

# NOTE TO USERS

Page(s) not included in the original manuscript and are unavailable from the author or university. The manuscript was scanned as received.

161

This reproduction is the best copy available.

**UMI**<sup>®</sup>





# Université d'Ottawa - University of Ottawa

## PERMISSION DE REPRODUIRE ET DE DISTRIBUER LA THÈSE

## PERMISSION TO REPRODUCE AND DISTRIBUTE THE THESIS

|  |   |
|--|---|
| <b>NOM DE L'AUTEUR / NAME OF AUTHOR:</b>   | Yannick Mailloux                            |
| <b>ADRESSE POSTALE / MAILING ADDRESS:</b>  | 114 rue Chartrand<br>Aylmer, Québec J9H 6Y1 |
| <b>GRADE / DEGREE:</b>   | <b>ANNÉE D'OBTENTION / YEAR GRANTED</b>     |
| Doctorat - (Psychologie)   | 2003  |
| <b>TITRE DE LA THÈSE / TITLE OF THESIS:</b>  |   |
| Les déterminants psychologiques associés à la pathologie à l'égard des jeux de hasard et d'argent chez les adolescent et les jeunes adultes. |   |

L'auteur permet, par la présente, la consultation et le prêt de cette thèse en conformité avec les règlements établis par le bibliothécaire en chef de l'Université d'Ottawa. L'auteur autorise aussi l'Université d'Ottawa, ses successeurs et cessionnaires, à reproduire cet exemplaire par photographie ou photocopie pour fins de prêt ou de vente au prix coûtant aux bibliothèques ou aux chercheurs qui en feront la demande.

The author hereby permits the consultation and the lending of this thesis pursuant to the regulations established by the Chief Librarian of the University of Ottawa. The author also authorizes the University of Ottawa, its successors and assignees, to make reproductions of this copy by photographic means or by photocopying and to lend or sell such reproductions at cost to libraries and to scholars requesting them.

Les droits de publication par tout autre moyen et pour vente au public demeureront la propriété de l'auteur de la thèse sous réserve des règlements de l'Université d'Ottawa en matière de publication de thèses.

The right to publish the thesis by other means and to sell it to the public is reserved to the author, subject to the regulations of the University of Ottawa governing the publication of theses.

N.B. LE MASCULIN COMPREND ÉGALEMENT LE FÉMININ

5 AOÛT 2003  
DATE

  
(AUTEUR) SIGNATURE (AUTHOR)



Université d'Ottawa • University of Ottawa



# Université d'Ottawa • University of Ottawa

FACULTÉ DES ÉTUDES SUPÉRIEURES  
ET POSTDOCTORALES

FACULTY OF GRADUATE AND  
POSTDOCTORAL STUDIES

MAILLOUX, Yannick

AUTEUR DE LA THÈSE - AUTHOR OF THESIS

Ph. D. (psychologie)

GRADE - DEGREE

École de psychologie

FACULTÉ, ÉCOLE, DÉPARTEMENT - FACULTY, SCHOOL, DEPARTMENT

TITRE DE LA THÈSE - TITLE OF THE THESIS

Les déterminants psychologiques associés à l'égard des jeux de hasard et  
d'argent chez les adolescents et les jeunes adultes

D. Coulombe

DIRECTEUR DE LA THÈSE - THESIS SUPERVISOR

EXAMINATEURS DE LA THÈSE - THESIS EXAMINERS

R. Ladouceur

P. Mercier

B. Schneider

F. Vitaro

J.-M. De Koninck, Ph.D.

LE DOYEN DE LA FACULTÉ DES ÉTUDES  
SUPÉRIEURES ET POSTDOCTORALES

SIGNATURE

DEAN OF THE FACULTY OF GRADUATE  
AND POSTDOCTORAL STUDIES



**Les marqueurs psychologiques associés à la pathologie à l'égard  
des jeux de hasard et d'argent chez les adolescents et les jeunes  
adultes**

**par**

**Yannick Mailloux**

**Thèse soumise à la Faculté des études supérieures et postdoctorales, en vue  
de l'obtention du Doctorat en psychologie clinique**

**© Yannick Mailloux, Ottawa, Canada, 2003**

**Entête:        Marqueurs psychologiques des jeux de hasard et d'argent**



National Library  
of Canada

Acquisitions and  
Bibliographic Services

395 Wellington Street  
Ottawa ON K1A 0N4  
Canada

Bibliothèque nationale  
du Canada

Acquisitions et  
services bibliographiques

395, rue Wellington  
Ottawa ON K1A 0N4  
Canada

*Your file* *Votre référence*

*Our file* *Notre référence*

**The author has granted a non-exclusive licence allowing the National Library of Canada to reproduce, loan, distribute or sell copies of this thesis in microform, paper or electronic formats.**

**The author retains ownership of the copyright in this thesis. Neither the thesis nor substantial extracts from it may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.**

**L'auteur a accordé une licence non exclusive permettant à la Bibliothèque nationale du Canada de reproduire, prêter, distribuer ou vendre des copies de cette thèse sous la forme de microfiche/film, de reproduction sur papier ou sur format électronique.**

**L'auteur conserve la propriété du droit d'auteur qui protège cette thèse. Ni la thèse ni des extraits substantiels de celle-ci ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.**

0-612-85377-2

**Canada**

*Pour mes fils qui commencent à  
peine à goûter à la vie et celle qui  
s'en occupe si tendrement. Je vous  
aime.*

---

<sup>1</sup> Les termes généraux utilisés dans ce texte incluent le féminin et le masculin.

## REMERCIEMENTS

La réalisation de cette thèse n'aura pas été possible sans la contribution de nombreuses personnes. Je tiens avant tout à les remercier pour les mots d'encouragement qui ont fait une différence, pour les marques d'affection qui ont eu tant d'importance, pour les sourires chaleureux, les tapes dans le dos...

Merci Daniel, pour avoir cru en moi dès mes premiers jours en tant qu'étudiant gradué. Tu m'as donné la chance que j'espérais tant. Merci pour ton support, tes conseils, ta sagesse... et tes coups de pieds au ... !!! Je m'ennuierai de tes histoires qui me faisaient pouffer de rire.

Merci à vous, chers membres de mon comité de thèse, qui avez été à mes côtés tout au long de ce processus. Vous m'avez offert votre aide, vos conseils et votre appui quand j'ai eu besoin de vous. Sachez que ce fut très apprécié. Dr. Ladouceur, Dr. Schneider, Dr. Mercier, mille mercis.

Je tiens également à remercier tous les adolescents et adolescentes qui ont contribué à cette étude. Sans vous, rien de ceci n'aurait été possible. Merci d'avoir pris le temps de m'aider... à vous aider.

Mes remerciements vont aussi pour les centres de traitement qui ont accepté de collaborer à cette recherche. Mes amis du Centre Roberts/Smart, du Centre Rideauwood, du David Smith Centre, des centres YSB, des écoles de la région, des centres YMCA. Je sais que vous êtes constamment sollicités pour faire avancer la connaissance. J'apprécie votre aide au plus haut point. J'espère sincèrement que cette contribution vous sera rendue au centuple.

Je tiens à remercier tous mes professeurs, particulièrement mes professeurs cliniques, qui m'ont aidé à me développer une identité professionnelle. Vous avez fait de moi un meilleur clinicien. Mes futurs clients vous en seront très certainement reconnaissants. Un merci tout spécial à Dr. Pierre Ritchie. Travailler à vos côtés fut pour moi un privilège. Vous êtes un modèle pour la masse étudiante.

Je veux aussi remercier mes collègues et ami(e)s de l'Université d'Ottawa. Julie, Gina, Marie-Rose, Mireille, Kim, Jeanne d'Arc: merci pour votre travail, votre présence. Vous avez facilité mon séjour à l'Université et au Centre des services psychologiques. Vous avez été pour moi un rayon de soleil de tout instant.

Merci aussi à mes consoeurs et confrères estudiantins. Vous vous connaissez. Je vous dis simplement merci. Merci pour qui vous êtes. Si j'ai pu vous rendre le centième de ce que vous m'avez apporté, je serais comblé.

Un merci bien spécial à mes amis. Mr. Johnny. M. Delev. Le Bonhomme. Le Coach. Le Leader. Mr. Daigle. Jac. Chad. Yaniv. Martin. Je peux me compter chanceux de pouvoir compter sur vous. Vous avez partagé avec moi bien des moments heureux depuis le début de mon aventure. Vous avez contribué à garder mon équilibre mental... je vous en suis très reconnaissant. Dites-vous que vous avez enfin fini d'entendre parler de cette thèse!!!

Monsieur et Madame Trottier, Cybèle, Robert. Vous êtes une seconde famille pour moi. Vos encouragements ont toujours été appréciés.

Maman, Papa. Isabelle, David, Marie-Noël. Vous êtes à mes côtés depuis toujours. Ma famille. Mon équipe, ma gang. Je ressens constamment votre support, votre appui, votre amour inconditionnel. J'y puise une partie de mon énergie. Je ne peux que vous remercier. Sincèrement. Je vous aime de tout mon coeur.

Enfin, ma douce Julie. Tu es à mes côtés depuis le tout début de cette grande aventure. Tu as sacrifié beaucoup de temps et beaucoup de choses pour y rester. Faut croire que ça en valait la peine. Nous avons enfin terminé. Merci pour ta patience, ta tendresse et ton amour. Merci d'être mon amie, ma complice, mon épouse. Merci d'être là, merci d'être qui tu es. Merci pour ce que tu as fait, ce que tu fais, et ce que tu feras pour moi. Sans toi, ma vie ne serait pas si riche. Et surtout, merci pour le plus beau cadeau que tu ne pouvais m'offrir. Tu es une merveilleuse maman. Je t'admire. Et surtout, je t'aime du plus profond de mon coeur.

Tristan, mon beau garçon. Je t'aime comme je n'aurais jamais cru pouvoir aimer. Tu apportes une nouvelle dimension dans notre vie. Merci de nous combler de ta présence... Et ton petit frère qui arrivera bientôt !!! Papa s'en vient. Il a fini de se cacher dans son bureau...

## TABLES DES MATIÈRES

### Chapitre

|  |           |
|--|-----------|
| Remerciements .....  | iii       |
| Table des matières .....   | v         |
| Liste des tableaux .....   | vii       |
| Liste des figures .....  | viii      |
| Liste des annexes .....  | xi        |
| Résumé .....   | xii       |
| <br>   |           |
| <b>1 Contexte théorique .....</b>  | <b>1</b>  |
| Introduction .....   | 2         |
| Le jeu pathologique .....  | 5         |
| La théorie générale des addictions de Jacobs (1986) .....                | 22        |
| La théorie de l'évaluation d'une émotion de Arnold .....                 | 22        |
| Le cycle d'une addiction .....   | 29        |
| Les métaémotions: la honte et la culpabilité .....                       | 34        |
| Les stratégies de débrouillardise employées<br>par les adolescents ..... | 36        |
| Les processus décisionnels .....   | 45        |
| La théorie conflictuelle de la prise de décision .....                   | 48        |
| Intégration des concepts et modèle proposé.....                          | 50        |
| Les hypothèses de recherche .....  | 52        |
| <br>   |           |
| <b>2 Méthodologie .....</b>  | <b>59</b> |
| Participants .....   | 60        |

|   |            |
|---|------------|
| Procédures .....  | 63         |
| Plan de l'étude .....                                   | 64         |
| Mesures psychométriques .....                           | 65         |
| Analyses statistiques proposées.....                    | 82         |
| <b>3 Résultats .....</b>                                | <b>84</b>  |
| Analyses préliminaires .....                            | 85         |
| Analyses descriptives .....                             | 88         |
| Analyse des modèles d'équations structurelles .....     | 94         |
| Évaluation de l'ajustement des modèles .....            | 94         |
| Identification et estimation des modèles proposés ..... | 97         |
| Estimation du modèle proposé .....                      | 97         |
| Régression logistique .....                             | 103        |
| Analyses exploratoires .....                            | 107        |
| Comparaisons multi-groupes .....                        | 107        |
| Analyse des moyennes latentes .....                     | 123        |
| <b>4 Discussion .....</b>                               | <b>127</b> |
| <b>Conclusion .....</b>                                 | <b>165</b> |
| <br>  |            |
| <b>Références .....</b>                                 | <b>168</b> |
| <b>Annexes .....</b>                                    | <b>183</b> |

## LISTE DES TABLEAUX

| <b>Tableau</b> |  | <b>Page</b> |
|----------------|--|-------------|
| 1              | Statistiques descriptives des indicateurs du modèle<br>du jeu pathologique chez les adolescents<br><i>Population: jeunes adultes</i>   | 89          |
|                | Statistiques descriptives des indicateurs du modèle<br>du jeu pathologique chez les adolescents<br><i>Population non-clinique: adolescents</i>   | 90          |
|                | Statistiques descriptives des indicateurs du modèle<br>du jeu pathologique chez les adolescents<br><i>Population clinique: adolescents</i>   | 89          |
| 3              | Analyses de régression logistique sur la variable<br>SOGSDICH  | 105         |
| 4              | Coefficients de régression standardisés et non-<br>standardisés entre les variables latentes chez les<br>populations clinique et non-clinique  | 122         |
| 5              | Différences relatives entre les moyennes latentes des<br>variables endogènes reliées à la pathologie envers les<br>jeux de hasard et d'argent chez les adolescents<br>(groupes clinique vs non-clinique) | 126         |

## LISTE DES FIGURES

| <b>Figure</b> |   | <b>Page</b> |
|---------------|---|-------------|
| 1             | Les dimensions du jeu excessif  | 14          |
| 2             | Les catégories de risque  | 15          |
| 3             | Le continuum du jeu problématique   | 16          |
| 4             | Le cycle d'une addiction: un modèle   | 29          |
| 5             | Les types de stratégies de coping (Moos, 1993)  | 40          |
| 6             | Modèle d'équations structurelles à l'étude  | 58          |
| 7             | Premier modèle proposé. Les marqueurs psychologiques associés à une pathologie à l'égard des jeux de hasard et d'argent chez les JEUNES ADULTES                             | 97          |
| 8             | Modèle alternatif (final). Les marqueurs psychologiques associés à une pathologie à l'égard des jeux de hasard et d'argent chez les JEUNES ADULTES                          | 100         |
| 9             | Modèle proposé. Les déterminants psychologiques associés à une pathologie à l'égard des jeux de hasard et d'argent chez les ADOLESCENTS des groupes CLINIQUE & NON-CLINIQUE | 102         |
| 8             | Modèle 1. Honte et culpabilité: Populations clinique et non-clinique  | 186         |
| 9             | Modèle 1.1. Honte/culpabilité: Population clinique  | 186         |
| 10            | Modèle 1.1. Honte/culpabilité: Population non-clinique  | 186         |

|    |  |     |
|----|--|-----|
| 11 | Modèle 2. Honte/culpabilité et coping inadapté:<br>Populations clinique et non-clinique  | 186 |
| 12 | Modèle 2.1. Honte/culpabilité et coping inadapté:<br>Population non-clinique             | 186 |
| 13 | Modèle 2.1. Honte/culpabilité et coping inadapté:<br>Population clinique                 | 186 |
| 14 | Modèle 3. Honte/culpabilité et décision adaptée:<br>Populations clinique et non-clinique | 186 |
| 15 | Modèle 3.1. Honte/culpabilité et décision adaptée:<br>Population non-clinique            | 186 |
| 16 | Modèle 3.1. Honte/culpabilité et décision adaptée:<br>Population clinique                | 186 |
| 17 | Modèle 4. Décision adaptée et coping adapté:<br>Populations clinique et non-clinique     | 186 |
| 18 | Modèle 4.1. Décision adaptée et coping adapté:<br>Population non-clinique                | 186 |
| 19 | Modèle 4.1. Décision adaptée et coping adapté:<br>Population clinique                    | 186 |
| 20 | Modèle 5. Décision inadaptée et coping inadapté:<br>Populations clinique et non-clinique | 186 |
| 21 | Modèle 5.1. Décision inadaptée et coping<br>inadapté: Population non-clinique            | 186 |
| 22 | Modèle 5.1. Décision inadaptée et coping<br>inadapté: Population clinique                | 186 |
| 23 | Modèle 6. Coping adapté et jeu problématique:<br>Populations clinique et non-clinique    | 186 |
| 24 | Modèle 7. Coping inadapté et jeu problématique:<br>Populations clinique et non-clinique  | 186 |

|    |   |     |
|----|---|-----|
| 25 | Modèle 7.1. Coping inadapté et jeu problématique:<br>Populations clinique et non-clinique     | 186 |
| 26 | Modèle 8. Décision adaptée et jeu problématique:<br>Populations clinique et non-clinique      | 186 |
| 27 | Modèle 8.1. Décision adaptée et jeu<br>problématique: Population non-clinique                 | 186 |
| 28 | Modèle 8.1. Décision adaptée et jeu<br>problématique: Population clinique                     | 186 |
| 29 | Modèle 9. Décision inadaptée et jeu<br>problématique: Populations clinique et<br>non-clinique | 186 |
| 30 | Modèle 9.1. Décision inadaptée et jeu<br>problématique: Population non-clinique               | 186 |
| 31 | Modèle 9.1. Décision inadaptée et jeu<br>problématique: Population clinique                   | 186 |
| 32 | Modèle 10. Honte/culpabilité et jeu<br>problématique: Populations clinique et<br>non-clinique | 186 |
| 33 | Modèle 10.1. Honte/culpabilité et jeu<br>problématique: Population non-clinique               | 186 |
| 34 | Modèle 10.1. Honte/culpabilité et jeu<br>problématique: Population clinique                   | 186 |

