

L'Inventaire canadien des jeux de hasard et
d'argent chez l'adolescent
(ICJA)
Rapport final de la Phase III

Joël Tremblay, Ph.D.

Randy Stinchfield, Ph.D.

Jamie Wiebe, Ph.D.

Harold Wynne, Ph.D.

Présenté au Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies et au
Consortium interprovincial de recherche sur les jeux de hasard

Juillet 2010

Table des matières

Remerciements.....	7
1 Introduction.....	9
2 Protocole de recherche et Méthode	10
2.1 Instruments	10
2.1.1 Inventaire canadien des jeux de hasard et d’argent chez l’adolescent (la version expérimentale).....	10
2.1.2 Variables étalon approximatives (Gold Standards)	11
2.1.2.1 Critères de jeu pathologique au DSM-IV (auto-rapporté)	12
2.1.2.2 Critères du jeu pathologique au DSM-IV (cotation par le clinicien)	12
2.1.2.3 Cotation par le clinicien de la gravité du jeu chez l’adolescent (CCGJA) .	12
2.1.2.4 Être en traitement pour ses habitudes de jeux de hasard et d’argent....	12
2.1.3 South Oaks Gambling Screen – Revised for Adolescents	12
2.1.4 Impulsivité: version à cinq items de l’Échelle d’impulsivité de Eysenck (Impulsiveness Scale de Eysenck)	13
2.1.5 Prise de risques: version modifiée de l’Enquête sur les comportements à risque des jeunes (Youth Risk Behaviour Survey).....	14
2.1.6 Sous-échelle de prise de décisions tirée de la Liste de stratégies d’adaptation pour enfants (Children’s Coping Strategies Checklist).....	15
2.1.7 Sentiment d’efficacité personnelle.....	15
2.1.8 Maîtrise de soi: Échelle brève de maîtrise de soi (Brief Self-Control Scale).....	16
2.2 Groupe cible pour la Phase III.....	16
2.3 Méthode de collecte de données de la Phase III.....	17
2.4 Description des participants /Échantillon d’entrevues cliniques (Phase II et III).....	20
2.5 Accord inter-juges.....	28
3 Résultats	29
3.1 Structure factorielle.....	29
3.1.1 Analyses factorielles exploratoires.....	29
3.1.2 Analyses factorielles confirmatoires	33
3.2 Fidélité	36
3.3 Variables étalon	37
3.4 Analyses de classification	38

3.4.1	Analyses en fonction discriminante.....	39
3.4.2	Analyses ROC	43
3.4.3	Détermination du point de rupture entre les catégories pas de problème de jeu (feu vert) et problème faible à modéré de jeu (feu jaune) à la sous-échelle de gravité des problèmes de jeu.....	52
3.5	Validité convergente.....	54
3.6	Limites.....	60
4	L'ICJA.....	61
4.1	Choix de réponse	61
4.2	Calcul des résultats	61
4.3	Interprétation	62
5	Avenues de recherche	68
	Références.....	70
	Annexe A: Tableaux complémentaires AFC.....	72
	Annexe B: Questionnaires reliés aux concepts autres que le jeu et administrés au début de l'entrevue clinique	74
	Annexe C: Entrevue clinique.....	77
	Annexe D: Critères du jeu pathologique du DSM-IV / Auto-rapporté	93
	Annexe E: Critères du jeu pathologique du DSM-IV / Cotation du clinicien	96
	Annexe F: Cotation par le clinicien de la gravité du jeu chez l'adolescent (CCGJA).....	97
	Annexe G: Comparaison de moyennes des scores aux sous-échelles	99

Liste des tableaux

Tableau 2.0:	<i>Scores au DSM-IV et à la CCGJA pour les adolescents interrogés lors de la phase II et pour l'échantillon cible de la Phase III</i>	17
Tableau 2.1:	<i>Détection et entrevues de la Phase III</i>	19
Tableau 2.2:	<i>Distribution des participants de la Phase III</i>	19
Tableau 2.3:	<i>Distribution de l'échantillon total d'entrevue cliniques (Participants des phases II et III)</i>	20
Tableau 2.4:	<i>Données sociodémographiques des participants aux entrevues cliniques des phases II et III</i>	20
Tableau 2.5:	<i>Distribution des fréquences de participation aux activités de jeu chez les participants aux entrevues cliniques des phases II et III</i>	23
Tableau 2.6:	<i>Taux d'endossement des items portant sur les conséquences du jeu par les participants aux entrevues cliniques des phases II et III</i>	25
Tableau 2.7:	<i>Taux d'accord entre les juges indépendants et les cotations des cliniciens quant selon les variables étalon (cotation binaire)</i>	28
Tableau 3.1:	<i>Coefficients de saturation des 21 items à l'intérieur de la solution à quatre facteurs</i>	30
Tableau 3.2:	<i>Variance expliquée par chaque facteur</i>	31
Tableau 3.3:	<i>Corrélations inter-facteur des quatre facteurs de l'ICJA (n=759)</i>	32
Tableau 3.4:	<i>Indices statistiques de l'ajustement global du modèle</i>	35
Tableau 3.5:	<i>Consistance interne et stabilité temporelle des facteurs de l'ICJA</i>	37
Tableau 3.6:	<i>Corrélations entre les trois mesures de sévérité du jeu</i>	37
Tableau 3.7:	<i>Distribution des participants en fonction de la variable étalon du DSM-IV</i>	38
Tableau 3.8:	<i>Distribution des participants en fonction du DSM-IV (auto-rapporté) et de la CCGJA</i>	38
Tableau 3.9:	<i>Distribution des participants en fonction de la cotation du clinicien au DSM-IV et de la CCGJA</i>	38
Tableau 3.10:	<i>Division des variables étalon entre les catégories jeu problématique et les autres</i>	39
Tableau 3.11:	<i>Items retenus par une AFD pas-à-pas vers l'avant comparant les scores positifs (feux rouges) et négatifs (verts/jaunes) aux variables étalon</i>	40
Tableau 3.12:	<i>Items retenus par une AFD pas-à-pas vers l'arrière comparant les scores positifs (feux rouges) et négatifs (verts/jaunes) aux variables étalon</i>	42

