec TUS* étaient significativement plus nombreux que ceux du groupe *Jeu sans TUS* à rapporter avoir souffert de dépression grave [$\chi^2(1, N = 310) = 7,05, p < ,01$], d'anxiété ou de tensions graves [$\chi^2(1, N = 318) = 6,59, p < ,05$] ainsi qu'avoir eu de fortes pensées suicidaires [$\chi^2(1, N = 319) = 5,32, p < ,05$], et à avoir fait une tentative de suicide dans les 30 jours précédant l'évaluation [$\chi^2(1, N = 321) = 9,82, p < ,01$].

Concernant la sphère *Emploi/Ressources*, les individus du groupe *Jeu avec TUS* étaient significativement plus nombreux que ceux du groupe *Jeu sans TUS* à avoir perdu leur emploi en raison de leur consommation d'une substance psychoactive

Tableau 2
Profil des groupes pour chaque sphère de l'IGT

	Groupes	
	Jeu sans TUS (N = 190)	Jeu avec TUS (N = 132)
Jeux de hasard et d'argent		
Activités problématiques au moment de l'évaluation		
Casino	19,5 %	5,3 %*
Appareils de loterie vidéo Loterie	11,6 %	20,5 %*
Appareils de loterie vidéo	84,7 %	81,1 %*
Montant joué au cours de l'année	M = 19 878,02 ET = 30 683,21	M = 14 000,71* ET = 21 827,85
Nombre de jours au cours du dernier mois pendant lesquels les habitudes de JHA sont perçues comme étant un problème	M = 16,35 ET = 11,25	M = 12,25* ET = 11,9
Relations familiales et interpersonnelles		
Présence de conflits graves avec la famille au cours des 30 derniers jours	15,8 %	17,4 %
Présence de conflits graves avec une personne n'étant pas un membre de leur famille au cours des 30 derniers jours	6,8 %	18,9 %*
État psychologique		
Présence d'une dépression grave au cours des 30 derniers jours	29,1 %	43,8 %*
Présence d'anxiété ou de tensions graves au cours des 30 derniers jours	44,9 %	59,5 %*
Présence de fortes pensées suicidaires au cours des 30 derniers jours	16,9 %	27,7 %*
Présence de tentatives de suicide au cours des 30 derniers jours	1,6 %	9,1 %*
Emploi/Ressources		
Perte d'emplois en raison de l'objet de dépendance au cours de la vie	12,6 %	35,6 %*
Situation judiciaire		
Reconnu coupable d'une infraction ou d'un délit au cours de la vie	18,8 %	48,1 %*

* $p < ,05$

(SPA) ou de leurs habitudes de JHA [$\chi^2 (1, N = 322) = 23,92, p < ,001$]. En dernier lieu, les analyses effectuées relativement à la sphère *Situation judiciaire* ont indiqué que les individus du groupe *Jeu avec TUS* étaient significativement plus nombreux que ceux du groupe *Jeu sans TUS* à avoir été reconnus coupables d'une infraction au cours de leur vie [$\chi^2 (1, N=317) = 30,84, p < ,001$].

Discussion

Cette étude avait pour but de comparer les profils sociodémographiques et cliniques de joueurs pathologiques en traitement dans un centre public de réadaptation de la dépendance, selon qu'ils présentaient ou non un TUS actif en concomitance avec leur problème de JHA au moment de leur entrée en traitement. Les résultats

confirment la première hypothèse voulant que les deux groupes présentent des profils sociodémographiques différents. En effet, les individus du groupe *Jeu avec TUS* étaient majoritairement de sexe masculin et étaient en moyenne plus jeunes que les individus du groupe *Jeu sans TUS*, ce qui est congruent avec les résultats obtenus par l'équipe de Feigelman (1998).