**LISTE DES ANNEXES**

| <b>Annexe</b> |   | <b>Page</b> |
|---------------|---|-------------|
| A             | Matrice d'inter-corrélation entre les variables latentes et les variables observées:<br>Groupe non-clinique: JEUNES ADULTES | 183         |
| B             | Matrice d'inter-corrélation entre les variables latentes et les variables observées:<br>Groupe non-clinique: ADOLESCENTS    | 184         |
| C             | Matrice d'inter-corrélation entre les variables latentes et les variables observées:<br>Groupe clinique: ADOLESCENTS        | 185         |
| D             | Indices d'ajustement des sous- modèles d'équations structurelles proposés et sous- modèles.                                 | 186         |
| E             | Formulaires de consentement éclairé & texte de recrutement  | 187         |
| F             | Questionnaires utilisés pour la cueillette des données  | 188         |

## RÉSUMÉ

L'objectif de ce travail consiste à identifier, à l'aide de la technique de modélisation par équations structurelles, un certain nombre de marqueurs psychologiques qui sont sous-jacents aux comportements pathologiques des adolescents et des jeunes adultes envers les jeux de hasard et d'argent. Des marqueurs furent donc identifiés à partir de la littérature; leur choix fut supporté par la théorie générale de l'addiction de Jacobs (1986), la théorie sur le cycle d'une addiction de McCormick (1994) et la théorie conflictuelle de la prise de décisions de Janis et Mann (1977). Ce travail propose donc d'explorer s'il existe une relation entre le jeu pathologique et des marqueurs tels que les émotions de honte et de culpabilité, les processus décisionnels et les stratégies de *coping* qui sont utilisées par les adolescents et les jeunes adultes. Deux cent quatre-vingt-quinze universitaires composent le premier échantillon de jeunes adultes. Deux cent dix-sept adolescents composent un échantillon dit clinique, en raison des problèmes de consommation et de comportement et de jeu qui affligent ces derniers. Leurs réponses furent comparées à 244 adolescents qui composent le groupe non-clinique. La cueillette de données s'est faite à l'aide de questionnaires auto-rapportés. Les liens entre les différents facteurs furent consacrés par un modèle statistique pour les jeunes adultes, alors que des analyses exploratoires sont venues décortiquer les résultats obtenus auprès de nos adolescents. Ainsi, des comparaisons multi-groupes entre les variables latentes des échantillons d'adolescents furent possible grâce à la technique de modélisation par équations structurelles. Les résultats obtenus viennent supporter certains concepts de la théorie de McCormick (1994). En général, les adolescents et les jeunes adultes ne font pas la distinction entre les émotions de honte et de culpabilité. Il ne semble pas avoir de relation entre le fait de ressentir de la honte et/ou de la culpabilité et le fait d'avoir recours à des stratégies de *coping* inadéquates ou inadaptées chez les adolescents, comme c'est le cas chez les adultes. De plus, toujours chez les adolescents, l'absence de lien entre les processus décisionnels et les stratégies de *coping* laisse présager la présence d'un facteur intermédiaire jouant un rôle de médiateur entre ces deux entités. Ce résultat viendrait raffiner le modèle conflictuelle de la prise de décision de Janis et Mann (1977). Enfin, les résultats des comparaisons multi-groupes démontrent que les adolescents qui composent le groupe clinique ressentent davantage de honte et/ou de culpabilité que leurs pairs et qu'ils possèdent un répertoire plus limité de stratégies de *coping* adaptées, et qu'ils les utilisent moins comme facteur de protection contre les problèmes liés au jeu excessif. Des implications pratiques ainsi que des pistes pour des recherches ultérieures sont aussi présentées.

**Chapitre 1**  
**Contexte théorique**

*Aucun signe physique ne trahit ces gens:  
ils n'ont pas de marques d'aiguilles sur  
les bras comme le drogué, leur haleine  
ne les dénonce pas comme l'alcoolique.  
Ils n'absorbent rien. Tout se passe dans  
la tête." (Marcil & Riopel, 1993)*

## INTRODUCTION

L'usage à outrance, au cours des années '60-'70 de l'héroïne et de la marijuana, puis, dans la décennie suivante, celle des stimulants tels que la cocaïne, jumelée à l'acceptation de plus en plus répandue de l'alcoolisme en tant que maladie, a mené à une prise de conscience de la part des citoyens, des cliniciens, et des scientifiques, à propos de la nature "vulnérablement addictive" de l'être humain. Le terme *addiction* (anglicisme) – ou toxicomanie –, réfère de manière traditionnelle, à l'utilisation de substances psychoactives qui entraînent des mécanismes physiologiques tels que la tolérance (i.e., le besoin d'augmenter la quantité de substances afin d'obtenir le même effet recherché) et la dépendance (i.e., apparition de symptômes physiologiques dits "de sevrage" si la consommation de la substance cesse). Or, les conséquences néfastes des différents types d'*addiction*, tant au niveau personnel qu'au niveau de la société, ne se comptent plus: d'où le désir grandissant d'y trouver des explications et d'y apporter des solutions. Depuis, des séries de découvertes qui nous ont permis de décrire et de documenter plus précisément les dessous génétiques et biologiques des *addictions*, sans toutefois nous renseigner sur la nature psychologique du phénomène addictif. Certains auteurs, comme Jacobs (1986) ou McCormick (1994) ont développé des théories pour tenter d'expliquer – et de contrer – les *comportements* addictifs. En effet, au fil des ans, sont venus s'ajouter des comportements ou activités considérés comme ayant une nature addictive, comme la

boulimie/anorexie, le magasinage (ou *shopping*), la sexualité, le travail ou encore, et c'est le sujet qui nous intéresse ici, le jeu pathologique communément appelé le *gambling*: tous ces comportements ou *addictions* comportementales partagent avec les *addictions* dites chimiques (drogues, médicaments, alcool), une préoccupation constante de faire le comportement, un besoin excessif de poursuivre le comportement, une incapacité apparente à pouvoir le contrôler, et le fait de refaire ce même comportement sans cesse, et ce, malgré les conséquences néfastes qui l'accompagnent. Tout comme les *addictions* chimiques, ces *addictions* comportementales sont associées à des périodes de réconfort, de plaisir et de gratifications momentanées, mais à la longue, elles entraînent invariablement des conséquences néfastes et destructives pour l'individu, de même que pour son entourage: les conséquences sociales de tels phénomènes sont donc bien réelles, bien que difficilement identifiables de par leur ampleur (Khantzian, 1993).

Jadis, le *gambling* avait une image de classe. Le prestige associé aux tables de jeu de Monaco ou de Las Vegas faisait l'envie de plusieurs. Les dettes de jeu et les problèmes d'*addictions* étaient une affaire privée; le gouvernement n'y était point concerné. L'impression générale du jeu était favorable puisqu'il constituait un luxe. Depuis quelques années, les visions ont changé. Un nombre grandissant de chercheurs s'intéressent au phénomène, maintenant reconnu socialement, qu'est le jeu pathologique. Son omniprésence est devenue une préoccupation de santé publique. Les conséquences néfastes du jeu défraient régulièrement les manchettes (i.e., un suicide relié au jeu, une famille ruinée...) et dépassent de beaucoup les personnes directement en cause: parce qu'il est clair qu'il y a des victimes. Et puisqu'au Canada, l'État (les provinces) est le principal promoteur du jeu, il a une grande responsabilité face à la population. Il a le devoir d'informer les gens des effets nocifs du jeu... et de traiter ceux qui sont

affectés par celui-ci. Mais comment ne pas reconnaître le droit individuel de consommer un produit légal? Faut-il pénaliser la majorité raisonnable pour protéger une infime minorité contre elle-même?

Nous croyons qu'il faut plutôt étudier davantage, apprendre des expériences d'ailleurs et trouver une manière de prévenir les conséquences fâcheuses de leur utilisation exagérée. Le mieux à faire est souvent de viser les groupes qui sont à risque de développer ce genre de problème. C'est à ce niveau que les instruments de prévention auront le plus d'impact. C'est ainsi ce que ce travail se propose de faire.

L'objectif principal de la présente thèse est d'examiner la pertinence de certaines variables appelées à jouer un rôle dans la pathologie envers les jeux de hasard et d'argent. Or, puisque la majorité des joueurs pathologiques adultes admettent avoir débuté leur "carrière" alors qu'ils étaient encore adolescents, c'est principalement vers ce groupe d'âge que cette étude se penchera, et que les résultats de celle-ci s'appliqueront.

Cette thèse permettra ainsi d'obtenir une meilleure compréhension des variables psychologiques qui sont associées à un comportement pathologique envers les jeux de hasard et d'argent chez les adolescents et les jeunes adultes. L'habileté de reconnaître le rôle que jouent ces variables qui protègent ou, au contraire, qui prédisposent les jeunes à d'actuels ou de futurs problèmes avec le jeu pourrait, en plus de réduire les coûts directs et indirects d'une telle pratique, jouer un rôle déterminant dans le développement de futures stratégies de prévention et de traitement pour le joueur pathologique.

## ***LE JEU PATHOLOGIQUE***

Pas moins de huit Canadiens sur 10 jouent à des jeux de hasard et d'argent; principalement à la loterie. C'est ce qui ressort d'un sondage Léger Marketing, réalisé à la fin du mois de septembre 2001. La proportion de joueurs est à peu près constante dans toutes les provinces ou régions du pays, variant de 74 % en Alberta à 84 % dans les autres provinces des Prairies. Au Québec, la proportion de gens qui jouent à des jeux de hasard et d'argent atteint 83% (Lecavalier, Presse Canadienne).

Le jeu a toujours eu un petit côté attirant, voire séduisant. Son omniprésence à travers toutes les époques et dans toutes les cultures en fait foi. C'est en l'an 2000 av. J.-C. que l'on aurait trouvé les premières traces de jeux de table (*board games*); des dés ont aussi été trouvés dans les tombes égyptiennes et dans les ruines de Babylone; des royaumes indiens ont été misés avec une version primitive de notre jeu d'échecs; les ancêtres chinois allaient jusqu'à mettre en jeu leurs doigts, leurs orteils ou même leurs membres entiers (Bromberg, 1965; Arnold, 1978). Arnold (1978) et Greenberg (1980) rapportent que les jeux de roulette auraient débuté avec des soldats grecs ou romains qui gageaient sur le nombre de tours de roues de leurs chariots.

Plus près de nous, la première loi sur le jeu au Canada fut dérivée de celle de nos voisins les Anglais qui datait du début des années 1800. En Angleterre, les loteries étaient utilisées depuis le début du 16<sup>e</sup> siècle pour lever des fonds pour des travaux publics. Elles étaient légales, en autant qu'elles aient obtenu l'approbation du gouvernement (Maclean, 1996).

En 1856, une législation semblable à celle du *British Gaming Act* fut adoptée au Canada.

Avant 1969, le Code criminel canadien contenait des sanctions contre le jeu. Outre les paris mutuels sur les courses de chevaux, les mini-loteries pour les oeuvres de charité and les quelques loteries durant les foires, les activités de gambling étaient illégales (Osborne, 1992). L'année 1969 marqua un changement dans les juridictions relatives au gambling entre le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux. Le Code criminel fut alors amendé afin de permettre aux deux paliers gouvernementaux d'offrir des loteries. Au cours des années suivantes, d'autres amendements ont permis aux gouvernements provinciaux d'accorder des permis pour des loteries de charité ou pour les groupes religieux, en autant que les profits étaient utilisés pour des oeuvres religieuses ou de charité. Les cours ont ensuite élargi leurs interprétations des juridictions provinciales et les principes de loi ont ainsi laissé leur place à un système de règlements administratif. Au milieu des années 1970, chacune des provinces et territoires canadiens avec leur propre système de loterie (Campbell, 1991).

En 1985, les gouvernements fédéral et provinciaux se sont entendus que le fédéral ne s'ingérerait plus dans le monde du gambling au Canada. En retour, les provinces ont versé \$100 millions au fédéral (Maclean, 1996). Les gouvernements provinciaux peuvent maintenant offrir leurs propres loteries. Ils peuvent également émettre des permis pour les oeuvres de charité et les associations religieuses. Le lieutenant gouverneur du Conseil d'une province (ou son équivalent) peut émettre des conditions à l'égard de la tenue et de la gestion des projets de loteries pour les oeuvres de charité et de bienfaisance (Seelig & Seelig, 1998).

### ***L'adolescence et le jeu***

Cette passion légendaire pour le jeu, jumelée à sa prolifération, a mené à l'investissement

d'importantes sommes d'argent de la part des consommateurs: des montants qui ne cessent d'augmenter... et des consommateurs qui ne cessent de rajeunir. En effet, bien que le jeu ait d'abord été perçu comme une activité propre au monde des adultes, des études de prévalence ont démontré qu'un nombre alarmant d'adolescents et même d'enfants y prennent part (Arcuri, Lester, & Smith, 1985; Ladouceur & Dubé, 1994; Ladouceur, Dubé, & Bujold, 1994; Ladouceur & Mireault, 1988; Lesieur & Klein, 1987; Rosenstein & Reutter, 1980; McLeod, 1996; Derevensky & Gupta, 1997). Étant donné les signes de dépendance au jeu difficilement observables chez les jeunes -- tout comme chez les adultes --, et le peu de données empiriques disponibles dans ce domaine, ce problème fut (trop) longtemps sous-estimé comparativement aux autres formes d'addiction prisées des jeunes (abus de drogues ou d'alcool). Au Québec seulement, vers la fin des années '80, 76 % des étudiants de niveau secondaire rapportaient avoir parié au moins une fois dans leur vie (Ladouceur & Mireault, 1988). Parmi ceux-ci, 24 % admettaient jouer --pour de l'argent-- au moins une fois par semaine, tandis que près de 2 % rencontraient les critères diagnostiques du jeu pathologique. Pire encore, environ 20 % de ces jeunes rapportaient avoir dépensé plus de \$10 dans une seule journée, et 15 % avaient emprunté de l'argent pour jouer ou encore pour rembourser des dettes de jeu. Aussi, 10 % des adolescents avaient utilisé l'argent pour leur dîner tandis que 8,5 % avaient eu recours à des actes illégaux pour se procurer des fonds pour parier (Vitaro, Ladouceur & Bujold, 1996). Au Royaume-Uni, des études de prévalence ont produit des résultats quasi-identiques parmi les jeunes qui jouent pour de l'argent, tandis qu'aux États-Unis, les chiffres sont encore plus importants: ainsi, au cours de la même période, Lesieur et Klein (1987) rapportaient que 91 % des jeunes de 11<sup>e</sup> et 12<sup>e</sup> année du New-Jersey, avaient déjà joué au moins une fois dans leur vie et que 86 % avaient parié

durant l'année qui a précédé l'enquête. De plus, 32 % de ces jeunes gens avaient parié au moins une fois par semaine au cours des 12 derniers mois, tandis que 5,7 % d'entre eux rencontraient les critères diagnostiques du jeu pathologique (tiré de Vitaro et al., 1996). En Alberta, par exemple, une étude datant de 1996 suggère que 8 % des adolescents sont des joueurs problématiques, alors qu'un autre 15 % sont considérés comme étant à risque de le devenir. Plus près de nous, une étude ontarienne suggère que les troubles reliés au gambling sont quatre fois plus importants pour les 12-19 ans, que pour le groupe d'âge 18-74 ans (McLeod, 1996).

Et ce n'est pas tout: les jeunes qui parient au jeu, le sont de plus en plus. Les problèmes reliés au jeu débutent donc dès le début de l'adolescence, voire, dès l'enfance. En effet, dans son étude auprès de joueurs pathologiques, Griffiths (1990) détermina que ces derniers commencent à jouer aux machines à sous à un âge moyen de 9,2 ans ! Lors d'une enquête auprès de jeunes de 8-13 ans, Ladouceur, Dubé et Bujold (1994) ont trouvé que 86 % de ces jeunes étudiants fréquentant l'école primaire ont parié au moins une fois dans leur vie; un autre 40% jouent à l'argent au minimum une fois par semaine. Toujours selon Ladouceur *et al.* (1994), il semblerait que les jeunes garçons jouent davantage que leurs consœurs aux jeux de hasard et d'argent. Les études de prévalence ont aussi déterminé que les proportions de joueurs chez les adolescents se distribuent ainsi: 5 à 6 % sont des joueur pathologiques et 20 à 40 % de ceux-ci sont des joueurs récréatifs réguliers (tiré de Ladouceur *et al.*, 1994).

Or, les comportements problématiques associés au jeu ne viennent habituellement pas seuls: ils sont affiliés à d'autres problèmes comportementaux. Par exemple, Fischer (1993), Ladouceur *et al.*(1994) et Lesieur *et al.*(1991) ont trouvé des liens entre la participation à des jeux de hasard et d'argent à un jeune âge, et la consommation d'alcool, l'usage de cigarettes et de

drogues illégales. Des relations entre le gambling à l'âge adolescent et les comportements délinquants ont aussi été découvertes (Griffiths, 1990; Ladouceur & Mireault, 1988; Lesieur & Klein, 1987), tandis que chez les joueurs d'âge adulte, on a remarqué une corrélation avec le nombre d'actes criminels et/ou avec une personnalité anti-sociale (Blaszczynski, McConaghy, & Frankova, 1989; Martinez-Pina et al., 1991).

Pour ce qui est de la disponibilité et de l'accessibilité des jeux de hasard et d'argent, notons qu'il est possible de se procurer un billet de loterie dans toutes les provinces canadiennes et que plusieurs d'entre elles ont légalisé ou tolèrent les jeux vidéo; des casinos ont aussi été implantés ou le seront sous peu dans plusieurs de celles-ci.

Or, de nombreux chercheurs (Eadington, 1989; Harris, 1988; Lesieur, 1992; Lester, 1994; Volberg, 1994) ont souligné le fait que l'accessibilité et la disponibilité de ces jeux, sous leur forme légale ou non, suscitaient la participation et exposaient les individus à risque à devenir des joueurs pathologiques.