Tableau 3.13: <i>Indices de performances des groupes d'items identifiés par l'AFD pas-à-pas vers l'avant</i>	45
Tableau 3.14: <i>Indices de performance des groupes d'items identifiés par l'AFD pas-à-pas vers l'arrière</i>	46
Tableau 3.15: <i>Indices de performance de classification de deux autres solutions</i>	47
Tableau 3.16: <i>Indices de performance de trois points de rupture pour la sous-échelle de gravité des problèmes de jeu</i>	49
Tableau 3.17: <i>Composition de la sous-échelle de gravité des problèmes de jeu de l'ICJA</i>	51
Tableau 3.18: <i>Division des variables étalon entre les catégories gravité élevée, gravité faible à modérée et pas de problème</i>	53
Tableau 3.19: <i>Comparaison d'une classification binaire versus une classification à trois niveaux en croisant la sous-échelle de gravité des problèmes de jeu (SGPJ) et la variable étalon fusionnée</i>	54
Tableau 3.20: <i>Validité convergente: Coefficients de corrélation de Pearson entre les sous-échelles et les mesures de participation au jeu</i>	55
Tableau 3.21: <i>Régression entre les sous-échelles de l'ICJA et les mesures de participation au jeu</i>	56
Tableau 3.23 : <i>Validité convergente : Coefficients de corrélation de Pearson entre les sous-échelles de l'ICJA et les corrélats</i>	58
Tableau 3.24: <i>Comparaison de l'appartenance aux catégories de la sous-échelle de gravité des problèmes de jeu avec les échelles de mesures validées</i>	59
Tableau 4.1: <i>Distribution des items du SGPJ selon les quatre concepts composant l'ICJA</i>	62
Tableau 4.2: <i>Classification en percentiles pour les quatre sous-échelles (N = 864)</i>	64
Tableau A1: <i>AFC : Saturations factorielles du modèle à quatre facteurs</i>	72
Tableau A2: <i>AFC: Mesure de l'erreur de variance du modèle à quatre facteurs</i>	73
Tableau A3: <i>AFC : Variances et covariances des facteurs du modèle à quatre facteurs</i>	73
Tableau A4: <i>Analyses de variance multivariée et univariée des sous-échelles de l'ICJA (incluant les participants âgés de 18 ans)</i>	99
Tableau A5: <i>Comparaison des scores aux sous-échelles de l'ICJA en fonction de l'âge (incluant les participants âgés de 18 ans)</i>	100
Tableau A6: <i>Analyses de variance multivariée et univariée des sous-échelles de l'ICJA (sans les participants âgés de 18 ans)</i>	101
Tableau A7: <i>Comparaison des scores aux sous-échelles de l'ICJA en fonction de l'âge (sans les participants âgés de 18 ans)</i>	102

Liste des figures

Figure 3.1: <i>Modèle à quatre facteurs</i>	33
Figure 3.2: <i>Modèle hiérarchique</i>	34
Figure 3.3: <i>Courbe ROC de la sous-échelle de gravité des problèmes de jeu (neuf items) comparée à la cotation des critères du DSM-IV par le clinicien</i>	48

Remerciements

Nous sommes très reconnaissants à tous les jeunes qui ont généreusement accepté de participer à cette recherche; leur participation est le coeur de cette étude. Nous sommes également reconnaissants aux directeurs des centres de traitement du Québec et au centre Portage de l'Ontario, qui nous ont accueillis avec sincérité et nous ont aidé à faire avancer la science de la psychométrie du jeu chez les jeunes canadiens. Ces centres de traitement incluent le Centre Dollard-Cormier, le Centre le Grand Chemin (Québec, Montréal, St-Célestin), Portage (Québec; Beaconsfield; Lac Echo; Elora, Ontario), Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec, le Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve, le Centre de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie de Chaudière-Appalaches, le Centre jeunesse de Québec, le Centre jeunesse de Chaudière-Appalaches, et le Pavillon Foster.

Le Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve (Yvan Gingras) et le Centre de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie de Chaudière-Appalaches (Michel Larochelle) ont facilité la réalisation du volet québécois du projet en offrant l'assistance de leur équipe de recherche, particulièrement Nadine Blanchette-Martin. Nos remerciements vont également à Annie Truchon, qui a été la première coordonnatrice de recherche de la collecte de données au Québec (phase II) et à Annie-Claude Savard, qui a coordonné la troisième phase avec beaucoup d'efforts. Un merci spécial à tous les assistants de recherche qui ont travaillé avec enthousiasme à ce projet : Francis Berthelot, Pascal Garceau, Geneviève Demers-Lessard, Guillaume Pelletier, Isabelle Labrecque. Merci à Stéphane Tremblay, Renée Bissonnette, Marie-Sophie Desrochers, Julie Thibault, Stéphanie Groleau, Marlène Prévost, Martine Moffet, Mélanie Robichaud, Vonrick Hoyte, Luc Séguin, Alyssa Mew, Sandra Malenfant, Claude Simard, Martin Cameron et Lisa Brown, qui ont tous accepté de mettre leurs compétences cliniques au profit de cette recherche. Merci à Anne-Claire Villeneuve qui a travaillé à la traduction française de plusieurs documents dans le cadre de ce projet.

Finalement, ce projet n'aurait pas été possible sans le soutien continu des organismes subventionnaires. Nous sommes spécialement reconnaissants au comité de supervision représenté par :

- Sue Birge, Gaming Policy and Enforcement Branch, British Columbia
- Dominique Bouchard, Ministère de la Santé et des Services Sociaux
- Kristianne Dechant, Commission de régie du jeu du Manitoba
- Celeste M. Gotell, Nova Scotia Gaming Foundation

- Jacques LeCavalier, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies
- Rob Simpson, Ontario Problem Gambling Research Centre
- Vickii Williams, Alberta Gaming Research Institute

1 Introduction

Le développement et l'évaluation des qualités psychométriques de l'Inventaire canadien des jeux de hasard et d'argent chez l'adolescent (ICJA) avaient été entrepris en deux phases. La phase I consistait en: (a) un examen de comment le jeu problématique est conceptualisé, défini et mesuré dans la littérature; et (b) le développement d'un nouveau cadre conceptuel, d'une nouvelle définition et d'une nouvelle façon de mesurer le jeu problématique. Cette phase de la recherche a impliqué une revue exhaustive de la littérature, la consultation d'un groupe d'experts dans le domaine et des groupes de discussion avec des adolescents. Le résultat a été le développement d'un nouveau cadre conceptuel et d'une nouvelle définition opérationnelle et le développement d'une version expérimentale d'un instrument visant à mesurer le jeu problématique.

La phase II du projet impliquait le raffinement et l'évaluation de la validité et de la fidélité de l'instrument développé lors de la phase I. Cela a été réalisé par l'évaluation simultanée des versions française et anglaise de l'instrument auprès d'adolescents¹ issus de milieux scolaires du Manitoba et du Québec. La collecte de données incluait une étude pilote réalisée auprès de 195 élèves du Manitoba et 277 élèves du Québec. Cette étude pilote a été suivie d'une enquête dans les écoles auprès de 2 394 élèves, d'un retest auprès de 343 élèves issus de cette enquête et d'entrevues de validation cliniques auprès de 109 élèves qui ont d'abord participé à l'enquête dans les écoles.