Les résultats confirment également la seconde hypothèse voulant que le profil clinique du groupe *Jeu avec TUS* soit plus sévère que celui du groupe *Jeu sans TUS*. En effet, les résultats observés en ce qui a trait aux estimations de la gravité ont montré que les individus du groupe *Jeu avec TUS* avaient des besoins d'intervention plus importants dans toutes les sphères, sauf en ce qui concerne la sphère JHA, où apparaissaient des besoins plus importants pour les personnes du groupe *Jeu sans TUS*, et la sphère *Santé physique*, où n'a été observée aucune différence entre les groupes.

Le même profil se présente quand on considère des variables plus spécifiques dans chacune des sphères évaluées. Cependant, il est à noter qu'outre les besoins d'intervention dans les sphères utilisées pour sélectionner les participants (*Alcool, Drogues* et *JHA*), seules les sphères *État psychologique* et *Relations familiales et interpersonnelles* ont présenté un score suffisamment élevé, soit de 4 et plus, pour indiquer un besoin d'intervention. Ces résultats concordent avec la littérature actuellement disponible (Bronnec et al., 2010; Feigelman et al., 1998; Kairouz et al., 2010; Ladd & Petry, 2003; Pietrzak et al., 2005) et laissent croire que la concomitance d'un problème de JHA et d'un TUS chez un individu qui entre en traitement pour la dépendance augmente la sévérité du profil clinique.

Il est toutefois intéressant de remarquer que contrairement à l'ensemble des sphères, les estimations de la gravité obtenues pour les habitudes de JHA vont à contresens de ce qui était attendu sur la base de la littérature présentement disponible. En effet, celle-ci donne à penser que les joueurs pathologiques ayant un TUS auraient des problèmes de JHA plus sévères que les joueurs pathologiques sans TUS (Del Pino-Gutierrez et al., 2017; Ladd & Petry, 2003). Or, la présente étude indique que les joueurs sans TUS présentent des habitudes de JHA plus sévères que les joueurs avec TUS et ce tant au niveau de l'estimation de la gravité estimée par l'intervenant évaluateur qu'au niveau des montants joués et du nombre de jours où le joueur perçoit ses habitudes de JHA comme étant un problème au cours du dernier mois. Bien qu'il soit difficile d'expliquer ce phénomène, il est possible de croire que ce résultat soit imputable au motif de consultation des participants. En effet, malgré une répartition des participants basée sur l'estimation de la gravité des sphères *Alcool, Drogues* et *JHA*, certains pouvaient avoir consulté pour un problème de consommation plutôt qu'un problème de JHA, et ce, même si ce dernier répondait aux critères pour obtenir une intervention. Le motif de consultation pourrait donc être une variable non négligeable.

Par ailleurs, les résultats concernant les activités de JHA problématiques concordent avec ce qui a été observé par Petry (2003), soit que les individus ayant une double

problématique (JHA et TUS) auraient plus tendance à participer à des loteries que ceux n'ayant pas cette double problématique. Ce choix d'activité de JHA pourrait sans doute être motivé par le coût de l'activité, qui peut plus facilement s'adapter à un budget réduit par la consommation. Il est à noter que la participation accrue aux loteries de la part du groupe *Jeu avec TUS* pourrait également expliquer pourquoi leurs dépenses annuelles de JHA sont inférieures à celles du groupe *Jeu sans TUS*. Ces résultats concordent également avec ceux de Savard (2016), qui indiquaient que les joueurs adolescents priorisaient leurs besoins de consommation d'alcool ou de drogues à leurs besoins de JHA. La priorité, en termes financiers, accordée à la consommation d'alcool ou de drogues dans notre échantillon est probablement une piste explicative intéressante si l'on veut comprendre pourquoi les joueurs avec TUS ont des habitudes de JHA qui correspondent à un besoin d'intervention moins important; la consommation occupe peut-être une place plus importante dans leur vie que leurs habitudes de JHA.