En effet, si pour la majorité des gens, le jeu est synonyme de détente et de divertissement, il en est autrement pour ceux chez qui la présence de certaines prédispositions personnelles ou sociales risque de conduire vers la pathologie. Le jeu devient pour eux une profonde dépendance alors qu'une pulsion incontrôlable les incite sans cesse à miser de l'argent. Custer (Custer et Milt, 1985) croit que la passion du jeu est une toxicomanie psychologique semblable à une maladie; il la décrit comme un moyen d'évasion aussi puissant que la drogue. Pour un joueur pathologique, parier constitue une source d'excitation et de détente qui domine entièrement sa vie, nonobstant les désastreuses conséquences qui en sont tributaires (Custer et Milt, 1985; Lesieur et Rosenthal, 1991; Marcil et Riopel, 1993). Force est de constater que le jeu

pathologique détruit graduellement plusieurs aspects de la vie d'un individu.

À travers le pays, les spécialistes des problèmes addictifs ne cessent de répéter l'importance de la prévention pour les jeunes (McLeod, 1996), d'autant plus que les terminaux de loterie-vidéo qui s'installent partout au pays et le phénomène de l'internet qui ne cesse de prendre de l'ampleur, ne risquent que d'empirer une situation déjà menaçante. De plus, les experts prétendent que les formes de jeux électroniques augmentent les risques d'habituance, particulièrement chez les jeunes adeptes de cette forme de jeu dont le rythme rapide procure un sentiment d'euphorie comparable à ceux ressentis dans les autres types d'addiction (Sullivan, 1993; Gemini Research, 1994).

En effet, une étude sur le jeu pathologique, menée pour le compte de la *British Columbia Lottery Corporation* en 1994, démontra que les facteurs de risque quant au jeu problématique sont d'abord le fait de jouer à des jeux de hasard et d'argent à un jeune âge, et ensuite une préférence pour les formes de jeu progressif comme les loteries-vidéo, les bingos, les machines à sous et les loteries instantanées (Gemini Research, 1994).

Selon les chercheurs, les programmes de prévention devront plus que jamais être dirigés vers les populations adolescentes (McLeod, 1996).

L'adolescence, rappelons-le, est une période de bouleversements. Ce passage de l'enfance à l'âge adulte se vit habituellement entre 12 et 18 ans et s'accompagne de changements physiques et émotionnels en plus d'apporter une série de nouvelles responsabilités: Le jeune éprouve alors toute une gamme de sentiments nouveaux, dont la joie de devenir adulte, l'inquiétude face à un monde inconnu, la peur d'être différent, l'espoir de se construire une identité propre; il doit également établir son autonomie face à ses parents, faire un choix par

rapport à son identité sexuelle et penser à une carrière. Une période d'ambivalence caractérise cette importante étape.

La façon dont un adolescent gèrera ces demandes ou exigences, déterminera son niveau de confort face à celles-ci. Certains adolescents iront jusqu'à s'isoler pour échapper aux commentaires et aux pressions de leurs amis. D'autres se lanceront dans le sport ou dans la musique. Quelques individus, probablement plus fragiles sur le plan psychologique, adopteront des comportements pathologiques pour se sauver, pour s'évader, pour tenter d'éviter de devoir faire face à ces changements.

Nous savons donc sur quels groupes il faut porter nos efforts afin de contrer les effets de plus en plus néfastes du jeu problématique. Mais savons-nous quoi faire pour aider les jeunes à éviter les pièges du jeu? Où aiguiller nos efforts? *Quels sont les marqueurs psychologiques qui sont associés à une pathologie à l'égard des jeux de hasard et d'argent chez les adolescents et les jeunes adultes?* Peut-on prévoir, à partir d'une observation ou d'une "faiblesse" quelconque, si un adolescent est à risque de développer une pathologie envers le jeu? Comment expliquer le fait que certains adolescents – même s'ils sont de grands adeptes des jeux vidéos – ne développent aucun problème envers le jeu, alors que d'autres seront aux prises avec ce problème?

La première partie de ce travail tentera de décrire les différents concepts ou marqueurs reliés au phénomène du jeu pathologique. Une description des émotions (négatives) de honte de culpabilité, aussi appelées métaémotions en raison de leur importance et de leur impact sur le développement du psyché, sera offerte. Comment gère-t-on ces émotions? La section sur les différentes stratégies de débrouillardise (ou *coping*) utilisées par les individus tentera de répondre

à cette question. Les processus décisionnels adoptés par les gens, qui influencent grandement leurs stratégies de *coping*, seront aussi discutés. Le lien entre ces entités sera consacré par un modèle statistique – développé à partir d'observations tirées de la littérature – qui nous permettra de vérifier quels sont les liens pertinents entre ces concepts. Enfin, les hypothèses testées par notre modèle seront décrites.

En second lieu, une description de la méthodologie utilisée pour ce projet de recherche sera offerte. Elle sera suivie des analyses statistiques qui mèneront à leur tour aux résultats obtenus par le biais de cette étude. Une discussion viendra consolider le bilan de ces aboutissements.

Enfin, après avoir résumé les principales contributions de ce projet d'étude, celui-ci se conclura avec une série de suggestions et de recommandations concrètes et pertinentes pour les écoles, organismes, parents, etc., qui interagissent auprès d'adolescents et/ou de jeunes adultes.

### ***Le jeu pathologique comme trouble psychiatrique***

Ignoré comme trouble psychiatrique par le DSM-I (*Diagnostic and Statistical Manual*, première version) et le DSM-II, le jeu pathologique fut inclus comme diagnostic en 1980 dans le DSM-III. Il fut classé parmi les “désordres d'impulsions non classifiés ailleurs” (*impulse-control disorders not elsewhere classified*). Dans le DSM-IV (1994), le jeu pathologique est défini comme un échec progressif et chronique à résister à l'impulsion de jouer associé à des comportements qui troublent la vie familiale ou professionnelle. La préoccupation du jeu et l'impulsion à jouer augmentent en période de stress ou de dépression. On mentionne également que les problèmes occasionnés par le jeu - endettement excessif, rupture des relations familiales,

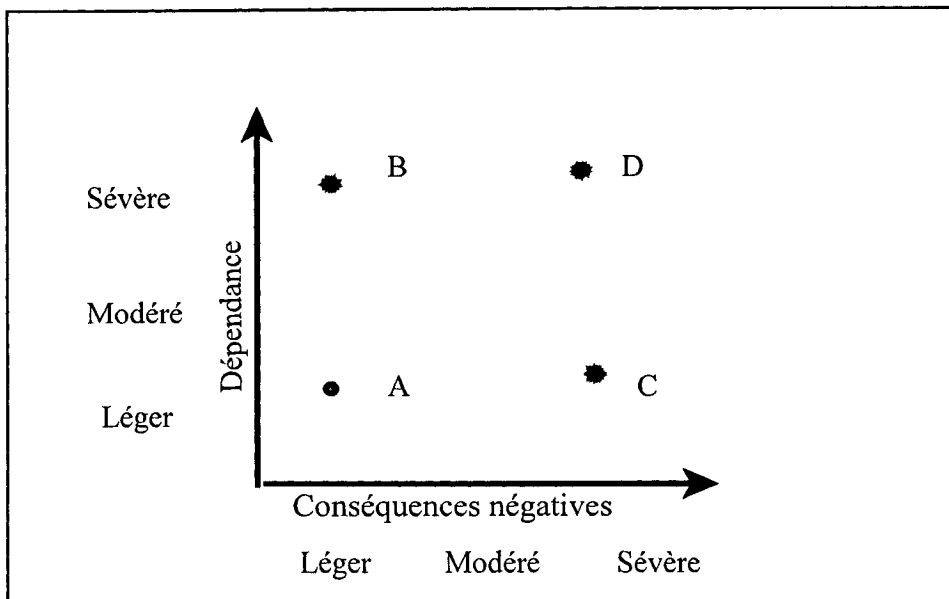
inattention au travail, activités illégales pour payer les dettes de jeu - ne font qu'accroître le comportement pathologique, le joueur cherchant constamment à se "refaire". Les caractéristiques associées au jeu pathologique dans le DSM-IV sont la croyance que l'argent est à la fois la cause et la solution à tous les problèmes; un comportement antisocial lorsque les autres sources d'argent sont épuisées; et une personnalité énergique, compétitive, outrageusement généreuse, infatigable et facilement blasée. Les critères du DSM-III-R ont d'ailleurs été révisés dans le DSM-IV de manière à en augmenter la spécificité (American Psychiatric Association (APA), 1994).

Même si la définition du jeu pathologique semble, à prime abord, assez évidente, elle comporte d'autres dimensions qui augmentent son niveau de complexité. Par exemple, les comportements liés au jeu problématique entraînent des conséquences néfastes pour l'individu mais aussi pour son entourage, son réseau social (parents, amis, collègues), et pour la société en général. D'ailleurs une étude datant de 1994, estimait à plus de \$20 000 le coût annuel d'un joueur pathologique pour la société. Et ce montant n'inclut pas le coût d'un divorce ou des problèmes familiaux: il considère seulement les pertes de revenus des joueurs pathologiques, suite à la perte de leur emploi, et les coûts légaux liés aux vols et autres crimes commis par ces derniers dans le but de se procurer des sous pour nourrir leur vice (Goodman, 1994). Les conséquences ou pertes financières (individuelles) varieront également d'un individu à l'autre, et – ce qui ajoute à la complexité de la définition – auront un impact différent, selon les ressources financières dont dispose l'individu. Ainsi, la perte de \$1000 en une soirée peut s'avérer catastrophique pour une personne mais non pour une autre qui dispose de moyens financiers plus importants. Il s'agit donc, dans l'identification du joueur pathologique, de tenir compte de son

degré de dépendance envers le jeu, mais également des conséquences négatives qui en découlent (OPGRC, 2001). La **figure 1** nous permettra de mieux saisir cette importante nuance.

**Figure 1**

**Les dimensions du jeu excessif**



Un individu se situant dans la partie A de ce graphique n'est pas dépendant du jeu et il ne ressent aucune conséquence négative, tandis que celui se retrouvant dans la portion B du graphique est dépendant du jeu, bien qu'il ne ressente pas les conséquences du jeu sur le plan financier, par exemple, parce qu'il dispose de ressources financières plus importantes; et ainsi de suite...

**Évolution du jeu pathologique**

Dans la population, nous retrouvons des non-joueurs, des joueurs non-problématiques ainsi que des joueurs problématiques: tous ces gens sont constamment en mouvement en ce qui a

trait à l'exposition aux risques et au développement de problèmes liés au jeu. L' *Ontario Problem Gambling Research Centre (OPGRC)* place la population sur un continuum défini selon deux critères: le *risque* et les *problèmes* liés au jeu. Pour ce qui est du critère de risque, l'*OPGRC* divise la population en quatre catégories de risque (**Figure 2**).

**Figure 2**

|                          |                      |                      |                         |
|--------------------------|----------------------|----------------------|-------------------------|
| <b>Pas de<br/>risque</b> | <b>Faible risque</b> | <b>Risque modéré</b> | <b>Risque<br/>élevé</b> |
|--------------------------|----------------------|----------------------|-------------------------|

Ceux et celles qui ne jouent pas du tout se situent dans la catégorie “pas de risque”. Bien que ces gens ne développent habituellement pas de sérieux problèmes liés au jeu, il est possible qu'ils se déplacent vers la droite, où l'exposition au jeu augmente de façon progressive. La majorité de ceux et celles qui se situent dans la catégorie “faible risque” n'éprouveront pas de problèmes liés au jeu; il existe cependant un risque réel, bien qu'éloigné, qu'une telle éventualité puisse subvenir. Cette probabilité augmente pour les personnes qui se retrouvent dans la catégorie “risque modéré”, et est encore plus élevé chez les gens qui sont dans la catégorie “risque élevé”.

Le deuxième critère se rapporte aux problèmes tributaires du jeu. Dans la **figure 3**, la partie ombragée représente la prévalence de problèmes liés au jeu à l'intérieur de chacune des catégories de risque. Les deux graphiques combinés forment, ce qu'il est convenu d'appeler, le continuum du jeu problématique (OPGRC, 2001).

Figure 3

**Le continuum du jeu problématique**

|                      |                      |                      |                     |
|----------------------|----------------------|----------------------|---------------------|
| <b>Pas de risque</b> | <b>Faible risque</b> | <b>Risque modéré</b> | <b>Risque élevé</b> |
|----------------------|----------------------|----------------------|---------------------|

Comme mentionné un peu plus tôt, une petite portion de gens se retrouvant dans la catégorie “faible risque” développeront des problèmes en dépit des faibles probabilités. La prévalence augmente dans la partie “risque modéré” pour atteindre son maximum dans la catégorie “risque élevé”. À noter que certaines personnes qui se situent dans la catégorie à “risque élevé” ne développeront pas de problèmes liés au jeu, et ce, malgré les fortes probabilités qui y sont associées.

Qu'est-ce qui fait qu'un joueur “social” en vient à se mériter le diagnostic de joueur problématique? Les causes et les raisons exactes qui font qu'un joueur maintiendra son jeu pathologique semblent tributaires de l'individu lui-même (Griffiths, 1996); on note toutefois certains “traits” ou facteurs qui semblent communs à tous les joueurs problématiques. Comme nous le faisons remarquer un peu plus tôt, les comportements de jeu sont généralement remarqués dès l'adolescence et peuvent survenir suite à un événement traumatisant pour la personne: mort d'un parent, naissance d'un premier enfant, etc (Wolkowitz, Roy & Doran, 1985). Cet événement induirait un besoin d'échapper à cette délicate réalité (Moran, 1970).

Certains facteurs prédisposants (avant l'âge de 15 ans) sont aussi énumérés dans le DSM-IV: sérieux problèmes familiaux, discipline parentale inadéquate, problèmes comportementaux à l'école, être exposé au jeu dès l'enfance, et même une prédisposition familiale matérialiste par

rapport à l'argent (APA, 1994).

L'*Ontario Problem Gambling Research Centre* (2001) identifie deux types de risques qui sont reliés à la probabilité de développer des problèmes de jeu: il s'agit des risques *directs* et *indirects*. Les premiers sont directement reliés à l'apparition de problèmes reliés au jeu, de telles sortes que leur absence indiquerait que des problèmes auraient peu de chance de se développer. Les risques indirects quant à eux, jouent un rôle primordial, bien que plus secondaire dans l'apparition de symptômes problématiques reliés au jeu.

### *Les risque directs*

Les risques directs peuvent être divisés en deux catégories: les pratiques ou comportements risqués et les risques cognitifs. Les pratiques risquées regroupent de nombreux comportements reliés au jeu qui occasionnent directement des problèmes: nous n'avons qu'à penser aux gens qui, sur une base régulière, parient davantage que prévu; ou qui passent plus de temps que prévu à parier, saisissant toutes les occasions de réorganiser leur horaire en fonction de leurs habitudes de jeu; ou encore, pensons aux individus qui tentent de recouvrer leurs pertes encourues suite au gambling, qui empruntent de l'argent ou qui s'en procurent de façon illégale de manière à continuer leur comportements de jeu, etc. Ces pratiques sont dites causales, en ce sens, qu'elles sont des conditions à la fois nécessaires et suffisantes pour que débutent les problèmes reliés au jeu.

Les risques cognitifs, quant à eux, représentent les pensées ou les croyances des joueurs qui supportent ou favorisent l'adoption et le maintien de pratiques ou de comportements risqués. Il semblerait que ces cognitions jouent un rôle encore plus important dans le développement de

problèmes de jeu, que d'autres problèmes comportementaux tels l'abus de drogues ou d'alcool. Les croyances à propos de chances dues ou destinées, les superstitions reliées au jeu, les illusions de contrôle et la non-compréhension des notions de probabilités et de hasard, ne sont que quelques exemples de risques cognitifs. Pour la majorité des gens, ces conditions sont nécessaires mais non suffisantes pour le développement de problèmes reliés au jeu. Néanmoins, ces croyances sont si liées ou corrélées avec l'adoption et le maintien de comportements à risque, que l'OPGRC (2001) a choisi de les inclure au sein des facteurs de risques directs. À noter que les niveaux des risques directs peuvent s'accroître en fonction du nombre de comportements risqués ou de cognitions adoptées, ou encore, en fonction de l'implication d'un individu envers ces facteurs de risques. Ainsi, une personne qui n'a que peu de croyances erronées liées au jeu et qui n'adoptera que de rares comportements de jeu aura peu de chance de développer des problèmes de jeu; à l'opposé, une personne qui aura plusieurs croyances erronées à l'égard du jeu et qui adoptera plusieurs comportements reliés au jeu, aura plus de chance de développer une série de problèmes en rapport avec le jeu.

### *Les risques indirects*

Même s'ils ne sont pas des causes directes des problèmes reliés au jeu, les risques indirects jouent cependant un rôle crucial dans leur développement et leur maintien. Ils contribuent en effet, à augmenter la probabilité d'adopter des comportements à risque ou des croyances erronées à l'égard du jeu. Ces risques indirects nous renseignent sur les raisons pour lesquelles un individu passera d'une catégorie à faible risque à une autre, où le risque est plus élevé.

Les chercheurs dans le domaine du jeu pathologique identifient généralement quatre types de risques indirects:

- *Les prédispositions sociales:* les enfants et les adolescents acquièrent des attitudes, des comportements et des croyances par rapport au jeu, de leurs parents, tuteurs, pairs, etc. Des réponses ou réactions potentiellement dommageables peuvent être apprises au cours de ce processus, tant au niveau d'une acceptation générale ou d'une attitude positive ou envieuse envers le jeu, que d'un apprentissage de moyens inadéquats pour gérer des problèmes ou des émotions négatives telles la colère, la dépression ou la solitude.
- *Les prédispositions émotives:* certaines conditions ou caractéristiques personnelles comme l'isolement, un faible estime de soi ou un locus de contrôle externe, peuvent rendre un individu plus vulnérable face aux promotions, aux motivations ou aux incitations à gambler; ainsi, celui-ci sera plus susceptible d'adopter des pratiques risquées ou des croyances envers le jeu qualifiées d'irréalistes.
- *Les prédispositions biologiques:* certaines prédispositions physiologiques ou biologiques, comme un faible contrôle des impulsions ou une hypersensibilité aux stimulations endorphiques, peuvent accroître les probabilités d'adoption de comportements ou de cognitions mettant un individu à risque de développer des problèmes reliés au jeu.
- *Les conditions environnementales:* certains facteurs contextuels, tels l'accessibilité ou la disponibilité des jeux de hasard et d'argent, les incitatifs utilisés pour promouvoir le jeu et encourager les gens à jouer, ou encore les

significations ethno-culturelles reliées au gambling, peuvent favoriser l'adoption de pratiques ou de croyances erronées à l'égard des jeux de hasard et d'argent.