Le devis de recherche original de la phase II proposait l'utilisation de deux sources de données externes pour interpréter les scores aux échelles et établir les points de rupture visant à déterminer les niveaux de comportements de jeu à risque; les jeunes en traitement pour problèmes de jeu et des évaluations faites par des cliniciens. Il est important d'évaluer la justesse de la classification de l'instrument (i.e. sensibilité, spécificité, valeurs prédictives positives et négatives) dans la détection « d'un cas de jeu problématique » en comparaison à un critère de référence telle l'évaluation d'un clinicien expert. Lors de la phase II, nous avons été incapables de trouver des jeunes âgés de 12 à 17 ans en traitement pour un problème de jeu. De plus, très peu de jeunes classifiés comme joueurs problématiques sont ressortis des entrevues cliniques auprès d'élèves issus des milieux scolaires. Par conséquent, en l'absence d'un critère de validation externe et de consensus d'experts, les distributions de fréquences et les mesures de tendances centrales ont été utilisées afin de déterminer ce en quoi consiste un comportement de jeu « anormal » pour un échantillon de joueurs issus de milieux scolaires. Ainsi, les points de rupture et les interprétations des résultats fournis au terme de

¹ L'utilisation du genre masculin adoptée tout au long du présent document a pour seul but d'alléger le texte et ne comporte aucune intention discriminatoire.

la phase II étaient temporaires. Les résultats se devaient d'être validés auprès d'échantillons appropriés; particulièrement, des échantillons qui incluent des jeunes présentant des problèmes de jeu².

La phase III abordait les limites de la phase II en rejoignant un nouvel échantillon de jeunes qui étaient davantage à risque d'avoir des problèmes avec le jeu (e.g., des adolescents en traitement pour abus de substances ou recevant des services en centre jeunesse) ou qui avaient un problème avec le jeu.

En résumé, les objectifs de la phase III sont les suivants:

1. Évaluer la justesse de la classification de l'ICJA (sensibilité, spécificité, valeurs prédictives positive et négative) dans la détection des comportements de jeu problématiques en comparaison avec une évaluation clinique.
2. Recalculer la validité et la fidélité considérant l'ajout de nouveaux participants recrutés en phase III.

2 Protocole de recherche et Méthode

2.1 Instruments

Pour la collecte de données de la phase III, les instruments de mesure utilisés ont été les mêmes que ceux utilisés en phase II. Ils sont tout de même décrits ici pour faciliter la compréhension du lecteur. Tous les questionnaires utilisés se retrouvent en annexes.

2.1.1 Inventaire canadien des jeux de hasard et d'argent chez l'adolescent (la version expérimentale)

L'Inventaire canadien des jeux de hasard et d'argent chez l'adolescent est composé de 19 activités de jeu/pari/gageure auxquelles l'adolescent peut avoir participé au cours des trois derniers mois. Le jeu/pari/gageure est défini comme une activité « ... où tu joues, paries ou gages de l'argent ou quelque chose qui a de la valeur pour remporter de l'argent ou quelque chose d'autre qui a de la valeur ». Pour chaque activité, le répondant devait indiquer la fréquence de cette activité sur une échelle en six points (pas au cours des trois derniers mois =0; tous les jours =5), et le temps passé pour chaque activité dans une semaine typique (heures et minutes). Une question synthèse concernant le montant total d'argent perdu par le participant lors de jeux/paris/gageures au cours des trois derniers mois est ensuite demandée suivie d'une question complémentaire concernant la valeur des objets perdus lors

² Contrairement à la langue anglaise où le terme « Gambling » identifie sans ambiguïté le concept de jeux de hasard et d'argent, le terme français « Jeu » réfère à diverses notions. Tout au long du document toutefois, le terme « jeu » sera utilisé pour signifier « les jeux de hasard et d'argent », et ce, afin d'alléger la lecture du document.

d'activités de jeux/paris/gageures au cours de la même période de temps. Finalement, 36 questions concernant les conséquences du jeu/pari/gageure dans différentes sphères de la vie ont été posées. Tous les items ont été répondus selon quatre choix de réponse consistant en une estimation approximative de la fréquence (jamais; quelques fois; la plupart du temps; presque toujours) ou une estimation de fréquence plus précise (jamais; 1 à 3 fois; 4 à 6 fois; 7 fois ou plus). Il est attendu que le nombre d'items relatifs aux conséquences sera réduit via les analyses de la phase III.

2.1.2 Variables étalon approximatives (*Gold Standards*)

Tel qu'illustré dans le rapport de la phase I, il n'y a pas de consensus à propos de ce qu'est le jeu problématique chez les jeunes. La difficulté dans la validation d'un instrument comme l'ICJA est qu'il n'existe aucune référence avec laquelle calibrer le nouvel instrument développé. C'est pourquoi il est important de comparer l'ICJA à une série de critères différents décrits comme des variables étalon approximatives. Ces variables étalon approximatives ont été utilisées lors des entrevues cliniques de la phase II.

Afin de réduire les incompréhensions et pour s'assurer que les cotations étaient basées sur une connaissance étendue des activités de jeu pour chaque participant, l'information a été recueillie par le biais d'une entrevue clinique en profondeur d'une durée de 45 à 70 minutes. Le protocole d'entrevue utilisé est le même que celui développé en phase II et inspiré des travaux réalisés par d'autres chercheurs (Ladouceur, Ferland, Poulin, Vitaro & Wiebe, 2005; Stinchfield, Govoni & Frisch, 2005). Ce protocole implique un recueil d'informations détaillées au sujet des comportements de jeu (e.g., types, fréquences, montants d'argent, avec qui, où), des discussions avec les amis et la famille à propos du jeu, les opinions de personnes significatives à propos du jeu, l'opinion du jeune à propos de ses propres habitudes de jeux (e.g., est-ce un problème ou non) et sa définition d'un problème de jeu, sa volonté de changer ses habitudes de jeux, ses efforts pour arrêter, ses sources de revenu reliées au jeu, ses comportements après avoir perdu ou gagné, ses histoires de dettes, ses croyances à propos de stratégies possibles pour gagner, ses stratégies pour contrôler ses habitudes de jeux (limites d'argent ou de temps), la capacité à respecter ces limites et finalement, jusqu'à quel point ses habitudes de jeux/paris/gageures ont nui ou ont interféré dans des relations avec des personnes significatives, à l'école ou au travail. Les cliniciens étaient également encouragés à compléter l'entrevue avec leurs propres questions (un maximum de quatre questions) et à noter des observations pertinentes additionnelles au comportement de jeu problématique. Une copie de l'entrevue se retrouve dans la section annexe du présent rapport.