Joueurs avec ou sans TUS au moment d'entrer en traitement, les participants à notre étude étaient nombreux à avoir eu des conflits avec les membres de leur entourage peu de temps avant d'entrer en traitement. Toutefois, contrairement à ce qu'ont noté Ciarrocchi et Hohmann (1989), nous n'avons observé aucune différence entre les deux groupes de joueurs quant à la présence de conflits avec des membres de la famille. Une présence significativement plus grande de conflits avec des personnes autres que les membres de la famille a par contre été notée chez le groupe *Jeu avec TUS*. L'impulsivité plus grande de ces joueurs observée par l'équipe de Krmpotich (2015) associée à la désinhibition qui accompagne la consommation de certaines substances, dont l'alcool, peut sans doute expliquer la présence de tels conflits. Quant à l'absence de différence en ce qui a trait aux conflits avec la famille, elle peut probablement être imputable à la place importante que prennent les problèmes financiers des joueurs dans la vie familiale (Dowling, Rodda, Lubmand, & Jackson, 2014; Downs & Woolrych, 2010; Grant Kalischuk, Nowatzki, Cardwell, Klein, & Solowoniuk, 2006).

Les résultats obtenus pour les variables de la sphère *État psychologique* confirment eux aussi ce qui a déjà été observé dans la littérature (Feigelman et al., 1998; Kausch, 2003; Ramirez et al., 1983), à savoir que les individus présentant la double problématique (JHA et TUS) au moment d'entrer en traitement sont plus nombreux à rapporter la présence de symptômes dépressifs et anxieux ainsi que d'idéations suicidaires, et à avoir fait une tentative de suicide. Toujours selon la littérature, la différence observée entre les groupes pour ces variables pourrait être associée aux effets de la substance consommée (Ladd & Petry, 2003) ainsi qu'à des atteintes plus sévères dans les sphères de vie (*Relations familiales/interpersonnelles, Emploi Ressources, Situation judiciaire*) engendrant une détresse significative et une augmentation de la symptomatologie (Kausch, 2003). Par ailleurs, les hauts taux de comportements suicidaires chez les individus ayant la double problématique (JHA et TUS) pourraient également être attribuables à de plus hauts niveaux d'impulsivité, de désinhibition et de détresse psychologique qui précipiteraient les comportements suicidaires (Kausch, 2003; Krmpotich et al., 2015; Ladd & Petry, 2003; McCormick,

1993). La présence de désinhibition et d'impulsivité chez les joueurs pathologiques de ce projet reste toutefois à confirmer, car l'évaluation utilisée ne tenait pas compte de ces variables.

Les différences observées concernant la perte d'emploi due aux problèmes de JHA ou de consommation convergent elles aussi avec les données présentes dans la littérature (Ladd & Petry, 2003; Ladouceur, Boisvert, Pépin, Loranger, & Sylvain, 1994). Encore une fois, la combinaison de la double problématique (JHA et TUS) semble influencer à la hausse le potentiel de licenciement des joueurs pathologiques (Ladd & Petry, 2003; Ladouceur et al., 1994). Il est possible de croire que cette double problématique est associée à un plus grand investissement de temps dans l'objet de dépendance (consommer/jouer, se procurer de l'argent/la substance), ce qui pourrait conséquemment avoir un impact négatif sur l'implication et le rendement en emploi. Par ailleurs, la perte d'emploi pourrait être une conséquence du haut taux de détresse psychologique observé chez les individus souffrant d'une double problématique. Cette détresse influencerait la performance au travail et entraînerait des absences répétées, mettant l'emploi en péril. Pour approfondir cet aspect et présenter un portrait d'autant plus complet de cette sphère, il serait pertinent de porter attention à certaines conséquences professionnelles de la consommation et des JHA autres que celles qui ont été évaluées à l'entrée en traitement.