Les trois premiers types de risques indirects sont des prédispositions tandis que le quatrième type est plutôt un facteur contextuel. Il est à noter que certains types sont modifiables et peuvent donc être ciblés pour un changement, alors que d'autres sont impossibles à changer (OPGRC, 2001). Cette étude s'attardera sur les prédispositions émotives.

Les risques indirects nous permettent d'envisager pourquoi certaines personnes vont passer d'une catégorie où le risque de développer des problèmes de jeu est faible, à une autre où le risque est plus élevé.

### *Les facteurs de protection*

Qu'est-ce qui peut bien amener une personne à progresser vers une catégorie où le risque de développer des problèmes de jeu est plus accru? Bien qu'il n'existe point de réponse définitive à cette question, de nombreux auteurs (Vitaro et al., 1996; Gupta & Derevensky, 1996, 1997, 1998) avancent que des facteurs prédisposants viendraient augmenter les probabilités qu'un individu développe des problèmes liés au jeu, alors que des facteurs de protection viendraient réduire ces mêmes risques chez un autre individu. Aux facteurs prédisposants viennent se joindre les conditions environnementales, les expériences "précoces" de *gambling*, ainsi que l'adoption de comportements à risque (OPGRC, 2001).

Parmi les facteurs prédisposants, nous retrouvons les quatre types de risques indirects, décrits un peu plus tôt (prédispositions sociales, émotives, biologiques et les conditions environnementales). La présence de ces facteurs accroît les probabilités chez un individu

d'adopter des comportements susceptibles de le mettre à risque, et/ou des croyances irréalistes à l'égard du jeu. Or, malgré le fait que ces facteurs prédisposants soient présents parmi la plupart des joueurs problématiques, il n'en demeure pas moins que la majorité des gens qui y sont exposés, ne développent pas de problèmes à l'égard des jeux de hasard et d'argent. D'autres facteurs entrent donc en jeu, et viennent contribuer à l'éclosion de problèmes de jeu. C'est ici que le rôle joué par l'environnement (i.e., l'accessibilité et la disponibilité des endroits des activités reliées au jeu) et par les expériences de jeu d'une personne (i.e., un gain important tôt dans la "carrière" d'un joueur, ou une série de gains) viennent exercer une profonde influence et, souvent, consolider des comportements et des croyances qui ne pourront que nuire aux joueurs en devenir. En effet, le niveau d'exposition aux facteurs de risques directs – cognitifs et/ou comportementaux --semble être le grand responsable du début des problèmes reliés au jeu (Eadington, 1989; Lesieur, 1992; Volberg, 1994).

Il est primordial ici de réaliser que le jeu problématique n'est aucunement le produit d'un seul facteur, ou encore le résultat d'un simple processus: ses racines regroupent plutôt un amalgame de composantes, agencées de manière complexe, qui interagissent les unes avec les autres. Il n'existe donc aucune solution "miracle" qui pourrait être offerte à tous les individus aux prises avec des problèmes de jeu excessif.

Avant d'aller plus loin, attardons-nous au rôle de certains facteurs qui pourraient réduire les probabilités d'adoption de comportements ou de cognitions inadéquates vis-à-vis des jeux de hasard et d'argent. Ce faisant, ils viendraient diminuer la probabilité d'apparition des problèmes reliés au jeu. Pour les individus socialement, psychologiquement ou encore biologiquement prédisposés, ces facteurs "protecteurs" jouent un rôle tampon qui permet de réduire les impacts

négatifs que pourraient leur apporter leurs conditions (OPGRC, 2001).

Ce n'est que tout récemment que les chercheurs ont commencé à identifier des facteurs qui ont un rôle de protection plutôt que d'incitateur ou de destructeur, afin d'étudier et de comprendre leur fonctionnement (OPGRC, 2001). Par exemple, le fait de développer ou de renforcer de tels facteurs pourrait permettre à de jeunes adolescents de se retrouver dans une catégorie à faible risque plutôt que dans une autre où le risque d'avoir des problèmes de jeu est plus grand. La difficulté tient justement au fait qu'il faut identifier ces facteurs – qui pourraient être appelés à jouer un rôle de médiateur dans le modèle de conceptualisation de la problématique du jeu pathologique – sur lesquels les programmes de prévention devront miser. Ce travail tentera de combler cette lacune en tentant d'identifier des facteurs susceptibles de venir enrichir cette catégorie.

Mais avant d'y arriver, présentons ici les fondements théoriques sur lesquels repose l'idée originale de ce travail.

***LA THÉORIE GÉNÉRALE DES ADDICTIONS DE JACOBS;  
LA THÉORIE DE L'ÉVALUATION D'UNE ÉMOTION DE ARNOLD***

Puisque le jeu problématique s'avère une addiction comportementale dont les symptômes et les conséquences ressemblent à plusieurs points de vue à ceux des addictions dites chimiques, il convient de présenter ici une théorie générale des addictions, élaborée par le Dr. Jacobs en 1986. Fait à noter, Jacobs (1986) s'est servi du joueur pathologique comme prototype pour l'élaboration de sa théorie, alors que le besoin se faisait sentir au sein de la communauté

scientifique de présenter une théorie pouvant expliquer l'ensemble des comportements excessifs tout en tenant compte des évidences biologiques, psychologiques et socioculturelles. Celle-ci avait comme objectif d'identifier les adolescents à risque élevé et de prévenir le développement d'addictions; d'où son choix pour notre étude. À noter que d'autres chercheurs dans le domaine du jeu pathologique ont eu recours à la théorie de Jacobs (1986) (voir Gupta & Derevensky, 1998) et ont déterminé que celle-ci se voulait une explication plausible pour le développement des comportements addictifs envers les jeux de hasard et d'argent chez les adolescents.

Dans cette théorie, une addiction est définie comme un état dépendant, qui s'est installé au fil du temps et qui permet de soulager le stress (Jacobs, 1986).

Après avoir recueilli des informations auprès de joueurs pathologiques, d'alcooliques, de mangeurs compulsifs, de personne ayant des problèmes de drogues, ainsi que d'autres personnes souffrant d'une forme quelconque d'addiction comportementale ou chimique (i.e., médicaments), Jacobs (1986) a eu recours à une approche matricielle pour développer les fondements de sa théorie. Des groupes contrôles d'adolescents et d'adultes ayant répondu aux mêmes questionnaires ont aussi été utilisés. Selon l'auteur, il s'agissait alors d'une première approche où des indicateurs ont été recueillis et comparés entre différents types d'addiction et des échantillons de contrôle (Jacobs, 1986).

Contrairement aux idéologies alors véhiculées, Jacobs (1986) avance que deux types de facteurs inter-reliés prédisposent une personne à développer ou à maintenir un problème d'addiction: un état de *repos physiologique anormal* (dépressif ou trop excité) qui empêcherait l'individu de répondre adéquatement aux expériences anxiogènes, ainsi que le fait d'avoir vécu des expériences durant notre enfance ou au début de l'adolescence qui ont laissé un profond

sentiment d'inadéquation, ou un sentiment de rejet de la part des parents et/ou d'autres personnes significatives – un état d'âme que l'on pourrait associer à une émotion négative comme la honte ou la culpabilité. L'auteur avance que le fait qu'un individu, à travers une addiction quelconque, puisse échapper (ou avoir le sentiment de le faire) à une réalité jugée trop douloureuse en s'imaginant être plus important, plus riche ou plus admiré, ne fait que contribuer au renforcement de cette addiction. Jacobs (1982, 1984) compare même ces états fantaisistes à des expériences dissociatives qui pourraient même prendre la forme de fugues dissociatives chez les joueurs pathologiques. Le premier facteur serait donc de nature physiologique tandis que le second serait d'ordre émotif.

De plus, la théorie générale des addictions soutient que les deux facteurs prédisposant doivent coexister et exercer leurs effets respectifs, avant qu'un individu ne maintienne son comportement addictif dans un environnement contribuant. De cet angle, seulement une partie de la population peut être considérée à risque pour le développement d'addictions. Jacobs (1986) précise cependant que des personnes dans ce groupe peuvent demeurer à un état latent jusqu'à ce qu'une expérience résultant du hasard soit perçue comme très plaisante et suffisamment intense pour les motiver à s'organiser pour être en mesure de revivre une telle expérience. Le niveau de renforcement positif tiré d'une telle expérience peut être à ce point élevé chez un individu, qu'il est pratiquement certain qu'il fera tout en son pouvoir pour répéter l'expérience. Avec le temps, à force de répéter le comportement, l'individu élimine les éléments ou rituels non-essentiels afin d'obtenir une expérience plus intense, plus rapidement, et avec moins d'efforts. L'individu en vient alors à "sur-apprendre" (*overlearn*) la façon de retrouver la sensation de soulagement qui accompagne le comportement. Le fait que l'individu ait appris quoi faire et qu'il sache bien le

faire, augmentera sa motivation à vouloir refaire le comportement – au détriment des autres activités, jugées moins satisfaisantes dans sa vie –, ce qui le conduira vers des comportements compulsifs et répétitifs.

Le développement d'une addiction comprend donc un élément ou un événement hasardeux qui survient chez une personne déjà prédisposée. Ainsi, bon nombre de gens qui sont prédisposés pour le développement d'une addiction quelconque vont vivre leur vie sans jamais vivre une expérience suffisamment forte pour déclencher chez eux le "processus addictif" (Jacobs, 1986).

Cette conceptualisation partage certaines prémisses avec une approche cognitive de l'émotion. En effet, dès le début des années '60, Arnold, dans sa théorie de l'évaluation d'une émotion (*Appraisal Theory of Emotion*; Arnold, 1960) percevait une émotion comme le symptôme d'une séquence d'événements: suite à la perception d'un stimulus, une évaluation a lieu, qui à son tour, active une réponse émotive. C'est l'évaluation du stimulus qui évoque un sentiment quelconque envers la personne, l'objet ou l'événement, qui à son tour produit une réponse d'approche – si la personne ou l'objet sont jugés comme étant bénéfiques pour l'individu – ou une réponse d'évitement – si la personne ou l'objet sont évalués comme étant potentiellement néfastes ou dangereux pour l'individu. Les stimulus neutres sont ignorés, ne provoquant aucune réaction de la part de l'individu (Arnold, 1960). Dans sa théorie, Arnold (1960) prétend que les émotions peuvent ainsi influencer les cognitions au point de biaiser nos perceptions ultérieures.

En se basant sur l'interaction entre les deux facteurs prédisposant, Jacobs prétend pouvoir prédire le cheminement de toute addiction peu importe le genre, puisque toutes les addictions

suivent un processus similaire qui empruntent **trois stades** (Jacobs, 1986).

Le premier stade, nommé "*stade de découverte*" coïncide avec l'expérience – au hasard – d'un événement qui réduit le niveau de stress de l'individu en le mettant en contact avec un état – jusque là inconnu – qu'il jugera très satisfaisant. Il regroupe également les deux facteurs prédisposant physiologique et psychologique ainsi que la réaction de rebond qui suit l'épisode déclencheur et qui ramène l'individu en contact avec ses états physiologiques et psychologiques précédents, qu'il juge insatisfaisants (Jacobs, 1986).

C'est dans le deuxième stade que l'individu s'affaire à prévenir et à éviter le retour aux états physiologiques et psychologiques précédents, qu'il a maintenant en aversion. La crainte de perdre ce sentiment d'ivresse (*high*) jugé si satisfaisant pour l'individu, induit chez ce dernier une forte réaction afin de ramener cet état si soulageant. Ces comportements se traduiront par exemple, par l'accumulation d'objets ou de substances (i.e., alcool, drogues, billets de type "gratteux") leur permettant de toujours avoir à portée de la main le nécessaire afin de maintenir leur patron addictif. Ce deuxième stade est donc marqué par la forte préoccupation de d'abord, maintenir l'état recherché, et ensuite, d'éviter de retourner à l'état "de repos" non-désiré. C'est à cette étape que l'on remarquera les comportements typiques des toxicomanes (i.e., activités orientées en fonction de se procurer le nécessaire afin de maintenir leur patron addictif et perte d'intérêt graduelle envers les autres activités ou engagements, entraînant ainsi un déséquilibre en rapport avec les rôles personnel, professionnel, ou social antérieurs); les conséquences liées à ces nouveaux comportements ne tardent pas à suivre: perte du soutien familiale, perte d'amis, perte de collègues qui désapprouvent et/ou tentent d'arrêter ou de contenir le comportement addictif, les pertes financières qui s'y rattachent, et les conflits (autant personnels qu'avec la loi)

qui en découlent. Les capacités physiques et intellectuelles de l'individu sont aussi souvent affectées à ce stade (Jacobs, 1986).

L'individu, approchant la fin du second stade – qui s'étend habituellement sur plusieurs années –, voit son plaisir diminué, puisqu'affecté par l'accumulation des nombreuses conséquences néfastes liées à son comportement. L'individu est alors vidé, tant physiquement, financièrement, que psychologiquement: il a également, très souvent lorsque rendu à ce point, épuisé tous ses supports sociaux. Le(s) comportement(s) maintes fois répété(s) ne lui procure(nt) plus le sentiment de soulagement auparavant ressenti, ou du moins, la période d'euphorie est beaucoup plus courte et plus difficile à atteindre. À ce point, l'individu doit s'attendre à renouer avec les épisodes anxiogènes. C'est alors qu'il fait son entrée dans le troisième et dernier stade: "*le stade d'épuisement*" (Jacobs, 1986).

Le stade III est marqué par un effondrement rapide du patron addictif et par une dégringolade vers un état d'épuisement physique et psychologique. C'est à cette étape que la personne est plus encline à accepter de l'aide (i.e., suivre un programme de traitement) (Jacobs, 1986).

Jacobs explique que les modifications comportementales ne sont possibles que presque exclusivement lors des stades I et III. Avec des instruments de mesure adéquat, quelqu'un pourrait par exemple déterminer le stade où se situe un individu dans le processus addictif et intervenir en temps et lieu, avec des interventions spécifiques (Jacobs, 1986).

S'appuyant sur les fondements théoriques proposés par Jacobs (1986), le présent travail tentera donc d'étudier le rôle joué par un marqueur émotif (négatif) dans le processus addictif. Cette étude ne prétend aucunement être en mesure de mettre à l'épreuve, d'infirmier ou de

confirmer la théorie de Jacobs dans sa forme actuelle, de nombreux concepts ne pouvant être évalués ou mesurés dans le cadre de celle-ci.

### *LE CYCLE D'UNE ADDICTION*

Il convient maintenant de présenter une seconde théorie portant sur les addictions qui apporte une nouvelle dimension, celle des stratégies de débrouillardise ou de *coping* qui sont utilisés pour contrer les effets des facteurs qui sont responsables de "l'éclosion" des addictions.

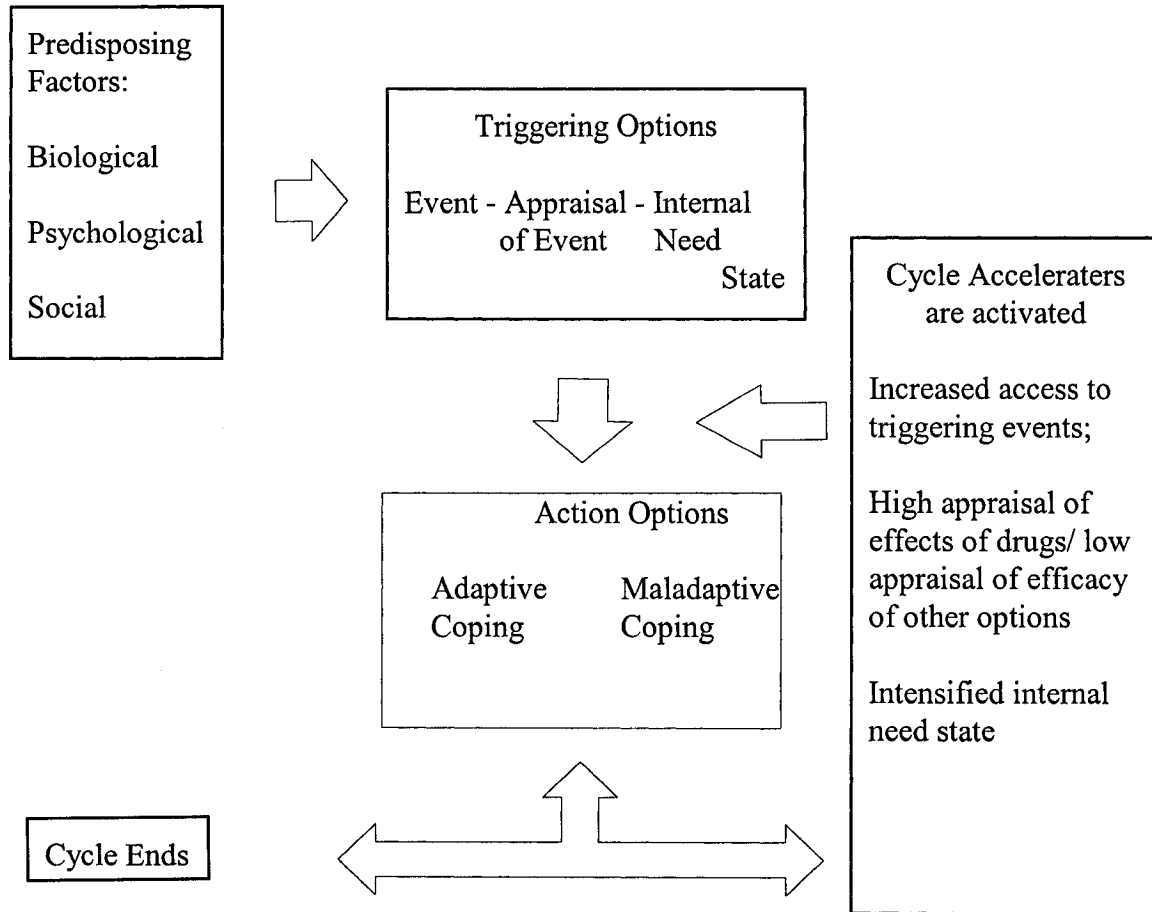
McCormick (1994) a choisi d'expliquer sa vision d'une addiction en décortiquant les éléments qui composent son modèle (voir **Figure 4**).