Basé sur l'information recueillie lors de l'entrevue en profondeur, les trois variables étalon approximatives ont été cotées - une par l'adolescent et les deux autres par le clinicien. Les variables étalon approximatives sont présentées dans la section annexe.

2.1.2.1 Critères de jeu pathologique au DSM-IV (auto-rapporté)

Le premier critère, ou variable étalon approximative, utilisé est la mesure du jeu pathologique établi par le DSM-IV, auto-rapporté par l'adolescent. Alors que c'est une mesure valide pour les adultes, son utilité auprès des adolescents est méconnue. La recherche a mis en lumière la difficulté des jeunes à comprendre les questions évaluant le jeu problématique et pathologique. (Ladouceur et al., 2005). Les adolescents avaient à s'auto-évaluer sur la base de ces critères après l'entrevue en profondeur.

2.1.2.2 Critères du jeu pathologique au DSM-IV (cotation par le clinicien)

Le second critère, ou variable étalon approximative, utilisé est le critère de jeu pathologique du DSM-IV coté par le clinicien. Le clinicien basait son jugement sur les informations qualitatives recueillies lors de l'entrevue d'une heure. Tel que noté précédemment, la principale limite de cette approche est l'application discutable des critères du DSM aux jeunes.

Pour les deux évaluations au moyen des critères de jeu pathologique du DSM-IV (auto-rapporté et cotation par le clinicien) un score de quatre ou plus a été sélectionné comme indicateur de jeu pathologique pour ces variables étalon tel que proposé par plusieurs études comme plus représentatif du jeu pathologique (Jimenez-Murcia et al., 2009; Lakey, Goodie, Lance, Stinchfield & Winters, 2007; Stinchfield, 2003; Stinchfield et al., 2005).

2.1.2.3 Cotation par le clinicien de la gravité du jeu chez l'adolescent (CCGJA)

Le troisième critère utilisé est la cotation faite à la fin de l'entrevue par le clinicien à l'échelle de cotation par le clinicien de la gravité du jeu (CCGJA). Cette échelle a été développée à la phase II de la recherche et fourni une évaluation globale de la gravité du jeu sur un continuum de catégories (e.g., ne joue pas, pas de problème de jeu, faible problème de jeu, problème modérée de jeu, problème sévère de jeu) avec des points d'ancrage décrivant le portrait clinique des adolescents à ces différents niveaux. Le clinicien cotait le score à l'échelle en se basant sur l'ensemble d'informations recueillies lors de l'entrevue.

2.1.2.4 Être en traitement pour ses habitudes de jeux de hasard et d'argent

Il aurait été approprié d'utiliser un quatrième critère qui incluait les adolescents en traitement pour problèmes de jeu. Malheureusement, il n'y avait qu'un seul centre au Québec qui offrait ce type de service comme rattaché à un traitement spécialisé pour abus de substances chez les jeunes. Comme nous avons été incapables d'obtenir des jeunes en traitement spécifiquement pour problèmes de jeu, nous avons donc été incapables d'utiliser ce critère.

2.1.3 South Oaks Gambling Screen – Revised for Adolescents

Winters, Stinchfield, et Fulkerson (1993) ont adapté le *South Oaks Gambling Screen* (SOGS) pour adolescents. À ce moment (i.e., 1990), il n'y avait pas d'instrument bien documenté pour identifier les adolescents joueurs problématiques. Winters, Stinchfield et Fulkerson ont donc adapté pour les adolescents l'instrument le plus utilisé chez l'adulte à ce jour, le SOGS, nommant ce dernier *SOGS-Revised for Adolescents* (révisé pour adolescents) ou SOGS-RA. Les chercheurs ont adapté le SOGS en utilisant la dernière année comme période de référence, en modifiant la formulation des items et les choix de réponse afin de mieux refléter les comportements de jeu des adolescents et le niveau de lecture de ces derniers, en éliminant deux items considérés comme ayant une faible validité de contenu pour les adolescents, et en accordant seulement un point pour les sources d'argent emprunté plutôt que neuf comme il est fait le SOGS. Le SOGS-RA est composé de 12 items. Les coefficients de fidélité et de validité ont été calculés avec un échantillon de 460 garçons âgés de 15 à 18 ans. La consistance interne (fidélité) du SOGS-RA était un alpha de .80. En termes de validité, le SOGS-RA a été corrélé avec les activités de jeu ($r=.39$), la fréquence de jeu ($r=.54$) et le montant d'argent joué au cours de la dernière année ($r=.42$) (Winters, Stinchfield & Fulkerson). Deux procédures de cotation du SOGS-RA ont été utilisées et ont été nommées respectivement libérale et conservatrice (Winters, Stinchfield & Fulkerson; Winters, Stinchfield & Kim, 1995). Le critère libéral est basé sur une combinaison de fréquences de jeu et du score au SOGS-RA. Pour être classifié comme joueur problématique selon ce critère, le répondant doit avoir joué au moins une fois par semaine et avoir obtenu un score de deux ou plus au SOGS-RA ou avoir joué à tous les jours, quel que soit son score au SOGS-RA (Winters, Stinchfield & Fulkerson). Selon le critère conservateur, un score de quatre ou plus indique un joueur problématique, un score de deux ou trois indique un joueur à risque, alors qu'un score de zéro ou un est un joueur non problématique (Winters, Stinchfield & Kim). Les auteurs recommandent l'utilisation du critère conservateur du SOGS-RA plutôt que du critère libéral pour identifier les adolescents joueurs problématiques.

2.1.4 Impulsivité: version à cinq items de l'Échelle d'impulsivité de Eysenck (*Eysenck Impulsiveness Scale*)

La version originale de l'Échelle d'impulsivité de Eysenck (Eysenck & Eysenck, 1978; Eysenck, Easting & Pearson, 1984) est composée de 23 items d'impulsivité. Vitaro et ses collègues (1999) ont extrait les cinq items d'impulsivité qui avaient le plus haut coefficient de saturation à l'échelle originale : (a) As-tu l'habitude de parler ou d'agir sans t'arrêter pour réfléchir ?; (b) As-tu souvent des ennuis parce que tu fais des choses sans réfléchir?; (c) Es-tu quelqu'un d'impulsif (i.e., une personne qui réagit de façon incontrôlable ou qui fait les choses immédiatement sans penser à ses actions ou à leurs conséquences)?; (d) As-tu l'habitude de réfléchir soigneusement avant de faire quoi que ce soit?; et (e) Parles-tu souvent sans penser à ce que tu vas dire? Le format de réponse est de type binaire (i.e., « oui » ou « non »), avec un score de 1 attribué à une réponse « oui » et un score de 0 à une réponse « non ». Les réponses aux cinq items sont additionnées ce qui donne un score minimum de 0 et un maximum de 5. Les coefficients de consistance interne pour l'échelle

originale varient de 0.74 auprès de garçons pré-adolescents à 0.85 avec de jeunes hommes adultes (Eysenck & Eysenck; Eysenck et Pearson). La version française à cinq items a des coefficients de consistance interne de .69 (13 ans) et .71 (14 ans) (Vitaro et al., 1999). Vitaro et ses collègues ont rapporté un score de deux et plus comme représentant le 70^e percentile.