Tout comme ce qu'a observé Feigelman et al. (1998), les résultats de notre étude indiquent que les individus ayant la double problématique (JHA et TUS) sont plus susceptibles d'avoir été reconnus coupables d'une infraction ou d'un délit au cours de leur vie. Cela semble toutefois contraire à l'hypothèse de Potenza et al. (2000) voulant que, lorsque la sévérité des problèmes de JHA augmente, la participation à des activités criminelles suit la même tangente. En effet, les participants de notre échantillon présentant des problèmes de jeu plus sévères (groupe *Jeu sans TUS*) ont rapporté moins d'infractions et de délits pour lesquels ils ont été reconnus coupables que ceux du groupe *Jeu avec TUS*. Il est important de noter que notre étude prenait en considération tout acte illégal pour lequel un participant avait été reconnu coupable alors que l'étude de Potenza et al. (2000) se concentrait plutôt sur les actes illégaux liés aux JHA. L'équipe de Potenza ne tenait pas compte non plus de la présence d'un problème de consommation chez les participants. Il ne faut pas oublier que se procurer la drogue nécessaire à la consommation est en soi un acte illégal et, ce faisant, les participants du groupe *Jeu avec TUS* sont plus souvent placés dans des situations où ils risquent d'être arrêtés et reconnus coupables par la suite. Cela peut donc venir augmenter la sévérité du profil judiciaire des participants du groupe *Jeu avec TUS*. Par ailleurs, la désinhibition associée à la consommation d'alcool ou de drogues pourrait aussi jouer un rôle dans la nature des infractions perpétrées par les individus ayant la double problématique. Il est toutefois nécessaire de reconnaître que les données utilisées dans notre étude concernent les actes criminels pour lesquels les joueurs pathologiques ont été reconnus coupables, et non la commission d'actes illégaux qui auraient pu passer inaperçus ou ne pas avoir été punis par la loi. Il serait intéressant de mieux comprendre la nature des liens existant entre activités de JHA, consommation d'alcool ou de drogues et infractions/délits, notamment sur les plans

du financement et des contextes d'actualisation. À cet égard, plusieurs études menées auprès d'adolescents démontrent des liens très étroits entre ces activités (Brunelle, Leclerc, Dufour, Cousineau, & Gendron, 2009; Savard, 2016), et le traitement de la double problématique ne peut exclure la compréhension de ces liens.

Par ailleurs, les différences observées entre les personnes du groupe *Jeu sans TUS* et celles du groupe *Jeu avec TUS* semblent correspondre aux profils de joueurs mis de l'avant par Blaszczyński et Nower en 2002. En effet, les joueurs du groupe *Jeu sans TUS* présentent peu d'atteintes sur leurs différentes sphères de vie et peu de problématiques concomitantes. Ce faisant, ils semblent bien représenter les joueurs au comportement conditionné alors que les joueurs du groupe *Jeu avec TUS* correspondent davantage au profil des joueurs émotionnellement vulnérables et pourrait même correspondre davantage au profil des joueurs antisociaux et impulsifs en raison de leur profil judiciaire plus important. Bien qu'il puisse être possible de trouver des ressemblances entre les joueurs de l'étude et les descriptions des trois profils de joueurs de Blaszczyński et Nower, il est important de noter que nous n'avons pas inclus toutes les composantes des différents profils, puisque l'objectif n'était pas de valider les profils de Blaszczyński et Nower. Malgré tout, les similarités observées entre les joueurs ayant participé à ce projet et les caractéristiques des trois profils de joueurs laissent croire que la présence d'un problème de consommation chez un joueur augmente la sévérité du profil, et donc l'intensité de l'intervention qui doit lui être offerte.