Dans ce cycle, l'engagement dans un comportement compulsif de manière impulsive – le jeu pathologique étant catégorisé dans les troubles du contrôle des impulsions dans le DSM-IV – est déclenché ou stimulé par un événement précipitant. Cet événement peut être interne, comme l'anxiété, l'ennui ou tout autre état émotionnel. Il peut également être externe, comme le fait d'être exposé à une situation ou une autre personne s'engage dans le dit comportement (i.e., voir un parent ou un ami jouer au vidéo-poker), ou encore être exposé à des stimuli qui sont associés – pour l'individu – au comportement impulsif (i.e., regarder les résultats des parties de hockey à la télévision). Des situations personnelles ou interpersonnelles peuvent également servir d'éléments déclencheurs, telles une dispute avec un associé ou une critique d'un superviseur.

Lorsque l'élément ou l'événement déclencheur survient, l'individu qui présente un trouble du contrôle des impulsions, traite d'abord l'information cognitivement. La signification

Figure 4

Le cycle d'une addiction (McCormick, 1994)



qui sera attribuée à l'événement déterminera la réaction de l'individu. Ainsi, si l'individu, lorsqu'il reçoit une critique, se perçoit comme un incapable ou un raté, il vivra de la peine, de la frustration ou encore de l'anxiété. Une autre personne pourrait donc recevoir la même critique, mais puisqu'elle y donnerait un sens différent, elle n'éprouverait pas les mêmes sentiments suite à ce stimulus externe (McCormick, 1994).

Après avoir réagi à l'élément déclencheur, l'individu arrive à un point critique où il doit prendre une décision: choisir une stratégie (de *coping*) qui lui permettra de gérer l'événement. S'il opte pour une stratégie de débrouillardise adéquate, celle-ci le mènera vers une résolution constructive et positive; au contraire, s'il opte pour une stratégie de *coping* inadéquate (i.e., utilisation d'une réponse d'évitement, comme le jeu compulsif, l'utilisation de drogues ou d'autres comportements impulsifs) il retournera au début du cycle, là où il devra choisir une autre stratégie pour parvenir à gérer efficacement l'élément qui agit comme déclencheur dans son cas. Dans le cas d'une première rechute – supposant que l'individu était abstinent d'un trouble de contrôle quelconque – plusieurs facteurs entrent en jeu: l'individu peut ressentir des émotions négatives parce qu'il se sent coupable ou découragé d'avoir brisé son engagement. Par la même occasion, puisqu'il a eu une rechute, l'individu se trouve dans une situation vulnérable où les chances qu'il répète le comportement addictif sont grandes. Par exemple, l'individu pourrait avoir renoué avec d'anciennes connaissances qui elles, s'adonnent toujours au jeu; ou encore, il pourrait être retourné à l'hippodrome voir les courses, un endroit rempli d'éléments déclencheurs qui ne feront qu'accentuer le comportement pathologique. Ce faisant, l'individu commence à mettre en doute ses propres habiletés et sa capacité de cesser lui-même son comportement addictif. Or, ces doutes augmentent la possibilité d'occurrence de futurs épisodes de jeu. À

chaque fois que l'individu recommence le cycle de l'addiction, il repasse par le point critique où il a l'occasion d'opter pour une stratégie plus adaptée à ses besoins, ou encore, de poursuivre avec ses stratégies inadéquates. Plus l'individu répète le cycle en utilisant une stratégie inefficace, plus l'engagement dans cette stratégie se fait (de plus en plus) rapidement (McCormick, 1994).

Il est clair selon McCormick (1994), que le point critique pour la prévention des rechutes est le moment où le joueur (ou l'individu au prise avec un problème addictif) doit choisir une stratégie de *coping*. Pour cette raison, il est primordial, selon lui, d'évaluer le répertoire de stratégies de *coping* d'un individu qui entre en traitement. Ainsi, cette évaluation permettra d'augmenter les stratégies et les habiletés de coping de l'individu, afin de maximiser ses chances d'opter pour une stratégie adéquate lors du passage à travers le cycle de l'addiction. Selon McCormick (1994), les joueurs pathologiques ont des faiblesses non seulement en ce qui a trait au nombre de stratégies de débrouillardise qui leur sont disponibles, mais également au niveau de leur flexibilité lorsque vient le temps de les utiliser dans des situations anxiogènes qui agissent souvent comme éléments déclencheurs pour eux.

McCormick (1994) suggère de s'attarder davantage à trois catégories de stratégies de *coping* pour les joueurs pathologiques, puisqu'ils sont souvent déséquilibrés à l'égard de ces types de stratégies. Il s'agit des stratégies de résolution de problèmes, de la recherche de soutien personnel et émotif, et des stratégies d'évitement. Les personnes ayant des problèmes reliés aux jeux de hasard et d'argent utilisent fréquemment des stratégies d'évitement – comme le jeu, l'abus de drogues ou d'alcool, le mensonge ou la fuite – pour gérer des situations jugées trop difficiles ou inconfortables pour elles. Par contre, plusieurs joueurs possèdent d'excellentes

stratégies de résolution de problèmes. Le problème viendra parfois du fait qu'ils ne savent pas toujours quand il est approprié d'y avoir recours. Ainsi, ils tenteront de recourir à la résolution de problèmes alors que la situation ne s'y prête pas nécessairement. Enfin, la majorité des joueurs pathologiques ont de la difficulté à demander du support personnel ou émotif. Les mensonges et les nombreuses déceptions qui accompagnent habituellement le jeu, vont à l'encontre de ce principe de support. Les hommes en particulier, perçoivent souvent cette stratégie comme un geste de lâcheté (McCormick, 1994).

Bien qu'il juge ces trois stratégies comme étant parmi les plus importantes, McCormick (1994) suggère d'évaluer les autres réponses de *coping* utilisées par les joueurs, afin d'en améliorer leur recours. Il souligne le renforcement positif, les stratégies permettant de gérer les conflits et/ou de contrôler la colère et la relaxation, pour ne nommer que celles-là. Cet exercice d'évaluation sera particulièrement important pour certains joueurs pathologiques qui ont de faibles attentes à l'égard de leurs capacités de gérer efficacement les différents événements de la vie, et qui auront ainsi tendance à rechuter plus facilement. Ce sous-groupe de joueurs a souvent recours aux stratégies d'évitement pour "gérer" leur vie, et on y retrouve en grand nombre des individus au prise avec des problèmes de comorbidité (i.e., utilisation d'alcool et/ou de drogues en plus du jeu). Or, McCormick (1993) dans une étude antérieure, avait observé que ces gens ont davantage de problèmes d'anxiété, de dépression, de culpabilité et de colère, et qu'ils sont plus impulsifs que ceux qui ont des problèmes de consommation sans avoir de problèmes de jeu.

Vu l'importance accordée au concept de coping, et la distinction que l'auteur précise entre le coping adapté et inadapté, cette théorie est intéressante pour cette étude. Précisons que certains aspects de la théorie de McCormick seront étudiés dans cette recherche, celle-ci servant

de support théorique pour le choix de certains de nos marqueurs. La présente thèse ne vise aucunement à faire l'analyse de cette théorie dans son ensemble.

### *DESCRIPTION DES CONCEPTS*

Certaines dispositions émotives semblent jouer un rôle tant au niveau du développement de la problématique du jeu excessif qu'au niveau de son maintien. La théorie générale des addictions de Jacobs (1986) estime qu'un état psychologique où l'individu se sent inférieur, rejeté et non-désiré – des états d'âme que l'on pourrait attribuer aux émotions de honte et de culpabilité – agit comme facteur prédisposant pour les individus qui sont à risque de développer un comportement addictif. De plus, chez des étudiants, le fait d'être responsable d'un échec et le fait de ne pas se sentir à la hauteur sont deux états d'âme qui furent liés à la honte (Weiner, 1985; Smith & Ellsworth, 1985). Les liens entre la honte et la culpabilité et nombre de troubles ou symptômes psychologiques ont été largement documentés (Gilbert & Gerlsma, 1999; Tangney et al., 1992; Harder, 1995). Freud lui-même (Charron, 1979) avait noté le pouvoir destructeur de la honte et de la culpabilité, lors de ses premières études de cas. Mais comment ces émotions arrivent à affecter nos pensées (cognitions) et nos comportements? Chez le joueur qui éprouve de la difficulté à contrôler sa fréquence de jeu et sa progression, nous savons que les pensées ou cognitions jouent un rôle prépondérant: en effet, c'est la signification que le joueur va donner à un événement précipitant quelconque qui déterminera sa réaction par rapport à l'événement (Carroll & Huxley, 1994; McCormick, 1994; McCusker & Gettings, 1997; Kweitel & Allen, 1998; Ladouceur, 1996); or, comment ces pensées sont-elles influencées par nos émotions -- dans

le cas qui nous intéresse -- de honte et de culpabilité? De quelle façon ou par quel(s) moyen(s) celles-ci arrivent-elles à modifier nos pensées et, symptôme plus évident, nos comportements? C'est l'une des choses que cette étude tentera de déterminer.

### ***LES MÉTAÉMOTIONS: LA HONTE ET LA CULPABILITÉ***

Ce travail propose d'explorer la relation qui existe entre un comportement addictif, soit le jeu pathologique, et certaines prédispositions émotives -- comme les appelle Jacobs (1986) dans sa théorie générale des addictions -- soit la honte et la culpabilité. Selon ce dernier, l'expérience affective joue un rôle prépondérant au niveau du processus addictif. Khantzian (1993) affirme d'ailleurs que plusieurs problèmes d'addiction trouvent leur source dans des problèmes de "structures psychologiques". Il souligne que des difficultés observées dans le développement de certaines émotions se retrouvent au coeur des troubles addictifs. Khantzian (1993) prétend qu'une approche thérapeutique intégrale doit absolument considérer l'interaction des expériences émotives avec les différents concepts psychologiques discutées en thérapie, afin de comprendre à quel point les émotions jouent un rôle prépondérant dans le développement de difficultés psychologiques. Or, les personnes aux prises avec des problèmes de toxicomanies sont affligées d'émotions intenses ou absentes, confuses ou diffuses, bref: à leurs yeux, ces émotions sont incontrôlables et surtout, insupportables. Ces gens croient donc que c'est dans une substance ou une activité leur permettant d'éprouver un soulagement momentané que réside la solution, perpétuant du même coup leur souffrance (Khantzian, 1993).

La honte, et parfois la culpabilité, sont de plus en plus associées au développement de pathologies. Cette association ne remonte pas d'hier puisque Freud lui-même énonçait que le jeu

servait “d'exutoire pour la culpabilité inconsciente liée au complexe d'Oedipe” (Marcil & Riopel, 1993: 71; Charron, 1979).

Or, il est important de bien distinguer ces deux émotions car celles-ci sont souvent dites indiscernables, alors que ça ne devrait pas être le cas: la honte, est une émotion liée à une évaluation négative globale du soi, tandis que la culpabilité fait son apparition suite à une évaluation négative des comportements adoptés dans une situation spécifique (Tangney, 1996; O'Connor, Berry, & Weiss, 1999). Par conséquent, la honte représente une émotion où l'individu éprouve une insatisfaction générale avec son soi tandis que la culpabilité se lie uniquement à une insatisfaction face à des comportements adoptés, et non à sa personne entière. Helen Block Lewis (1971), dont la conceptualisation des émotions de honte et de culpabilité sert de base de référence, encore aujourd'hui, suite aux nombreuses études qualitatives et quantitatives qui sont venues la soutenir (Tangney & Fischer, 1995; Ferguson & Stegge, 1995; Tangney *et al.*, 1994; Ferguson, Stegge & Damhuis, 1991), parle de l'importance de l'interprétation subjective d'un événement chez un individu: autrement dit, il s'agit de déterminer si l'individu accorde une importance accrue au mauvais “soi” (“*J'ai fait une chose terrible*”) ou encore, au mauvais comportement (“*J'ai fait une chose terrible*”). Cette distinction serait à l'origine d'expériences phénoménologiques totalement différentes. Le sentiment de honte étant plus “douloureux” pour la personne puisqu'il affecte la perception du “soi” entier, il n'est pas rare de voir une personne vouloir disparaître ou se cacher, alors qu'elle éprouve un sentiment de honte. Dans le sentiment de culpabilité, c'est plutôt un comportement qui est négativement évalué, ce qui donne lieu à des regrets ou des remords motivant souvent une action réparatrice (i.e., une confession, des excuses, ou une tentative quelconque de réparer les dommages causés).

Nous savons que les individus qui ressentent de hauts niveaux de honte dans leur vie quotidienne sont plus susceptibles de développer une (des) dépendance(s): certains avancent même que plus l'émotion est présente, plus il y aura de dépendances comme le jeu compulsif (Cook, 1987). Il semblerait donc qu'il existe une relation entre le fait de ressentir des émotions négatives, comme la honte (et la culpabilité) jugées comme étant envahissantes et "hors de contrôle" (*overwhelming*) par l'individu, et la dépendance vis-à-vis du jeu pathologique chez ce même individu. Cette hypothèse est supportée par d'autres travaux de recherche qui ont établi un lien entre le fait de ressentir de la honte et/ou de la culpabilité, et les comportements addictifs (Dupont, 1994; Vannicelli, 1989).

Suite aux nombreuses recherches quantitatives qui soulignent que la honte et la culpabilité n'agissent pas de la même façon sur un individu, nos hypothèses de recherche furent développées: il s'agit de déterminer si les émotions de honte chez les adolescents et les jeunes adultes seront davantage liées aux réponses inadéquates, alors que les réponses plus constructives seraient reliées aux émotions de culpabilité, comme mentionné précédemment.

Mais quelles sont ces réponses ou ces réactions qualifiées de constructives ou encore d'inadéquates? À quoi servent-elles? Quel rôle peuvent-elles bien jouer parmi les marqueurs psychologiques des problèmes de jeu? Une description des réponses d'adaptation nous aidera à mieux saisir l'important rôle de ces facteurs.

### ***LES STRATÉGIES DE DÉBROUILLARDISE EMPLOYÉES PAR LES ADOLESCENTS***

Parmi les nombreuses variables pouvant jouer le rôle de médiateur entre le stresser et l'adaptation de l'individu en rapport avec ce dernier, nous retrouvons les stratégies ou réponses

de *coping*. Les stratégies d'adaptation ou de *coping* sont définies comme des réactions ou réponses volontaires (et non automatiques) désignées pour gérer (ou tolérer) les demandes externes ou internes jugées comme étant exigeantes pour l'individu. Ces réponses peuvent être de l'ordre cognitif ou encore comportemental, sans toutefois se limiter à ces seuls aspects (Lazarus & Folkman, 1984; Halstead et al., 1993; Frydenberg & Lewis, 1993). Ces stratégies représentent une tentative de ramener un sentiment d'équilibre ou de se débarrasser du stimulus agressant pour l'individu. Ceci peut être fait en réglant le problème – se débarrasser du stimulus gênant – ou en tentant de s'adapter au problème, sans nécessairement y apporter une solution. Le *coping* influence également l'évaluation ou le jugement que l'individu se fait d'un stresser, de même que sa réaction face à celui-ci. Le processus de *coping* est donc essentiellement un phénomène dynamique (Frydenberg & Lewis, 1993; Westman & Shirom, 1995).

Au début, la littérature portait principalement sur les stratégies de *coping* employées par les adultes. Ce n'est que tout récemment que les modèles théoriques et les stratégies d'interventions découlant des recherches auprès de populations adultes furent utilisées chez des populations d'enfants et d'adolescents. Pourtant, ce n'est pas parce que ces derniers ne vivent pas de stress dans leur vie, bien au contraire. En effet, il est clair que les enfants, dès l'âge de 6 ans, sont suffisamment conscients des stressers et des moyens pour les gérer pour être en mesure de rapporter des événements ou situations qu'ils jugent particulièrement stressants, de décrire leurs efforts pour tenter de s'y adapter, et même d'évaluer l'efficacité de leurs efforts en ce sens (Band & Weisz, 1988). Les stressers les plus fréquemment décrits par les jeunes incluent la mort d'un parent, la séparation ou le divorce des parents, la maladie chez un membre de la famille, le fait d'être soi-même malade, la perte d'emploi chez un parent, les problèmes au sein

de leur cercle d'amis, les problèmes académiques, la violence familiale, etc (Compas, 1987). De plus, tout comme les adultes, les enfants éprouvent des sensations physiques, émotionnelles ou des réactions comportementales désagréables, lorsque leurs efforts pour gérer une situation anxieuse s'avèrent infructueux (Compas, 1987).