Une analyse factorielle en composantes principales obtenue auprès de 885 participants de la présente étude révèle une solution à un facteur, avec seulement un facteur ayant une valeur propre (*eigenvalue*) > 1. La solution à un facteur explique 51% de la variance totale et présente une consistance interne acceptable avec un coefficient alpha de Cronbach de .76. La moyenne pour l'échantillon est de 2.32 avec un écart-type de 1.25 (min. = 0, max. = 5) et un degré d'asymétrie de .22, ce qui indique une distribution normale des scores.

2.1.5 Prise de risques: version modifiée de l'Enquête sur les comportements à risque des jeunes (*Youth Risk Behaviour Surveillance System*)

Aklin et ses collègues (2005) ont développé une version modifiée de la version abrégée du *Youth Risk Behavior Surveillance System (YRBSS)* qui a été développé par les *Centres for Disease Control and Preventions (CDC)*, lequel mesure l'engagement des jeunes dans des comportements à risque dans la vie quotidienne (voir www.cdc.gov pour plus d'informations). La version du questionnaire de Alkin et ses collègues est composée de 10 items à choix de réponse « oui » ou « non », avec un score de 1 attribué à une réponse « oui » et un score de 0 à une réponse « non ». Il est demandé au participant s'il a été engagé dans les comportements suivants récemment: (a) boire de l'alcool (même si ce n'était qu'un verre); (b) fumer une cigarette (même une *puff*); (c) prendre n'importe laquelle des drogues illégales; (d) te battre; (e) parier de l'argent; (f) conduire une bicyclette ou une motocyclette sans casque (même si ce n'était qu'une fois); (g) rouler dans une auto sans porter de ceinture de sécurité (même si ce n'était qu'une fois); (h) voler quelque chose dans un magasin, i) avoir des relations sexuelles sans condom (même si ce n'était qu'une fois); et (j) porter une arme comme un fusil, un couteau, ou un bâton à l'extérieur de la maison. Alkin et ses collègues n'ont rapporté aucune donnée de validité pour la version modifiée du questionnaire modifié des CDC.

L'équipe de recherche a décidé de conserver sept items de la version d'Alkin et ses collègues de l'YRBSS. L'item concernant les jeux de hasard et d'argent n'a pas été retenu en raison de la redondance avec l'objet d'étude, l'item concernant les armes n'a pas été retenu en raison de la faible probabilité de cette réalité dans les écoles canadiennes et l'item concernant l'utilisation de condoms a également été éliminé en raison des probabilités inégales de la présence d'activité sexuelle chez les adolescents âgés de 12 à 18 ans.

Une analyse factorielle en composantes principales obtenue auprès de 889 participants de la présente étude révèle une solution à deux facteurs, présentant deux valeurs propres >1. Dans le but d'obtenir un seul score relié au concept de prise de risques, les deux items présentant les coefficients de saturation les plus faibles dans la solution à un facteur ont été

éliminés (te battre, rouler à bicyclette ou à motocyclette sans casque). La nouvelle échelle à cinq items a un seul facteur avec une valeur propre > 1 . Cette solution à un facteur explique 44.0% de la variance totale (coefficient de saturation variant de 0.49 à 0.78). La consistance interne est sensiblement plus faible, avec un coefficient alpha de Cronbach de .67. La moyenne de l'échantillon est de 2.04 avec un écart-type de 1.44 (min. = 0, max. = 5) et un degré d'asymétrie de .39, indiquant une distribution normale des scores.

2.1.6 Sous-échelle de prise de décisions tirée de la Liste de stratégies d'adaptation pour enfants (*Children's Coping Strategies Checklist*)

La sous-échelle prise de décisions (*Decision Making Subscale*) de la Liste de stratégies d'adaptation pour enfants (Ayers, Sandler, West, & Roosa, 1996) est composée de quatre items à échelle de type Likert en quatre niveaux (Jamais = 0; Quelques fois = 1; La plupart du temps = 2; Presque Toujours = 3) (Program for Prevention Research, 1999).

L'équipe de Ayers a défini le processus de prise de décisions lorsque confronté à un problème comme « la planification ou la réflexion à propos de la façon de résoudre le problème. Cela inclut les réflexions à propos des choix, des conséquences futures, et penser à la façon de résoudre le problème. Ce n'est pas simplement de réfléchir au problème – mais penser à comment le résoudre. Cela implique la planification et *non* l'exécution d'actions pour résoudre le problème » (Program for Prevention Research). Les auteurs ont rapporté une consistance interne acceptable avec un alpha de Cronbach de .72 et une analyse factorielle confirmatoire appuyant un modèle à un facteur pour la sous-échelle. (Program for Prevention Research). Le coefficient de fidélité test-retest est de .68 (Program for Prevention Research).

L'analyse en composantes principales obtenue auprès de 882 participants de la présente étude révèle une solution à un facteur, avec seulement un facteur présentant une valeur propre > 1 . La solution à un facteur explique 70.2% de la variance totale et présente une très bonne consistance interne, avec un coefficient alpha de Cronbach de .86. La moyenne de l'échantillon est de 6.37 avec un écart-type de 3.12 (min. = 0, max. = 12) et un degré d'asymétrie de -.03, indiquant une distribution normale des scores.

2.1.7 Sentiment d'efficacité personnelle

Le sentiment d'efficacité personnelle est mesuré par une sous-échelle à quatre items issus de l'Échelle d'efficacité personnelle (*Personal Efficacy Scale*) de la Mesure de la perception de contrôle (*Measure of Perceived Control*) (Paulhus, 1983; Paulhus & Van Selst, 1990). Les quatre items présentant les plus hauts coefficients de saturation ont été sélectionnés (Paulhus) et ces items ont été confirmés par une analyse confirmatoire comme représentant le mieux le concept latent de sentiment d'efficacité personnelle (Epstein, Griffin & Botvin, 2002). Les items sont cotés sur une échelle de type Likert à cinq niveaux (Pas du tout d'accord = 1; En désaccord = 2; neutre = 3 ; D'accord = 4; Tout à fait d'accord = 5).