Cette étude comporte certaines limites inhérentes à l'évaluation effectuée à partir d'informations autorapportées par le participant et qui peuvent conduire à une sur- ou une sous-évaluation du profil clinique. Il est également à noter que les résultats pourraient être difficilement généralisables à l'ensemble des joueurs pathologiques, car seulement 7 à 12 % d'entre eux accèdent à un traitement (Slutske, 2006). Dans cette optique, la population de joueurs à l'étude pourrait être une population particulière. Il est cependant important de mentionner que les estimations de la gravité utilisées pour le projet présentent une grande validité sur le plan clinique, car elles ont été effectuées par des intervenants expérimentés dans l'évaluation des personnes ayant un problème de dépendance. Une autre limite de l'étude est de n'avoir tenu compte que de la gravité des problèmes de consommation et de JHA au moment de l'évaluation. Il est possible que les joueurs sans TUS aient déjà eu un problème de consommation et que la présence de ce problème passé ait influencé leurs réponses aux questions concernant le profil judiciaire. Toutefois, comme la majorité des variables retenues ciblaient les 30 derniers jours ou l'année précédant l'évaluation, la présence d'un TUS par le passé teinte peu les résultats obtenus. Il est également à noter que le fait de ne pas tenir compte du motif de consultation des participants (consommation ou JHA) peut limiter la portée des résultats, car le problème de JHA pourrait ne pas être la priorité de ces participants, et ce, même si le problème de JHA est suffisamment important pour nécessiter une intervention.

Malgré les limites précédemment expliquées, cette étude a des implications importantes sur les plans cliniques et des connaissances. D'abord, elle démontre que les

joueurs en traitement ne sont pas un groupe homogène et que la présence d'un autre problème de dépendance au moment de l'entrée en traitement augmente la sévérité du portrait clinique. Sur le plan clinique, cette étude permet de préciser les cibles d'intervention spécifiques aux deux groupes de joueurs et indique clairement qu'il est important de s'attarder à l'évaluation de la détresse psychologique au moment de l'entrée en traitement.

Références

Barnes, G. M., Welte, J. W., Tidwell, M.-C. O., & Hoffman, J. H. (2015). Gambling and substance use: Co-occurrence among adults in a recent general population study in the United States. *Journal of Gambling Studies*, *15*(1), 55–71. doi:10.1080/14459795.2014.990396

Bergeron, J., Landry, M., Ishak, A., Vaugeois, P., & 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)*. Recherche et intervention sur les substances psychoactives-Québec (RISQ), Montréal, 107 pages.

Blaszczynski, A. & Nower, L. (2002). A pathways model of problem and pathological gamblers. *Addiction*, *97*(5), 487–499. doi:10.1046/j.1360-0443.2002.00015.x

Bronnec, M., Rocher, B., Bouju, G., & Venisse, J.-L. (2010). Jeu et addiction. *Annales Médico-psychologiques*, *168*(7), 509–512. doi:10.1016/j.amp.2010.06.004

Brunelle, N., Leclerc, D., Dufour, M., Cousineau, M.-M., & Gendron, A. (2009). Trajectoires d'adolescents joueurs adeptes du jeu par Internet en lien avec la consommation de substances psychoactives et la délinquance. *Criminologie*, *45*(2), 107–132. doi:10.7202/1013722ar

Ciarrocchi, J., & Hohmann, A. A. (1989). The family environment of married male pathological gamblers, alcoholics, and dually addicted gamblers. *Journal of Gambling Behavior*, *5*(4), 283–291. doi:10.1007/BF01672429

Del Pino-Gutierrez, A., Fernandez-Aranda, F., Granero, R., Tarrega, S., Valdeperez, A., Aguera, Z., Jimenez-Murcia, S. (2017). Impact of alcohol consumption on clinical aspects of gambling disorder. *International Journal of Mental Health Nursing*, *26*(2), 121–128. doi:10.1111/inm.12221

Desrosiers, P., & Jacques, C. (2009). *Les services en jeu pathologique dans les centres de réadaptation en dépendance : Guide bonnes pratiques et offre de services de base*. Association des Centres de réadaptation en dépendance du Québec, Montréal. 90 pages.