Découlant des travaux de Folkman et Lazarus (1980), les premières recherches sur le *coping* se concentrèrent sur les stratégies de gestion des problèmes (changer les relations entre la personne et son environnement) et de gestion des émotions (régulation des réponses émotionnelles liées au stress chez l'individu). Cependant des analyses factorielles plus poussées, lors de recherches auprès d'adultes et d'enfants, auront permis de découvrir un modèle conceptuel plus complexe (Causey & Dubow, 1992; Folkman & Lazarus, 1985; Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis, & Gruen, 1986; Glyshaw et al., 1989; McCubbin et al., 1985; Vitaliano, Russo, Carr, Maiuro, & Becker, 1985; Wills, 1986). Il semblerait en effet que les caractéristiques de la situation anxieuse (i.e., type et sévérité subjective du stressor) et celles de l'individu, combinées à l'évaluation que l'individu se fait de la dite situation, influencent la façon de réagir de celui-ci. Par exemple, Folkman et Lazarus (1980) ont remarqué que les difficultés au travail amenaient davantage de stratégies de gestion de problèmes tandis que les complications au niveau de la santé engendraient surtout des réponses centrées sur les émotions. Les recherches ont également démontré que les réponses de coping changent ou se modifient avec le temps (Lazarus, 1982; Folkman & Lazarus, 1985) et qu'elles sont influencées par le contexte familial et culturel de l'individu (Shulman, Seiffge-Krenke & Samet, 1987; Seiffge-Krenke & Shulman, 1990; Moos, 1993) et que l'impression de contrôle que possède l'individu par rapport à une situation influencera grandement sa réaction face à celle-ci (Lazarus &

Folkman, 1984). Cette définition théorique du *coping* se réfère à celle découlant de l'approche transactionnelle de Lazarus et Folkman (1984).

Une autre approche théorique, l'approche dite structurelle, soutient que le *coping* est fonction de nos traits de personnalité (Bolger, 1990) ou qu'il s'agit de styles, de dispositions ou de préférences relativement stables que l'individu utilise lors de situations anxiogènes (Carver, Scheier, & Weintraub, 1989). Les résultats de certaines études confirment la possibilité de considérer le *coping* comme étant à la fois stable et modelé par la situation. Les styles de *coping* prédisent de manière significative l'utilisation de stratégies de coping dans des situations particulières (Carver, Scheier, & Weintraub, 1989).

### ***Les types ou stratégies de coping***

Plusieurs auteurs se sont penchés sur les stratégies de *coping* (McCrae & Costa, 1986; Moos & Moos, 1986; Compas, 1987; Lazarus & Folkman, 1987; Hobfoll, 1988, 1989; Moos, 1993; Zeidner & Endler, 1996) et plusieurs types de stratégies furent identifiées par ces derniers. Comme mentionné précédemment, ces théories mettent l'emphase sur l'aspect multi-dimensionnel du processus de *coping*. En général, les chercheurs et théoriciens utilisent deux approches conceptuelles pour classifier les réponses de *coping*. La première se rapporte à l'orientation (au *focus*) de la réponse (i.e., orienté vers le problème ou vers les émotions; *problem-focused, emotion-focused*); tandis que la seconde vise plutôt la méthode utilisée pour gérer nos difficultés (approches cognitives vs comportementales) (Compas, 1987; Folkman & Lazarus, 1985; Moos, 1993; Westman & Shirom, 1995). Tous s'accordent également en termes de familles de réponses (i.e., les réponses d'évitement, etc.) même si les dénominations diffèrent

quelque peu. Pour les besoins de ce travail, parce qu'ils regroupent un bon éventail des réponses de *coping* possibles, les regroupements et les définitions tirées de Moos (1993) seront utilisées.

Les travaux de Moos (1993) ont permis d'évaluer 8 types de réponses de *coping* qui sont regroupés sous les deux approches conceptuelles mentionnées précédemment. Les réponses d'orientation sont ainsi divisées en réponses d'approche et réponses d'évitement. Chacun de ces regroupements est ensuite sous-divisé en deux catégories reflétant les méthodes de gestion cognitives et comportementales. En général, on qualifie les réponses d'approche d'orienté vers le problème (*problem-focused*); elles regroupent les efforts cognitifs et comportementaux effectués dans le but de contrôler ou de diminuer un événement anxigène (ou stresser). À l'opposé, les réponses d'évitement sont généralement orientées vers les émotions (*emotion-focused*); elles regroupent également les tentatives d'évitement cognitives et comportementales qui ont pour but de gérer l'émotion accompagnant le stresser en évitant celui-ci (voir **Figure 5**) (Moos, 1993).

**Figure 5**

**Les types de stratégies de coping (Moos, 1993)**

|                         | <u>Réponses d'approche</u>                 | <u>Réponses d'évitement</u>                  |
|-------------------------|--|--|
| <b>Cognitives</b>       | <i>Analyse logique</i>                     | <i>Évitement cognitif</i>                    |
|                         | <i>Réévaluation positive</i>               | <i>Acceptation ou résignation</i>            |
| <b>Comportementales</b> | <i>Recherche de conseils et de soutien</i> | <i>Recherche de récompenses alternatives</i> |
|                         | <i>Résolution de problèmes</i>             | <i>Décharge émotionnelle</i>                 |

### **Les réponses d'approche cognitives**

L'*analyse logique* est une tentative cognitive effectuée dans le but de comprendre et de se préparer mentalement en fonction d'un stressor (ou événement stressant) et de ses conséquences.

La *réévaluation positive* est aussi une tentative cognitive effectuée dans le but de reformuler ou de restructurer le problème rencontré, de manière positive, tout en acceptant la réalité de la situation.

### **Les réponses d'approche comportementales**

La *recherche de conseils et de soutien* est une tentative comportementale – donc une action – visant à rechercher de l'information, des conseils et du soutien pour mieux affronter un stressor.

La *résolution de problèmes* est une tentative comportementale de prendre action en vue de gérer ou de régler directement le problème.

### **Les réponses d'évitement cognitives**

L'*évitement cognitif* est une tentative cognitive visant à éviter de penser de façon réaliste à un problème qui nous préoccupe.

L'*acceptation ou résignation* est une tentative cognitive consistant à réagir au problème ou à le gérer, en l'acceptant.

### **Les réponses d'évitement comportementales**

La *recherche de récompenses alternatives* est une tentative comportementale visant à s'impliquer dans des activités substitues afin d'y trouver de nouvelles sources de satisfaction.

La *décharge émotionnelle* est une tentative comportementale visant à réduire la tension

ressentie en exprimant des émotions négatives.

Étant donné que même si certaines stratégies semblent moins productives, aucune n'est fondamentalement dysfonctionnelle, le *coping* doit être vu comme un processus adaptatif qui ne peut être étiqueté bon ou mauvais puisque le contexte doit toujours être pris en considération (Hauser & Bowlds, 1990). On compare aussi les réponses de *coping* aux mécanismes de défense: en effet, même si des auteurs comme Cramer (2000) soutiennent que les mécanismes de défense sont moins conscients et non-intentionnels – une affirmation non partagée par certains (voir Erdelyi, 2001) –, la notion voulant que les mécanismes de défense soient utilisés comme stratégie d'adaptation et que celles-ci soient à leur tour utilisées comme moyens de défense contre des pensées ou des émotions négatives, est de plus en plus acceptée (Hauser & Bowlds, 1990; Newman, 2001).

Il est difficile d'établir des comparaisons avec des données tirées d'études sur le *coping* puisque celles-ci ont surtout été effectuées sur des populations adultes. Nous savons cependant qu'il existe des différences au niveau des stratégies de *coping* chez les adolescents et les adolescentes. Plusieurs stratégies sont utilisées différemment par les jeunes femmes et par les jeunes hommes. Les adolescentes, par exemple, ont recours au support social et à la pensée positive pour gérer leurs émotions (Spirito, Stark & Williams, 1988; Seiffge-Krenke & Shulman, 1990; Halstead et al., 1993; Frydenberg & Lewis, 1993) tandis que les adolescents optent plutôt pour l'acceptation ou la résignation (Spirito *et al.*, 1988). Les adolescentes sont aussi plus portées à vouloir résoudre le problème et vont chérir et entretenir leurs amitiés davantage que les adolescents. Elles ont plus souvent recours à la résolution de problèmes (Spirito *et al.*, 1988). Pour ce qui est de l'évitement, les auteurs se contredisent: certains estiment que les filles y ont

plus souvent recours (Seiffge-Krenke & Shulman, 1990), tandis que d'autres recherches affirment le contraire (Halstead et al., 1993). Des discordances sont parfois remarquées au niveau de d'autres stratégies de *coping*, en ce qui a trait à leur utilisation (Spirito *et al.*, 1988; Stark *et al.*, 1989).

Fait à noter, des facteurs de risque qui seront associés à de meilleures stratégies de coping (et vice versa) ont également été identifiés. Un tempérament stable sera par exemple associé avec de "meilleures" (plus constructives) stratégies de *coping*. Les adolescents actifs et sociables (peu importe le genre) adopteront davantage les stratégies de réévaluation positive, de recherche de conseils et de soutien et de résolution de problèmes; au contraire, ceux qui éprouvent plus de détresse, de peur et de colère utiliseront davantage l'évitement cognitif, l'acceptation ou la résignation et la décharge émotionnelle, pour tenter de gérer leurs difficultés (Moos, 1993).

Les recherches sur le *coping* nous ont également permis d'apprendre que plus le stresser est jugé sévère (ou s'il est chronique), plus les gens, à la longue, auront recours aux stratégies d'évitement et moins ils auront recours à la résolution de problèmes. Or, nous savons également que le recours aux stratégies d'évitement est associé avec un plus grand nombre de problèmes de dépression, d'anxiété et de symptômes physiques. Par contre, si le stresser est perçu comme un défi, les gens auront davantage recours aux réponses d'approche (Moos, 1993). Les travaux de Moos (1993) nous ont également permis d'apprendre que la présence de ressources ou d'un support social adéquat est associée à l'utilisation de stratégies de *coping* plus actives; et que les jeunes sont assez actifs quand vient le temps de rechercher des conseils ou du soutien, ce qui porte à croire qu'ils disposent probablement d'un bon réseau de soutien.

Malgré nos connaissances à ce jour, nous ne savons pas encore comment une personne

apprend à gérer les événements qu'elle juge inconfortables ou anxiogènes. Les chercheurs et les théoriciens s'entendent pour dire qu'il s'agit d'un processus d'apprentissage fort complexe qui comprend une multitude d'événements s'étendant sur toute la durée de la vie et auxquels contribuent de nombreux marqueurs, tous inter-reliés. Aucune variable unique ou aucun type de variables ne peut fournir une explication complète; c'est plutôt l'étude des interactions entre de nombreux facteurs qui permettra de mieux comprendre le rôle de ces stratégies de *coping* et leur manière d'influencer les événements (Frydenberg, 1999). D'où l'attrait de la recherche proposée.

Cette affirmation est à l'origine d'une autre hypothèse de recherche qui se propose d'identifier des facteurs qui viennent influencer les stratégies de *coping*, afin d'être en mesure de les cibler lors d'éventuels programmes de prévention.

### *Les stratégies de coping et les émotions*

Jadis, les stratégies de *coping* étaient perçues comme des réactions ou des réponses aux émotions; aujourd'hui, nous savons que les deux sont plutôt en relation dynamique et réciproque (Folkman & Lazarus, 1988). Lors d'une étude auprès d'adolescents en période d'examen, les auteurs ont remarqué que, tout comme les émotions, les réponses de *coping* vont changer durant les différentes étapes d'une situation anxiogène (avant, pendant et après l'examen) (Folkman & Lazarus, 1985). Les émotions nous permettent ainsi d'évaluer un événement ou une situation (une rencontre, un examen, l'achat d'un vêtement ou d'une maison); le résultat en retour, déterminera notre état émotif (joie, tristesse, nervosité, panique) face à cet événement et probablement face aux éventuels événements du même genre (Frydenberg, 1999).

Maintenant que nous connaissons bien les différentes stratégies de *coping*, de même que

leurs interactions avec les émotions, il convient de regarder de plus près la façon dont un individu – plus particulièrement un adolescent ou un jeune adulte – s'y prend pour choisir une réponse ou une stratégie, plutôt qu'une autre. En effet, il semblerait qu'à la base même de ce choix si important, se trouvent les processus décisionnels, c'est-à-dire, les outils qui nous permettent d'opter pour une réponse adéquate plutôt que pour une autre qui le serait moins. Mais comment fonctionnent ces outils décisionnels? À quel niveau agissent-ils? Quel rôle jouent-ils au niveau des marqueurs du jeu pathologique? C'est ce que nous tenterons d'éclaircir dans la section suivante.

### ***LES PROCESSUS DÉCISIONNELS***

Prendre une décision. Pas toujours évident, surtout quand cette décision implique un événement, un résultat ou une conséquence importante. Le rôle des processus décisionnels fut longuement étudié et analysé dans le monde du travail (Friedman & Mann, 1993). On en connaît cependant beaucoup moins sur le rôle que peuvent jouer ces mêmes processus chez les adolescents et les jeunes adultes qui sont en dehors de ce contexte particulier.

Comment les adolescents gèrent-ils une situation où ils doivent prendre une importante décision? Une étude approfondie du processus décisionnel révèle que les stratégies de *coping* sont partie intégrante du processus comme tel et du contexte qui l'entoure. L'habileté de pouvoir gérer adéquatement une situation est un aspect clé de nombreuses caractéristiques (ou compétences) associées à la prise de décisions difficiles: la confusion au sujet des implications venant du fait qu'il faut choisir une seule option parmi une multitude de choix; les avis contradictoires venant d'individus qui ont des points de vue et des intérêts différents; la pression

de devoir reconnaître – et possiblement de devoir excuser – une mauvaise décision; la responsabilité de devoir faire des choix qui auront possiblement un impact sur les autres; le temps et la patience requise pour faire un choix difficile, et devoir le défendre; gérer les critiques de parents et amis qui sont déçus de notre choix (Mann & Friedman, 1999).

Essentiellement, la prise de décision ou le fait de ne pas prendre de décision en réponse à un défi, une menace, ou une situation problématique, est un aspect central du processus de coping. En fait, les stratégies de résolution de problèmes et les actions prises lorsqu'un individu fait un choix témoignent d'une bonne ou mauvaise réponse de coping. En somme, les processus décisionnels et les stratégies de *coping* utilisés pour gérer les nombreux problèmes qui accompagnent les choix difficiles, sont étroitement liés (Mann & Friedman, 1999).

### ***Les compétences des adolescents en ce qui concerne le processus décisionnel***

La période de développement critique des habiletés décisionnelles s'étend du début jusqu'au milieu de l'adolescence: à noter qu'elle coïncide avec le développement des autres facultés cognitives (Keating, 1990). En effet, pendant le début de la période adolescente l'habileté de prendre une décision se raffine, si bien que vers l'âge de 15 ans, la majorité des adolescents prendront des décisions de façon similaire aux adultes (Mann, Harmoni & Power, 1989). L'évolution de la pensée au cours de cette période semble augmenter les compétences cognitives de l'adolescent, ce qui en retour facilite l'exécution de tâches inhérentes à la prise de décision, comme la création de nouvelles options à partir de nouvelles combinaisons, l'identification des risques et bénéfiques, la prise de conscience des conséquences et des alternatives, et l'évaluation de la crédibilité d'informations provenant de sources différentes

(Lewis, 1981; Mann *et al.*, 1985). En plus d'améliorer ses capacités, l'adolescent améliore du même coup ses connaissances à propos des processus impliqués (métacognitions) dans la prise de décisions (Ormond, Luszcz, Mann & Beswick, 1991). Ainsi, il n'y aurait que très peu de différences au niveau de l'aspect cognitif de la prise de décisions, entre les adolescents et les adultes (Quadrel, Fischhoff & Davis, 1993). Mann et Friedman (1999) nous mettent cependant en garde: le fait que les adolescents possèdent les capacités cognitives pour prendre d'importantes décisions ne garantit pas qu'ils y auront recours. L'habileté de prendre des décisions n'assure pas un jugement ou une maturité automatique; c'est alors que l'expérience et la capacité d'utiliser des stratégies de réponses positives deviennent importantes. D'autant plus que le recours à des stratégies de prise de décisions est une réponse apprise, et non un trait de personnalité. Il s'agit plutôt d'une propension à réagir d'une certaine façon, dans un certain contexte: contrairement aux traits de personnalité, la situation jouera un grand rôle sur le choix de la stratégie à adopter (Scott & Bruce, 1995).

### ***Les processus décisionnels et les stratégies de coping***

La notion voulant que les adolescents puissent réussir à bien gérer – ou à mal gérer – les décisions difficiles repose sur la croyance qu'il existe des patrons ou des styles distincts de réponses de *coping* à l'égard de la prise de décisions qui sont plus ou moins adéquats.

L'utilisation du terme "*coping* décisionnel" (*decision coping*) réfère aux principaux styles utilisés par les individus pour gérer et résoudre les conflits d'ordre décisionnel (Friedman & Mann, 1993).

Le recours au "*coping* décisionnel" par les adolescents est mis en évidence par deux

sources distinctes: d'abord, par des questionnaires et des entrevues auprès d'adolescents où ils doivent indiquer et décrire les décisions qu'ils prennent et la façon dont ils s'y prennent pour y arriver (Friedman, 1991, Fischhoff, 1996); et ensuite par des études où les adolescents rapportent eux-mêmes leurs tendances à avoir recours à des patrons ou des types de "coping décisionnel" tels que décrits par la *théorie conflictuelle de la prise de décision* (Janis & Mann, 1977) dont voici un bref aperçu.

### *La théorie conflictuelle de la prise de décisions*

Janis et Mann (1977) identifient quatre types de stratégies d'adaptation qui sont utilisées par les individus – la théorie fut élaborée suite à des travaux de recherche auprès d'adultes – lorsqu'ils doivent prendre des décisions jugées difficiles. Le recours à un type est dicté par certains antécédents comme le temps disponible pour prendre la décision, la confiance de l'individu de pouvoir solutionner le dilemme et le niveau de stress psychologique qui accompagne la prise de décision. Les patrons de "coping décisionnel" qui sont en réalité des styles de prise de décisions, sont décrits ci-dessous:

1. **Vigilance:** Lorsqu'une personne est confiante de trouver une solution et elle juge qu'elle dispose de suffisamment de temps pour le faire, elle prendra le soin d'analyser les différentes alternatives et d'évaluer leurs conséquences (coûts et bénéfiques) de façon objective avant de prendre une décision finale.
2. **Hypervigilance (panique):** Lorsqu'une personne juge qu'elle ne dispose pas de suffisamment de temps pour prendre une décision réfléchie face à un délicat problème, elle s'empresse de prendre une décision irréfléchie qui promet de soulager le stress et le conflit.