Une analyse en composantes principales effectuée auprès de 889 participants de la présente étude révèle une solution à un facteur, avec seulement un facteur présentant une valeur propre > 1. La solution à un facteur explique 57.1% de la variance totale et présente une consistance interne acceptable, avec un coefficient alpha de Cronbach de .75. La moyenne de l'échantillon est de 16.14 avec un écart-type de 2.69 (min. = 4, max. = 20) et un degré d'asymétrie de -1.29, indiquant une répartition légèrement inégale des scores.

2.1.8 Maîtrise de soi: Échelle brève de maîtrise de soi (*Brief Self-Control Scale*)

L'Échelle brève de maîtrise de soi (Tangney, Baumeister & Boone, 2004) est une version abrégée à 13 items de l'Échelle de maîtrise de soi (Self-Control Scale) qui a été développée pour mesurer cinq sphères reliées à la maîtrise de soi : contrôle des pensées, des émotions, des impulsions, la régulation de la performance et la modification des habitudes. Il est demandé aux répondants d'évaluer, sur la base de 13 items à échelle de type Likert, à quel point chaque item reflète comment il se comporte habituellement (Pas du tout = 1; Parfois = 2; Environ la moitié du temps = 3; La plupart du temps = 4; Très souvent = 5). Deux études conduites auprès de plus de 200 jeunes adultes révèlent une bonne consistance interne (alphas de Cronbach de .83 et .85). L'addition des scores aux items donne un score total variant entre 13 et 65. Le coefficient de fidélité test-retest à une intervalle de trois semaines (n=233 participants) est de .87 (Tangney et al.).

L'analyse en composantes principales obtenue auprès de 644 participants de la présente étude révèle, lorsque forcée à produire un seul facteur tel que proposé par les auteurs, un facteur expliquant 31.2 % de la variance totale et présentant une bonne consistance interne avec un coefficient alpha de Cronbach de .80. La moyenne de l'échantillon est de 43.43, avec un écart-type de 8.43 (min. = 15, max. = 63) et un degré d'asymétrie de -0.40 indiquant, une distribution normale des scores.

2.2 Groupe cible pour la Phase III

Lors de la phase II, suivant l'administration en classe de l'ICJA et auprès des élèves consentants, les chercheurs invitaient les joueurs ayant les fréquences de jeu les plus élevées à participer à une entrevue clinique. Au total, 109 élèves ont participé aux entrevues cliniques (n = 44 du Manitoba et n = 65 du Québec). Plusieurs participants interrogés en phase II n'ont pas été retenus pour les analyses de la phase III. Les raisons pour avoir éliminé ces participants incluaient le fait de rapporter jouer à une activité de jeu fictive (« Blotzito », n = 5), des données manquantes aux cotations des cliniciens à la CCGJA et au DSM-IV (n = 1), ou un délai trop long entre la passation de l'ICJA en classe et l'entrevue clinique (n = 37). Soixante six entrevues valides ont été retenues.

Le tableau 2.0 illustre la distribution des scores aux cotations au DSM-IV et à la CCGJA des 66 participants interrogés en phase II. Tel que mentionné précédemment, un score de

quatre et plus a été sélectionné comme identifiant la présence de jeu pathologique à la variable étalon du DSM-IV (Jimenez-Murcia et al., 2009; Lakey et al., 2007; Stinchfield, 2003; Stinchfield et al., 2005). Tel que présenté, peu de participants ont été classifiés dans la catégorie “pathologique” (seulement deux selon l’opinion du clinicien; un seul selon la variable étalon du DSM-IV auto-rapporté) et 14 à 16 ont été classifiés dans la catégorie sous-pathologique avec un à trois symptômes. Les scores à la CCGJA démontrent la même tendance, avec la majorité des cas étant classifiée dans les catégories « pas de problème de jeu” (n = 48) et “faible problème de jeu” (n = 16). Seulement deux cas ont été classifiés dans la catégorie «problème modéré de jeu» et aucun n’a été classifié au niveau « problème sévère de jeu ».

Tableau 2.0: *Scores au DSM-IV et à la CCGJA pour les adolescents interrogés lors de la phase II et pour l’échantillon cible de la Phase III*

# de critères au DSM-IV	DSM-IV (auto-rapporté)	DSM-IV (coté par le clinicien)	Niveaux de sévérité à la CCGJA	# de cas	Échantillon ciblé pour la Phase III
0	49	50	Pas de problème de jeu	48	-
1-3	16	14	Faible problème de jeu	16	
4+	1	2	Problème modéré de jeu	2	40
			Problème sévère de jeu	0	40
Total	66	66	Total	66	80

Avec assez de participants dans les catégories pas de problème de jeu à faible problème de jeu issus de la phase II, la phase III visait à obtenir au moins 40 participants dans chacune des catégories de jeu problématique du DSM-IV auto-rapporté et coté par le clinicien (i.e., un à trois symptômes ou quatre symptômes ou plus); ces mêmes participants étant probablement susceptibles de se retrouver dans les catégories de problème modéré à sévère de la CCGJA. Nous anticipons avoir besoin d’approximativement 110 entrevues pour atteindre l’échantillon visé.

2.3 Méthode de collecte de données de la Phase III

Les centres spécialisés dans le traitement de la toxicomanie et les centres jeunesse ont spécifiquement été ciblés. Pour des raisons pratiques (de coordination et de budget), la collecte de données de la phase III a eu lieu principalement dans la province de Québec. Le recrutement a eu lieu au Centre le Grand Chemin (Montréal, Trois-Rivières et Québec), au Centre Dollard-Cormier (Montréal), au Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve (Québec), au Centre de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie de Chaudière-Appalaches (Québec), au Centre de réadaptation Domrémey Mauricie – Centre du Québec (Mauricie), au Pavillon Foster (Montréal), au centre Portage (St-Damien de Buckland; Beaconsfield; Lac Echo; Elora,

Ontario), au Centre jeunesse de Québec – Institut Universitaire (Québec) et au Centre jeunesse de Chaudière-Appalaches.

Dans chaque centre participant, les nouveaux usagers étaient dépistés à l'aide du SOGS-RA lors du processus d'admission. Pour les fins de l'étude, afin d'être suffisamment inclusif et de ne pas échapper un participant potentiel, un score de trois ou plus a été utilisé comme un incateur positif de problème de jeu potentiel. Tous les jeunes obtenant un score de trois ou plus étaient informés de l'étude et, si intéressés, signaient un formulaire d'autorisation à être contacté par un membre de l'équipe de recherche. Une procédure de détection légèrement différente a été utilisée au Centre jeunesse de Québec où, tel que demandé par le comité d'éthique du centre, les consentements du jeune et des parents ont été nécessaires pour la participation de l'adolescent à l'étude.