- Dowling, N. A., Cowlshaw, S., Jackson, A. C., Merkouris, S. S., Francis, K. L., & Christensen, D. R. (2015). Prevalence of psychiatric co-morbidity in treatment-seeking problem gamblers: A systematic review and meta-analysis. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, *49*(6), 519–539. doi:10.1177/0004867415575774
- Dowling, N. A., Rodda, S. N., Lubmand, D. I., & Jackson, A. C. (2014). The impacts of problem gambling on concerned significant others accessing web-based counselling. *Addictive Behaviors*, *39*(8), 1253–1257. doi:10.1016/j.addbeh.2014.04.011
- Downs, C., & Woolrych, R. (2010). Gambling and debt: The hidden impacts on family and work life. *Community, Work and Family*, *13*(3), 311–328. doi:10.1080/13668803.2010.488096
- Feigelman, W., Wallisch, L. S., & Lesieur, H. R. (1998). Problem gamblers, problem substance users, and dual-problem individuals: An epidemiological study. *Journal of public health*, 467–470. doi:10.2105/AJPH.88.3.467
- Grant Kalischuk, R., Nowatzki, N., Cardwell, K., Klein, K., & Solowoniuk, J. (2006). Problem gambling and its impact on families: A literature review. *International Gambling Studies*, *6*(1), 31–60. doi:10.1080/14459790600644176
- Griffiths, M. D., Wardle, H., Orford, J. S., Sproston, K., & Erens, B. (2010). Gambling, alcohol, consumption, cigarette smoking and health: Findings from the 2007 British Gambling Prevalence Survey. *Addiction Research & Theory*, *18*(2), 208–223. doi:10.3109/16066350902928569
- Humphreys, B. R., Soebbing, B. P., Wynne, H., Turvey, J., & Lee, Y. S. (2011). *The socio-economic impact of gambling in Alberta*. University of Alberta Seiga research team. Alberta, 349 pages.
- Kairouz, S., Nadeau, L., & Paradis, C. (2010). *Enquête ENHJEU - Québec: Portrait du jeu au Québec: Prévalence, incidence et trajectoires sur quatre ans*. Laboratoire de recherché sur les habitudes de vie et les dépendances, Université Concordia. Montréal. 46 pages.
- Kausch, O. (2003). Patterns of substance abuse among treatment-seeking pathological gamblers. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *25*(4), 263–270. doi:10.1016/S0740-5472(03)00117-X
- Krmpotich, T., Mikulich-Gilbertson, S., Sakai, J., Thompson, L., Banich, M. T., & Tanabe, J. (2015). Impaired decision-making, higher impulsivity, and drug severity in substance dependence and pathological gambling. *Journal of Addiction Medicine*, *9*(4), 273–280. doi:10.1097/ADM.0000000000000129

Ladd, G. T., & Petry, N. M. (2002). Disordered gambling among university-based medical and dental patients: A focus on Internet gambling. *Psychology of Addictive Behaviors, 16*(1), 76–79. doi:10.1037/0893-164X.16.1.76

Ladd, G. T., & Petry, N. M. (2003). A comparison of pathological gamblers with and without substance abuse treatment histories. *Experimental and Clinical Psychopharmacology, 11*(3), 202–209. doi:10.1037/1064-1297.11.3.202

Ladouceur, R., Boisvert, J.-M., Pépin, M., Loranger, M., & Sylvain, C. (1994). Social cost of pathological gambling. *Journal of Gambling Studies, 10*(4), 399–409. doi:10.1007/BF02104905

Lister, J. J., Milosevic, A., & Ledgerwood, D. M. (2015). Personality traits of problem gamblers with and without alcohol dependence. *Addictive Behaviors, 47*, 48–54. doi:10.1016/j.addbeh.2015.02.021

McCormick, R. A. (1993). Disinhibition and negative affectivity in substance abusers with and without a gambling problem. *Addictive Behaviors, 18*(3), 331–336. doi:10.1016/0306-4603(93)90034-7