3. Évitement défensif: Lorsqu'une personne est peu confiante de solutionner son problème, elle évite le conflit en remettant la décision à plus tard (procrastination), en donnant la responsabilité à quelqu'un d'autre (*buck passing*), ou encore, en rationalisant (se justifier avec une alternative indiscutable).
4. Contentement: Lorsqu'une personne prétend qu'une menace ou un problème ne lui cause aucun souci, et ne prend aucune décision ou encore adopte n'importe quelle décision offerte.

Janis et Mann (1977) expliquent que le style "vigilance" est un type adéquat puisqu'il implique des comportements délibérés, tandis que les trois autres stratégies – hypervigilance, évitement défensif et contentement – sont (habituellement) inadéquates puisqu'elles ne rencontrent pas les critères requis pour procéder des informations et prendre des décisions correctement.

Les quatre types de "coping décisionnel" font partie des répertoires de tous les individus, mais leur fréquence d'utilisation dépend des conditions antécédentes (temps disponible, confiance, niveau de stress), et des différences individuelles au niveau des personnalités de chacun, comme par exemple, la tolérance au stress. Les auteurs soutiennent que les différents types de "coping décisionnel" se manifestent *avant* la décision, afin d'éviter une décision difficile par exemple, mais aussi *après* la décision, afin de gérer les conséquences des choix difficiles (Janis & Mann, 1977; Friedman, 1996). Des études démontrent également qu'en vieillissant (passant de 13 à 17 ans), les adolescents utilisent davantage la stratégie vigilance tout en augmentant leur confiance en leur capacité de prendre des décisions; de même, une diminution du recours aux stratégies d'évitement, d'hypervigilance et de contentement fut observée (Mann *et al.*, 1989).

### ***INTÉGRATION DES CONCEPTS ET MODÈLE PROPOSÉ***

La présente étude vise à apporter une meilleure compréhension des marqueurs qui entrent en jeu dans la conceptualisation du jeu pathologique, chez les adolescents et les jeunes adultes. Les recherches ont démontré que les adolescents qui souffrent de problèmes de consommation (ou de comportement) représentent une sous-population plus à risque de développer une pathologie envers le jeu (Tangney, Wagner, Fletcher & Gramzow, 1992; Vitaro *et al.*, 1998). S'appuyant sur des fondements théoriques comme la théorie générale des addictions de Jacobs (1986) et de la théorie de McCormick (1994) qui relie les problèmes d'addiction aux stratégies de *coping*, des marqueurs furent puisés dans la littérature: ils ont servi de point de départ à cette étude. L'étude intègre également des concepts dérivés de la théorie conflictuelle de la prise de décision (Janis & Mann, 1977). Les processus impliqués dans la prise de décision jouent en effet un rôle crucial dans la sélection des stratégies de *coping* (Mann & Friedman, 1999). Enfin, les émotions de honte et de culpabilité (Lewis, 1971; Tangney, 1995; Tangney, 1996; Tangney *et al.*, 1996) qui sont associées à de nombreuses pathologies, sont susceptibles de jouer un rôle dans la conceptualisation des problèmes reliés aux jeux de hasard et d'argent. Le modèle que cette thèse se propose de vérifier est présenté à la **Figure 6**.

Fait à noter, les racines de la théorie du processus décisionnel partagent plusieurs points avec celles des théories sur le *coping*. Par exemple, la stratégie (de *coping*) de résolution de problème, où la personne doit opter pour un plan d'actions et le suivre, est comparable à la stratégie de vigilance, où la personne doit prendre le temps d'analyser les différentes alternatives

en pesant les pours et contres de chacune, avant de prendre une décision. De même, les stratégies basées sur les émotions (i.e., évitement cognitif) ont des concepts parallèles avec ceux du type de “*coping* décisionnel” d’évitement défensif (Mann & Friedman, 1999).

Nous pouvons donc en déduire que le *coping* est impliqué dans l’aspect de résolution de problèmes du processus décisionnel tout comme dans l’aspect émotif de celui-ci, comme nous l’explique la théorie de l’évaluation d’une émotion (Arnold, 1960). Le processus de prise de décisions comprend une série de jugements et d’évaluations envers l’importance d’une menace, d’un défi, les gains ou pertes qui peuvent en découler, et les pours et contres des alternatives disponibles. Le processus de prise de décisions implique également une composante émotionnelle puisque les conflits, les incertitudes et les déceptions qui peuvent survenir à la suite d’une décision, sont sources de stress psychologiques. L’évaluation des compétences d’un adolescent à prendre des décisions réfléchies repose d’ailleurs sur la distinction entre ces deux aspects (Mann & Friedman, 1999). De plus, des études orientées vers le monde du travail ont démontré que les variations de l’état émotif d’un individu sont étroitement reliées aux réponses de *coping* qu’il emploiera dans une situation donnée (Perrewé & Zellars, 1999). Par exemple, dans le modèle de Perrewé et Zellars (1999), seule l’émotion de culpabilité était associée à une réponse de *coping* centrée sur le problème. Aussi, l’émotion de honte, qui implique une auto-évaluation globale et négative du soi, est associée à une passivité face à la faute à corriger; l’émotion de culpabilité, au contraire, implique la critique d’un geste ou d’une action particulière, plutôt que du soi entier: on lui prête donc une intention de vouloir réparer son erreur ou sa maladresse. Ainsi, l’auto-critique du soi est associée à une réponse de coping de type passif, alors que la critique d’un geste particulier est associée à une réponse de coping adaptée (non

pathologique) (Harder, 1995).

Les interactions entre ces différents marqueurs possibles du jeu pathologique n'ont jamais été étudiées; or, ceux-ci pourraient certainement enrichir nos connaissances sur la conceptualisation du comportement addictif que représente le jeu pathologique. Un modèle de médiation partiel pouvant déterminer les liens -statistiques - entre ces concepts psychologiques unifiera donc les fondements théoriques sur lesquels s'appuie cette étude. L'utilisation d'une sous-population clinique pourra nous permettre d'étudier le phénomène chez des adolescents qui ont des problèmes de comportements et de consommation (i.e., drogues et alcool) qui, selon les études, sont plus à risque de développer une pathologie envers le jeu. La présence d'un groupe contrôle ou groupe-témoin (adolescents: population non-clinique) nous permettra de comparer les interactions ou les forces des liens entre les marqueur étudiés entre les divers groupes. Nous pourrons ainsi vérifier si les interactions et les marqueurs sont les mêmes et interagissent de la même façon dans des populations (clinique et non-clinique) d'adolescents. Des pistes importantes pour les recherches éventuelles pourront également être identifiées.

À la lumière de ce qui précède, des hypothèses de recherche ont été formulées. Elles sont discutées dans la section qui suit.

### ***Hypothèses de recherche***

*Hypothèse a): Tout d'abord, la présence d'une pathologie liée au jeu devrait être positivement corrélée avec les niveaux de honte et de culpabilité ressentis par l'adolescent(e) et le jeune adulte. Et vice-versa. Aussi, l'effet indirect du niveau de honte sur la présence d'un problème de jeu pathologique, via d'une part, les stratégies de coping inadaptées, et d'autre*

*part, les processus décisionnels inadaptées, devrait être significatif et positif. De la même façon, l'effet indirect du niveau de culpabilité sur la présence d'un problème de jeu pathologique, via d'une part les stratégies de coping adaptées, et d'autre part, les processus décisionnels adaptés, devrait être significatif et positif. Les stratégies de coping d'une part, mais aussi les processus décisionnels seront appelés à jouer un rôle de médiateur entre l'émotion ressentie et la présence d'une pathologie envers le jeu.*

Le rôle des émotions de honte et de culpabilité sur le développement de comportements pathologiques a été maintes fois étudié, autant comme précurseur que comme résultant des comportements pathologiques. Jacobs (1986) discute également d'un facteur émotif dans sa théorie. Pour les raisons précédemment énumérées, nous prévoyons obtenir des résultats similaires à ceux des recherches antérieures.

*Hypothèse b): La présence de troubles liés aux jeux de hasard et d'argent chez l'adolescent(e) et le jeune adulte et la sévérité de ceux-ci seront positivement corrélées à des stratégies de coping inadaptées;*

*Hypothèse c): L'absence de troubles liés aux jeux de hasard et d'argent chez l'adolescent(e) et le jeune adulte sera positivement corrélée à des stratégies de coping adaptées;*

Comme l'explique McCormick (1994) dans sa théorie sur le cycle d'une addiction, les stratégies de *coping* jouent un rôle crucial dans le développement (ou non) et le maintien (ou non) d'une addiction comportementale comme celle envers le jeu.

*Hypothèse d): Le niveau de honte ressenti par l'adolescent ou le jeune adulte sera positivement corrélé à une stratégie de coping inadaptée (i.e., évitement), tandis que...*

*Hypothèse e): Le niveau de culpabilité ressenti par l'adolescent ou le jeune adulte sera positivement corrélé à une stratégie de coping adéquate ou adaptée (i.e., résolution de problèmes, recherche de conseils et de soutien);*

En effet, lorsqu'une personne a honte, sa préoccupation se porte sur son image de "soi" (*self*). Une erreur ou un échec est alors considérée comme une réflexion de son image de soi, ce qui entraîne une évaluation sévère et douloureuse de celle-ci, accompagnée d'autres sentiments négatifs. La personne qui ressent de la honte se sent inutile et impuissante. De plus, puisque la honte implique un sentiment d'exposition (devant un auditoire réel ou imaginé), la personne désirent se soustraire aux regards de cet auditoire espérera se cacher ou encore disparaître. La honte motivera ainsi des comportements d'évitement ou une tendance à rejeter le blâme sur les autres (Tangney, *et al.*, 1996; Tangney, Wagner, Fletcher, & Gramzow, 1992).

Au contraire, lorsqu'une personne se sent coupable, sa préoccupation se porte généralement vers un comportement spécifique ou un échec quelconque qui est séparé de son image de soi. Elle ressentira bien sûr un sentiment négatif, une tension, un remord ou un regret, par rapport au comportement ou à l'échec. Mais le sentiment de culpabilité, contrairement à celui de honte, ne se généralisera pas au soi entier, permettant à celui-ci de rester intact, lui évitant ainsi de se sentir coupable "envers elle-même". La tension, le remord et/ou le regret associés au sentiment de culpabilité, amènent une motivation à vouloir réparer sa faute ou son erreur: la personne aura tendance à s'excuser, ou à tenter, d'une manière ou d'une autre, de

corriger la situation (Tangney *et al.*, 1996). D'ailleurs, Tangney, accompagnée de ses collègues (1996), exprime clairement cette distinction:

“... Previous research has indicated that a tendency to experience “shame-free” guilt is associated with somewhat lower levels of anger, a tendency to accept responsibility for self-relevant negative events, and an enhanced ability to empathize with others (Tangney, 1990, 1991, 1995; Tangney, *et al.*, 1992). Thus, we expected that, in the context of anger, guilt proneness would be associated with largely constructive intentions, constructive behaviors, a tendency to “reappraise” both parties’ roles in the situation, and ultimately beneficial long-term consequences as a result of the exchange.” (Tangney *et al.*, 1996: 799)

En extrapolant ces fondements, et en s'appuyant sur la littérature sur le *coping* et les émotions auquel Harder (1995) fait référence, il est permis de croire que...

*Hypothèse f): Le recours aux stratégies de coping adaptées seront positivement corrélés aux processus décisionnels adaptés (i.e., vigilance); tandis que les stratégies de coping inadéquates seront positivement corrélés aux processus décisionnels inadéquats ou inadéquats (i.e., hypervigilance).*

Cette hypothèse permettra de confirmer ou de réfuter un concept qui est à la base de la théorie conflictuelle de la prise de décisions (Janis & Mann, 1977) auprès d'une population clinique d'adolescents. Des études sur le *Adolescent Decision-Making Questionnaire (ADMQ)* ont conclu que les adolescents (jeunes hommes) obtiennent de meilleurs scores que les adolescentes (jeunes femmes) sur les échelles de confiance et de contentement; et de moins bons scores sur l'échelle de panique (Ormond *et al.*, 1991; Friedman & Mann, 1993). D'autres études (Poikolainen, Kanerva & Lönnqvist, 1995; Schuyt, 1995; Will, McNamara & Donato, 1995) suggèrent que les adolescents jouissant d'une meilleure éducation (plus longues études) sont plus

compétents pour prendre des décisions. Nous serions donc en droit de croire que les adolescents du groupe clinique qui, comparés à d'autres jeunes de leur âge sont souvent à un niveau académique inférieur – en partie, à cause de leurs problèmes de consommation et de comportement – auront plus de difficulté à prendre des décisions, donc à recourir à des réponses de *coping* adéquates.

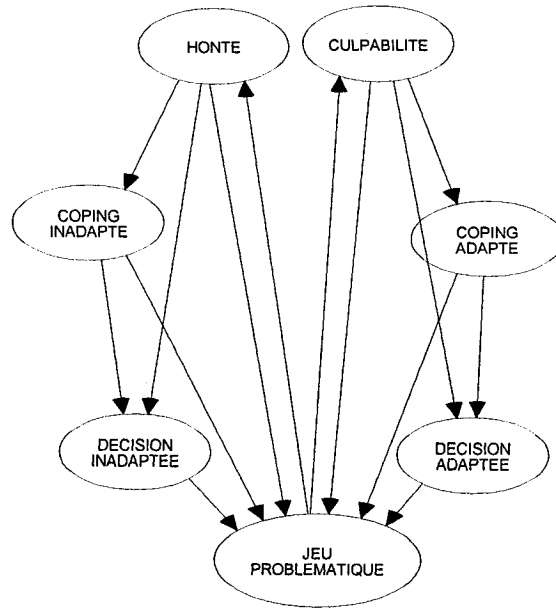
*g) Les recherches antérieures affirment avoir identifié des différences au niveau des stratégies de coping inadaptées chez les adolescents: il est prévu qu'ils opteront majoritairement pour des stratégies d'évitement, comme l'acceptation ou la résignation (Spirito et al., 1988).*

Les résultats indiquent que lorsque les expériences de vie sont perçues comme étant plus (ou trop) exigeantes ou anxiogènes, les jeunes ont tendance à avoir recours à une variété de stratégies d'évitement comportemental ou cognitif, plus particulièrement celles qui diminuent ou qui réduisent le sentiment de détresse associé au problème. Comme d'autres chercheurs l'ont mentionné, cette observation s'explique probablement en étudiant l'évaluation (ou jugement) que la personne se fait du stresser. Puisque les événements hautement anxiogènes sont perçus comme étant moins "contrôlables", le recours aux différentes stratégies d'évitement peuvent être très utiles lorsque vient le temps de gérer la détresse associée à une situation jugée "incontrôlable" (Altshuler & Ruble, 1989; Band & Weisz, 1988; Lazarus & Folkman, 1984).

*h) Nous prévoyons que les marqueurs qui prédisent la probabilité d'avoir des problèmes de jeu seront les mêmes pour tous les groupes à l'étude.*

Les effets additifs de nos marqueurs seront analysés à l'aide d'une régression logistique, et nous ne prévoyons pas de différences majeures entre les résultats des groupes clinique et non-clinique chez nos adolescents, au niveau de nos prédicteurs. De façon générale, les résultats (les liens, le poids des marqueurs) du premier groupe devraient cependant être plus clairement définis: par exemple, les adolescents du groupe clinique devraient ressentir plus de honte, et avoir un moins grand répertoire de stratégies de coping adaptées. Cependant, les directions des relations devraient être les mêmes. Cette affirmation tient également pour notre échantillon composé de jeunes adultes.

Figure 6. Modèle d'équations structurelles à l'étude



**Chapitre 2**  
**Méthodologie**

### *Participants*

Un premier groupe était composé de 295 jeunes adultes, étudiant à l'Université d'Ottawa. À noter que ce groupe fut d'abord utilisé pour valider le modèle proposé (choix des variables), tout en nous permettant de vérifier le temps de passation de nos questionnaires. Ces jeunes adultes, dont l'âge variait entre 19 et 41 ans ( $\bar{x} = 21,2$  ans;  $\sigma = 3,2$ ), composent un échantillon non-clinique servant de point de référence pour le développement d'un modèle statistiquement fiable. Cet échantillon est majoritairement composé de femmes (74,2 %). Près de la moitié (44,4 %) de ces adultes ont un(e) conjoint(e) bien que 96,9 % d'entre eux soient considérés célibataires (statut civil) et n'ont pas d'enfant (95,9 %). En ce qui a trait à leur origine ethnique, 78,3 % d'entre eux sont blancs; 8,1 % sont originaires de l'Asie, tandis que 4,4 % sont d'origine latine. Dans ce groupe, on retrouvait un certain nombre de gens qui éprouvaient de la difficulté avec certains troubles psychologiques: 3,4 % avaient des problèmes de consommation d'alcool et/ou de drogues, 9,2 % souffraient de troubles de l'anxiété et 5,8 % rapportaient avoir reçu un diagnostic de dépression. Ces mêmes gens rapportaient des taux similaires de problèmes psychologiques au sein de leurs familles immédiates: 6,4 % de problèmes de consommation, 4,1 % de troubles d'anxiété et 7,1 % de troubles dépressifs. Pour ce qui est des troubles reliés au jeu, 92,9% de ces étudiants ont obtenu un score inférieur à 2 sur le *SOGS (South Oaks Gambling Screen* – mesure la présence et la sévérité du problème de jeu s'il y a lieu) ce qui les place à faible risque de développer une pathologie envers le jeu. Cependant, 12 étudiants (4,1%) se sont classés – de par leurs résultats sur le *SOGS* – dans la catégorie “joueurs potentiels”, tandis que 9 d'entre eux (3,1%) sont considérés comme étant des “joueurs probables”, c'est-à-dire qu'ils ont vraisemblablement des problèmes de jeu, ayant obtenu un score de 5 ou plus sur le *SOGS*.