Parmi les intervieweurs de la phase III, deux étaient des cliniciens intervenant auprès d'adultes joueurs problématiques et auprès de jeunes présentant un problème de toxicomanie, deux étaient des chercheurs principaux de l'étude, et certains étaient des assistants de recherche diplômés en psychologie ou en service social. Tous les intervieweurs ont reçu une formation d'une durée de deux heures sur la conduite d'entrevues et la cotation des échelles d'évaluation du clinicien (critères du jeu pathologique du DSM-IV et CCGJA). La formation était menée par le chercheur principal, Dr. Joël Tremblay, et la coordonatrice du projet, Annie-Claude Savard (doctorante en service social).

Une fois que le formulaire de consentement était signé, le participant répondait à l'ICJA ainsi qu'à certaines questions de la version expérimentale de l'ICJA n'ayant pas été retenues pour la version finale de l'ICJA produite en phase II³. Cette partie de la recherche (formulaire de consentement et ICJA) durait environ 30 minutes (une copie du formulaire de consentement est présentée en annexe). Une fois l'entrevue en profondeur complétée, l'intervieweur notait certaines observations additionnelles et procédait à la cotation de la gravité du jeu à la CCGJA et au DSM-IV en s'appuyant sur l'information recueillie. Les participants procédaient également à une auto-évaluation des critères de jeu pathologique du DSM-IV. Toutes les entrevues étaient enregistrées.

La collecte de données s'est échelonnée de mars 2008 à juillet 2009. Au total, 1 223 jeunes ont été détectés à l'aide du SOGS-RA au sein des 12 centres de traitement. De ces 1 223 jeunes, 63 ont obtenu un score de trois ou plus (voir tableau 2.1). De ces 63 jeunes, 22 n'ont pas participé à la recherche pour différentes raisons: sept ont refusé, cinq étaient non-rejoignables ou indisponibles malgré de nombreuses tentatives visant à organiser une rencontre, deux ont fugué de la ressource, deux présentaient des difficultés de santé mentales majeures interférant avec leur capacité à participer à une entrevue structurée et six

³ Au centre le Grand Chemin, la détection était déjà faite à l'aide du DSM-IV-J-R. L'assistant de recherche administrait donc le SOGS-RA, l'ICJA et le Supplément à l'ICJA.

n'avaient pas joué à l'intérieur de la période de temps de référence visée par l'étude. Au total, 41 jeunes ont pris part aux entrevues cliniques. Deux participants ont été exclus en raison de doutes sur la véracité des réponses.

Tableau 2.1: *Détection et entrevues de la Phase III*

Type de services	Nombre de SOGS-RA administré	Nombre de SOGS-RA positifs (3+)	Parmi les 63 SOGS-RA détectés positifs		
			Refus / non rejoints	Entrevues	
				Entrevues valides	Entrevues exclues
Services externes	855	18	7	11	0
Services résidentiels	368	45	15	28	2
Total	1223	63	22	39	2

Malgré des efforts significatifs, l'objectif visé d'atteindre 110 participants aux entrevues cliniques n'a pas été atteint. Toutefois, le nombre de participants recrutés a été suffisant pour mener les analyses de validation de la phase III. Dans les faits, la plupart des 39 participants recrutés se situaient à un niveau de jeu problématique. En se basant sur la variable étalon approximative du DSM-IV, entre 35 et 37 participants présentaient au moins un critère de jeu pathologique. À l'échelle de la CCGJA, c'est 32 participants qui se situaient aux niveaux problème modéré ou sévère de jeu (tableau 2.2).

Tableau 2.2: *Distribution des participants de la Phase III*

# de critères au DSM-IV	DSM-IV (auto-rapporté)	DSM-IV (coté par le clinicien)	Niveaux de sévérité à la CCGJA	Nombre de cas
0	2	4	Pas de problème de jeu	2
1-3	12	7	Faible problème de jeu	5
4+	25	28	Problème modéré de jeu	12
			Problème sévère de jeu	20
Total	39	39	Total	39

L'échantillon clinique est une combinaison des 66 cas recrutés lors de la phase II et des 39 cas de la phase III, pour un total de 105 cas distribués à travers les différents niveaux de sévérité. Pour l'ensemble de ces participants, nous avons les scores aux trois variables étalon approximatives: DSM-IV auto-rapporté, cotation par le clinicien des critères du DSM-IV et la CCGJA. Le tableau 2.3 montre la distribution des participants composant l'échantillon clinique final.

Tableau 2.3: *Distribution de l'échantillon total d'entrevue cliniques (Participants des phases II et III)*

# de critères au DSM-IV	DSM-IV (auto-rapporté)	DSM-IV (coté par le clinicien)	Niveaux de sévérité à la CCGJA	Nombre de cas
0	51	54	Pas de problème de jeu	50
1-3	28	21	Faible problème de jeu	21
4+	26	30	Problème modéré de jeu	14
			Problème sévère de jeu	20
Total	105	105	Total	105

2.4 Description des participants /Échantillon d'entrevues cliniques (Phase II et III)

Le tableau 2.4 compare les caractéristiques sociodémographiques des participants de la phase II avec ceux de la phase III. Il y a davantage de participants de sexe masculin dans la phase III (62% versus 49%), les participants sont légèrement plus vieux (moyennes d'âge de 15,6 ans versus 14,9 ans) et le plus fréquemment caucasiens (94,9% versus 77,3%). L'échantillon total est bien distribué entre les sexes, les degrés scolaires et l'âge.

Tableau 2.4: *Données sociodémographiques des participants aux entrevues cliniques des phases II et III*

Caractéristiques sociodémographiques	Phase II (n = 66)	Phase III (n = 39)	Total (n = 105)*
Sexe %			
Masculin	48.5	61.5	53.3
Féminin	51.5	38.5	46.7
Degré scolaire %			
Grade 7 (Secondaire I)	7.6	2.6	5.7
Grade 8 (Secondaire II)	13.6	23.1	17.1
Senior 1 (Secondaire III)	7.6	30.8	16.2
Senior 2 (Secondaire IV)	28.8	35.9	31.4
Senior 3 (Secondaire V)	33.3	7.7	23.8
Senior 4**	3	-	1.9
Professionnel***	3	-	1.9
Age %			
12	1.5	0	1
13	12.1	2.6	8.6

Caractéristiques sociodémographiques	Phase II (n = 66)	Phase III (n = 39)	Total (n = 105) *
14	10.6	15.4	12.4
15	21.2	23.1	21.9
16	25.8	38.5	30.5
17	24.2	17.9	21.9
18+	4.5	2,6	3.8
Appartenance ethnique %			
Caucasien	77.3	94.9	83.8
Asiatique	3	0	1.9
Aborigène/Premières nations	6.1	2.6	4.8
Blanc	10.6	2.6	7.6
Hispanique	3	0	1.9
Ne sais pas	1.5	0	1
Autre	6.1	0	3.8

* Les valeurs totales peuvent ne pas égaier 100% en raison des valeurs manquantes. ** Le degré scolaire *Senior 4* n'existe pas dans les écoles secondaires du Québec. *** 3% des élèves du Québec étaient inscrits dans un programme professionnel conçu pour créer des opportunités d'emploi après la graduation.