McLellan, A. T., Luborsky, L., Woody, G. E., & O'Brien, C. P. (1980). An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients. *Journal of Nervous and Mental Disease, 168*(1), 26–33. doi:10.1097/00005053-198001000-00006

Petry, N. M. (2003). A comparison of treatment-seeking pathological gamblers based on preferred gambling activity. *Addiction, 98*(5), 645–655. doi:10.1046/j.1360-0443.2003.00336.x

Petry, N. M. (2007). Gambling and substance use disorders: Current status and future directions. *American Journal on Addictions, 16*(1), 1–9. doi:10.1080/10550490601077668

Pietrzak, R. H., Molina, C. A., Ladd, G. T., Kerins, G. J., & Petry, N. M. (2005). Health and psychosocial correlates of disordered gambling in older adults. *American Journal of Geriatric Psychiatry, 13*(6), 510–519. doi:10.1176/appi.ajgp.13.6.510

Potenza, M. N., Steinberg, M. A., McLaughlin, S. D., Wu, R., Rounsaville, B. J., & O' Malley, S. S. (2000). Illegal behaviors in problem gambling: Analysis of data from a gambling helpline. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law, 28*(4), 389–403.

Ramirez, L. F., McCormick, R. A., Russo, A. M., & Taber, J. I. (1983). Patterns of substance abuse in pathological gamblers undergoing treatment. *Addictive Behaviors, 8*(4), 425–428. doi:10.1016/0306-4603(83)90044-8

Savard, A.-C. (2016). *Habitudes problématiques de jeux de hasard et d'argent à l'adolescence : Une analyse axée sur la perspective de l'acteur*(Thèse de doctorat).

Université Laval, Québec. Récupéré de : <https://corpus.ulaval.ca/jspui/bitstream/20.500.11794/26891/1/32445.pdf>

Slutske, W. S. (2006). Natural recovery and treatment-seeking in pathological gambling: Results of two U.S. national surveys. *American Journal of Psychiatry*, 163(2), 297–302. doi:10.1176/appi.ajp.163.2.297

Williams, R. J., Volberg, R. A., & Stevens, R. M. G. (2012). *The population prevalence of problem gambling: Methodological influences, standardized rates, jurisdictional differences, and worldwide trends*. Report prepared for the Ontario Problem Gambling Research Centre and the Ontario Ministry of Health and Long Term Care. May 8, 2012. <http://hdl.handle.net/10133/3068>

Manuscrit soumis le 9 novembre 2017 et accepté le 19 avril 2018. Cet article a fait l'objet d'une évaluation par les pairs. Toutes les adresses URL étaient actives au moment de la soumission.

Submitted November 9, 2017; accepted April 19, 2018. This article was peer reviewed. All URLs were available at the time of submission.

Correspondance/For correspondence: Francine Ferland, Ph.D, Service de recherche en dépendance CIUSSS-CN/CISS-CA, Centre de réadaptation dépendance du CIUSSS de la Capitale-Nationale, Québec (Québec), Canada. E-mail: francine.ferland.ciusscncn@sss.gouv.qc.ca

Conflit d'intérêts/Competing interests: French translation of statement (to the right). / None declared.

Approbation éthique/Ethics approval: Comité d'éthique de la recherche en toxicomanie du Centre Dollard-Cormier. Le projet a été approuvé le 7 mars 2012 et le numéro de référence est le CÉRT # : 2012-137.

Centre Dollard-Cormier drug dependence research ethics committee. The project was approved on March 7, 2012, and the reference number is CERT #: 2012-137.

Remerciements/Acknowledgements: Ce projet n'a pas reçu de financement. Toutefois FF a reçu une subvention de l'Institut universitaire en dépendance du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal afin d'engager un statisticien. Les auteurs tiennent à remercier l'Institut universitaire en dépendance pour son soutien.

This project did not receive any funding, although FF received a grant from the CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal Institut universitaire en dépendance to hire a statistician. The authors would like to thank the Institut universitaire en dépendance for its support.