Le tableau 2.5 présente la participation au jeu des participants à l'entrevue clinique des phases II et III. Les résultats mettent en évidence les différences importantes entre les échantillons scolaire et en traitement. En comparaison avec les participants de la phase II, ceux de la phase III jouent de façon plus intensive et représentent le type de joueur qui était manquant de notre phase II de la recherche.

L'échantillon clinique joue plus fréquemment, avec plus des trois quarts de l'échantillon (78%) qui jouent deux fois ou plus par semaine, comparativement à moins de 20% de l'échantillon scolaire qui joue à cette fréquence. Plus de 50% de l'échantillon de la phase III rapporte avoir joué à huit activités de jeu (cartes pour de l'argent, dés ou jeux de société, parier que tu es capable de faire quelque chose, parier que quelqu'un d'autre est capable de faire quelque chose, gratteux, pools sportif, arcade/jeux vidéo). Cela contraste avec seulement deux activités de jeu (dés/cartes/jeux de société; parier ou gager que tu es capable de faire quelque chose, gager sur sa propre performance ou sur celle de quelqu'un d'autre), pour plus de 50% de l'échantillon de participants de la phase II. Les participants de la phase III ont passé beaucoup plus de temps à jouer que ceux de la phase II: 59% ont passé 10 heures ou plus par semaine au jeu comparativement à 3% des participants de la phase II. Lorsque l'on compare l'argent dépensé au jeu, la différence est frappante: 51.3% de l'échantillon de la phase III a dépensé plus de 200\$ au cours des trois derniers mois comparativement à seulement 4,5% pour l'échantillon de la phase II. Dans les faits, 83.4% des jeunes de la phase

Il ayant pris part à l'entrevue clinique ont dépensé moins de 40\$ au jeu au cours des trois mois précédents l'entrevue.

Tableau 2.5: *Distribution des fréquences de participation aux activités de jeu chez les participants aux entrevues cliniques des phases II et III*

Participation aux activités de jeu	Phase II % (n = 66)	Phase III % (n = 39)	Total* % (n = 105)
Fréquence de jeu la plus élevée au cours des trois derniers mois			
N'a pas joué	0	0	0
Une fois par mois	28.8	2.6	19
2-3 fois par mois	36.4	10.3	26.7
Une fois par semaine	16.7	10.3	14.3
2-6 fois par semaine	15.2	53.8	29.5
Tous les jours	3	23.1	10.5
Données manquantes	0	0	0
Activités de jeu			
Dés/cartes/jeux de société**	53	-	33.4
Dés ou jeux de société***	-	71.8	26.7
Cartes pour de l'argent***	-	92.3	34.3
Gratteux	54.5	64.1	58.1
Parier ou gager que tu es capable de faire quelque chose	53	76.9	61.9
Parier sur les sports (pools, etc.)	28.8	53.8	38.2
Jeux vidéo ou d'arcade	28.8	51.3	37.2
Jeux de table au casino	13.6	15.4	14.3
Sport select	12.1	25.6	17.3
Parier ou gager que quelqu'un d'autre est capable de faire quelque chose	43.9	69.2	53.4
Internet	7,6	30,8	16,3
Autre	9.1	19.5	13.3
Billets de tirage ou de levée de fonds	22.7	30.8	25.7
Appareils de loterie vidéo	10.6	30.8	18.2
Machine à sous	6.1	5.1	5.7
Billets de loterie	30,3	38,5	33,3
Courses de chevaux	3	5.1	3.9
Bingo	10.6	30.8	18.2
Parier sur les sports avec un preneur de paris (booker)	6.1	7.7	6.9
Parier sur sa propre performance ou celle des autres (jeux d'habiletés)	36.4	64.1	46.7
Données manquantes	0	0	0
Temps passé au jeu lors d'une semaine typique			

Participation aux activités de jeu	Phase II % (n = 66)	Phase III % (n = 39)	Total* % (n = 105)
N'a pas joué	-	-	-
Moins de 15 minutes	27.3	0	17.1
Entre 16–60 minutes inclusivement	13.6	0	8.6
Entre 1–2 heures inclusivement	16.7	2.6	11.4
Entre 2–3 heures inclusivement	12.1	10.3	11.4
Entre 3–4 heures inclusivement	9.1	2.6	6.7
Entre 4–5 heures inclusivement	7.6	2.6	5.7
Entre 5–6 heures inclusivement	1.5	7.7	3.8
Entre 6–7 heures inclusivement	0	2.6	1
Entre 7–8 heures inclusivement	1.5	2.6	1.9
Entre 8–9 heures inclusivement	0	5.1	1.9
Entre 9–10 heures inclusivement	1.5	5.1	2.9
Entre 10–15 heures inclusivement	3	20.5	9.5
Entre 15–20 heures inclusivement	0	10.3	3.8
Entre 20–25 heures inclusivement	0	7.7	2.9
Entre 25–30 heures inclusivement	0	5.1	1.9
Entre 30–35 heures inclusivement	0	7.7	2.9
Plus de 35 heures	0	7.7	2.9
Données manquantes	6.1	0	3.8
Argent dépensé au jeu au cours des trois derniers mois (incluant des objets de valeur)			
N'a pas perdu d'argent	7.6	2.6	5.7
Moins de 10\$	34.8	0	21.9
11–20\$	16.7	2.6	11.4
21–30\$	16.7	5.1	12.4
31–40\$	7.6	0	4.8
41–100\$	6.1	15.4	9.5
101–200\$	1.5	23.1	9.5
201–500\$	4.5	28.2	13.3
501–1000\$	0	2.6	1
1001–5000\$	0	15.4	5.7
Plus de 5000\$	0	5.1	1.9
Données manquantes	0	0	2.9

* Les valeurs totales peuvent ne pas éгалer 100% en raison des valeurs manquantes. ** Cet item fait partie de la phase II seulement (n=66); *** Ces items font partie de la phase III seulement (n=39)