Les autres participant(e)s sont des adolescents anglophones ou bilingues, répartis dans deux groupes distincts, qui habitent la grande région d'Ottawa (Ontario).

Un premier groupe regroupait 254 adolescents, âgés entre 12 et 17 ans ( $\bar{x} = 15,19$  ans;  $\sigma = 1,18$ ), qui suivaient -- au moment ou à un autre de la cueillette de données -- un traitement de jour ou résidentiel dans un des centres suivants: le Centre Roberts/Smart, le Centre Rideauwood, le Centre David Smith et les centres William Hay et Sherwood du Bureau des services à la jeunesse. Ces centres, tous situés dans la région d'Ottawa, furent ciblés parce qu'ils offrent différents programmes de traitement, pour des problèmes de consommation (alcool et drogues) ainsi que pour les comportements problématiques qui y sont reliés. Selon les recherches existantes dans le domaine du jeu pathologique, ces jeunes correspondent au profil type des joueurs à risque de développer une éventuelle pathologie envers le jeu (Dubé, Freeston & Ladouceur, 1996; Vitaro, Ferland, Jacques & Ladouceur, 1998). En effet, si on utilise le SOGS-RA pour évaluer le risque de développer des problèmes vis-à-vis du jeu (score de 3 ou plus), 28,2 % des adolescents qui composent cet échantillon clinique sont à risque (c'est-à-dire qu'ils entrent dans les catégories des joueurs "potentiels ou probables"). Des 254 participants qui ont accepté de prendre part à cette étude, 217 ont été retenus: les autres ont dû être éliminés en raison d'un nombre trop important de données manquantes (quand plus de 5% des données étaient manquantes), ou encore parce qu'un patron de réponses pouvait être aisément identifiable, suggérant que les questionnaires avaient été remplis de façon non-conforme. Cet échantillon se composait de 131 jeunes hommes et 86 jeunes femmes. Ceux-ci étaient majoritairement de race blanche (69,1 %) bien que 16 % d'entre eux étaient d'origine aborigène et 5 %, originaires de l'Afrique ou des Caraïbes. Les autres provenaient de milieux ethniques variés. De ce groupe,

51,2 % rapportaient des problèmes d'abus de substance, 32,3 %, des troubles de l'anxiété et 38,2% des troubles dépressifs. Plus de 30 % disaient également souffrir d'un trouble attentionnel déficitaire avec hyperactivité (*ADHD*). À noter qu'il s'agit ici de diagnostics auto-rapportés pour lesquels le tiers des répondants prenaient des médicaments. Au niveau familial, 37 % de ces jeunes indiquaient qu'un membre de leur famille immédiate était également au prise avec un problème de consommation (abus de substance). Ce groupe d'adolescents compose donc notre échantillon clinique.

En second lieu, un deuxième groupe regroupait 273 adolescents du même groupe d'âge (14 à 17 ans;  $\bar{x} = 16,42$ ;  $\sigma = 1,03$ ), provenant cette fois d'écoles secondaires de la région (Rockland et Kanata, Ontario). De ce groupe, pour les mêmes raisons énoncées ci-haut, 244 participants furent retenus: 171 demoiselles et 73 jeunes hommes. Pour ce qui est de l'origine ethnique, mentionnons que 81,1 % sont de race blanche, 6,6 %, d'origine aborigène et 3,3 % provenaient de l'Est de l'Asie (Chine, Vietnam, Japon, Corée, etc.). Parmi ces jeunes, 7,0 % rapportaient avoir des problèmes de consommation de drogues ou d'alcool, alors que 12,3 % disaient souffrir de troubles de l'anxiété. Les autres diagnostics rapportés se situent en deça des moyennes généralement observées dans la population (~ 5%) pour ces divers troubles. Le même commentaire s'applique également aux troubles présents chez des membres de la famille immédiate des participants. Selon le SOGS-RA, 11,5 % des jeunes de cet échantillon sont à **risque de développer des comportements problématiques envers les jeux de hasard et d'argent** (28 adolescents sur un total de 244 ont obtenu un score dans les catégories de joueurs "potentiels" ou "probables"). Ce second groupe d'adolescents forme un échantillon dit non-clinique, et servira de groupe-témoin pour les différentes analyses statistiques.

### *Procédures*

Pendant la cueillette de données, qui s'est étendue du mois de janvier 2001 au mois de septembre 2001, les chercheurs se sont présentés aux différents centres et aux différentes écoles après avoir préalablement obtenu la permission des conseils d'administration, des directions et des responsables de ces différents endroits.

En nous présentant devant les groupes, nous informions les participants sur les buts et les objectifs de l'étude, tout en mettant l'emphase sur le fait que leur participation était strictement volontaire et que le fait de participer ou non à cette étude n'avait aucun lien avec leur traitement, avec le cours ou encore avec la note qu'ils pourraient obtenir dans le cours en question. Les mêmes précisions sont aussi notées sur le texte de recrutement et les formulaires de consentement (*voir Annexe E -- formulaires de consentement éclairé pour 12-15 ans, version parent et version adolescent; et pour les plus de 16 ans; texte de recrutement*). Les participants étaient donc informés oralement et par écrit que leur participation se faisait sur une base tout à fait volontaire.

Une fois que les chercheurs avaient pris soin de remettre aux participants une copie du texte de recrutement et le formulaire de consentement éclairé adéquat <sup>1</sup>, les questionnaires étaient immédiatement administrés dans le cas des participants âgés de 16 ans ou plus – en prenant soin de respecter un ordre de présentation aléatoire afin de limiter l'influence du facteur temporel.

---

<sup>1</sup> À noter que le texte de recrutement et les formulaires de consentement n'ont pas été traduits en français puisque les questionnaires originaux sont uniquement en anglais. La traduction des questionnaires aurait amené un lourd travail de validation qui ne cadrerait pas avec le but de cette étude. Donc, seul les candidats anglophones ou bilingues ayant une compréhension écrite suffisante de la langue anglaise -- évaluée à un niveau de "grade 6" --, étaient en mesure de participer à cette étude. Les biais qui pourraient provenir de la langue seront discutés au sein des limites de généralisation de mon étude.

Pour ce qui est des adolescents de 12-15 ans, les chercheurs devaient se présenter à deux reprises: une première fois pour expliquer l'étude et remettre les formulaires de consentement à faire signer par les parents/tuteurs, et une seconde fois, pour recueillir les formulaires de consentement signés et administrer les questionnaires, toujours selon un ordre aléatoire. L'administration des questionnaires prenait généralement entre 30 et 50 minutes, selon le niveau de lecture des participants. La participation de ceux-ci se limitait à cette seule rencontre.

Tous les participants se voyaient remettre un formulaire de consentement et la série de questionnaires lors de notre visite. Ceux qui choisissaient de ne pas les compléter, devaient le conserver avec eux pour la durée de l'administration; ceux-ci pouvaient opter pour faire du travail personnel – lecture, préparation, rédaction, etc.-- en silence pendant que leurs pairs complétaient les questionnaires. Ensuite, après une période pré-déterminée de 40, 50 ou 60 minutes, tous les questionnaires étaient recueillis en même temps, qu'ils aient été complétés, terminés ou non. Ceci permettait de préserver l'anonymat des participants.

### *Plan de l'étude*

Le but de cette étude était d'établir une série de liens réunis dans un (des) modèle d'équations structurelles qui permettraient de voir comment ces liens ou relations entre les divers facteurs tirés de théories existantes, pouvaient expliquer la pathologie reliée aux jeux de hasard et d'argent. La cueillette des données s'est donc faite uniquement au moyen de questionnaires auto-rapportés qui sont décrits en détails dans la section qui suit. Ceux-ci sont regroupés selon les facteurs latents de manière à respecter les modèles présentés. À noter que le choix des questionnaires s'est effectué en fonction de leurs qualités psychométriques, de leur longueur

(nombre d'items), de leur facilité d'administration, et de leur disponibilité!

### ***Mesures psychométriques***

#### **Démographiques**

L'âge, le genre, le statut civil et le nombre d'enfants ou de personnes dépendantes -- uniquement dans le cas des jeunes adultes --, l'origine ethnique des participants, de même que la présence de troubles psychologiques diagnostiqués, tant chez le participant que dans sa famille immédiate, et la prise de médicaments reliés à ces troubles, ont été choisis comme étant des variables à considérer dans la problématique du jeu pathologique. Ces données ont donc été recueillies à l'aide d'un questionnaire.

D'autres questionnaires ont également été utilisés pour recueillir nos données. En voici une brève description.

#### **Jeu pathologique.**

**South Oaks Gambling Screen (SOGS).** La sévérité de la compulsion chez une population adulte (18 ans et plus) est souvent mesurée avec le *South Oaks Gambling Screen (SOGS)*. Le *SOGS* est un questionnaire qui comportait à l'origine 20 items, basé sur les critères diagnostiques du DSM-III, qui permet d'identifier les joueurs pathologiques parmi ceux qui s'adonnent aux jeux de hasard et d'argent. Il fut élaboré en 1987 à partir d'une population majoritairement clinique (South Oaks Hospital, Long Island, NY), par Henry R. Lesieur, Ph.D. et Sheila B. Blume, M.D.. Un total de 1616 participants furent d'abord utilisés: de ce nombre, 867 étaient des patients admis à l'Hopital de South Oaks pour des troubles liés à l'usage de

substances psychoactives ou des problèmes de jeu; 213 étaient des membres de "Gamblers anonymes"; 384, des universitaires, et enfin, 152 participants étaient des employés de l'hôpital. Reconnu par l'*American Psychological Association (APA)*, l'instrument est efficace tant pour les hommes que pour les femmes. Des études ont permis de lui trouver une forte corrélation ( $r = 0.94$ ) avec les critères diagnostiques du DSM-III-R; plus récemment, une nouvelle version adaptée aux critères du DSM-IV fut élaborée (1992). Le SOGS fut ensuite validé auprès de 749 participant(e)s; ensuite, une mesure de validation indépendante fut employée (score patient vs score thérapeute,  $r = 0.86$ , et score patient vs score membre de sa famille,  $r = .60$ ); enfin, les scores sur le DSM-III-R, obtenus à partir des critères diagnostiques, furent utilisés pour re-vérifier la validité de l'instrument ( $r = 0.94$ ).

Pour mesurer la fidélité de l'instrument, les 749 questionnaires furent soumis à un test de cohérence interne (*internal consistency reliability check*) (Alpha de Cronbach = .97). De plus, 112 participant(e)s ont répondu au questionnaire une seconde fois, 30 jours plus tard: la corrélation test-retest obtenue fut de 0.71.

Un score de 3 ou 4 sur le *SOGS* indique la présence potentielle d'un problème avec le jeu tandis qu'un score de 5 ou plus signale la présence probable d'une pathologie envers les jeux de hasard et d'argent. Un score de 5 représente un point de coupure optimal pour éviter les faux-négatifs et les faux positifs (Lesieur & Blume, 1987; Dubé *et al.*, 1996).

***South Oaks Gambling Screen Revised for Adolescents (SOGS-RA).***: Le *SOGS-RA*, une mesure utilisée pour mesurer la sévérité de la pathologie du jeu chez les adolescents, fut développée par Winters, Stinchfield, and Fulkerson (1993a). Ces derniers ont modifié le

vocabulaire du *SOGS* pour adulte (Lesieur & Blume, 1987, 1993) afin de le rendre plus près de la réalité des adolescents qui jouent, et de leur niveau de lecture. Cet instrument, dont les propriétés psychométriques sont similaires à celles du *SOGS*, fut développé auprès de 702 jeunes âgés de 15 à 18 ans. Il permet de différencier trois groupes d'adolescents: les joueurs pathologiques ou problématiques (score sur le *SOGS-RA* de 4 ou plus), les joueurs à risque -- de devenir joueurs problématiques -- (score sur le *SOGS-RA* de 2 ou 3), et les adolescents n'ayant aucune difficulté avec le jeu (score sur le *SOGS-RA* de moins de 2). Un autre changement significatif au niveau des critères de correction du *SOGS-RA* par rapport au *SOGS*, fut l'élimination de 9 items ayant trait à l'emprunt d'argent afin de maintenir ses activités de jeu (i.e., "*Avez-vous déjà emprunté de l'argent ou volé quelque chose afin de pouvoir parier ou payer vos dettes de jeu, au cours des 12 derniers mois?*" -- traduction libre). Ce changement fut basé sur la conviction que les différentes sources permettant d'obtenir de l'argent pour supporter ses activités de jeu ne représentaient pas un symptôme ou symbole significativement différents, et donc ne nécessitaient pas un score individuel. Cette modification eu pour résultat de faire passer le nombre d'items de 20 (pour le *SOGS* adulte) à 16 (pour le *SOGS-RA*) dont 12 sont utilisés pour établir le score final. Suite à une validation de cette nouvelle version du *SOGS-RA*, Winters, Stinchfield, and Fulkerson (1993b) ont décidé de modifier le système de pointage pour le *SOGS-RA*. Reconnaissant qu'il n'existait point de définition claire de ce que représente le jeu problématique chez les adolescents, ils décidèrent de combiner les résultats du *SOGS-RA* avec la fréquence de jeu des adolescents, afin d'obtenir un index composé, permettant de classifier les répondants en trois groupes distincts. Ces groupements furent utilisés pour cette étude:

*"Aucun problème de jeu -- pas d'historique de jeu; ou avoir joué au cours de l'année dernière moins d'une fois/semaine, avec un score sur le SOGS-RA de 0.*

*Joueur à risque* -- fréquence de jeu quotidienne ou hebdomadaire avec un score sur le *SOGS-RA* de 1; ou encore, jouer moins d'une fois/semaine avec un score de 2 ou plus sur le *SOGS-RA*.

*Joueur problématique* -- jouer à toutes les semaines ou plus souvent, et obtenir un score de deux ou plus sur le *SOGS-RA*; ou encore, jouer quotidiennement, peu importe le score sur le *SOGS-RA*."

**VLB-8** : Une autre mesure utilisée pour déterminer la présence de problèmes de jeu chez les adolescents est un instrument de 8 items, développé par Vitaro, Ladouceur et Bujold (1996) auprès d'un échantillon de 631 jeunes garçons. Les 6 premiers items demandent aux adolescents s'ils ont parié de leur propre argent, au cours des 12 derniers mois, pour chacun des jeux suivants: loterie, machine à sous, bingo, jeux de cartes, paris sportifs, et autres formes de *gambling*. Un autre item mesure le montant d'argent maximum parié dans une seule journée. Enfin, un dernier item vérifie si les adolescents ont parié avec des personnes autres que des membres de leur famille, au cours des 12 derniers mois. La fiabilité test-retest (3 mois) de cet instrument est relativement élevée: le coefficient de Pearson varie de 0.52 à 0.68. Le score obtenu par une telle mesure obtient une cote de cohérence interne satisfaisante (Alpha de Cronbach = 0.73). Les joueurs à risque sont ceux qui rapportent jouer une fois par semaine (ou plus) pour au moins un type de jeu (dans les 6 premières questions de l'échelle); ils rapportent également avoir parié au moins \$10 dans une seule journée; enfin, ils disent avoir joué régulièrement ou très régulièrement avec des personnes autres que des membres de leur famille au cours des 12 derniers mois. Les lecteurs qui sont intéressés à connaître le raisonnement derrière ces choix sont invités à consulter l'article de Vitaro, Ladouceur et Bujold (1996).

**DSM-IV-MR-J:** Le *DSM-IV-MR-J* (MR = *multiple response*, J = *juvenile*; Fisher, 2000) est une version nouvellement révisée du *DSM-IV-J*, développée par Sue Fisher en 1992, qui permet d'évaluer la prévalence de jeu pathologique (ou problématique, comme préfère utiliser l'auteure) chez les adolescents (autant chez les garçons que chez les filles). Il s'agit d'une nouvelle version, développée auprès de 9 774 étudiants (population non-clinique), d'un questionnaire comportant 9 critères liés au jeu problématique, évalués par 12 questions à choix multiples basées sur les critères diagnostiques du DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4<sup>th</sup> Edition*). L'auteure souhaitait ainsi mettre la main à la roue afin de développer un instrument fiable, reconnu et accepté internationalement comme mesure de choix pour détecter les problèmes de jeu chez les adolescents. La cohérence interne obtenue est satisfaisante (Alpha de Cronbach = 0.75) de même que la validité de construit de l'instrument; une analyse des composantes principales a également permis d'identifier un facteur regroupant tous les items du *DSM-IV-MR-J* (eigenvalue = 2,99) et expliquant 33,3 % de la variance. Ce facteur démontra une corrélation positive avec tous les états psychologiques connus ou reconnus comme étant associés au phénomène du jeu pathologique (par le DSM-IV), tel que la préoccupation envers l'argent, la tolérance, la perte de contrôle, l'évitement et l'ambition de vouloir "se refaire" après une perte (*chasing losses*). Un participant qui obtient un score de 4 ou plus sur cette échelle est considéré comme ayant des problèmes de jeu.

**Lie/bet questionnaire:** Le *Lie/Bet Questionnaire (LBQ)* est un inventaire composé de 2 items qui permet d'établir un diagnostic de jeu pathologique. Il fut développé par Johnson, Hamer, Nora, Tan, Eisenstein, and Engelhart (1997) auprès d'un groupe de 362 hommes, dont

191 étaient identifiés comme étant des joueurs pathologiques, tandis que 171 autres composaient le groupe-témoin. Les items furent sélectionnés à partir d'un questionnaire de 12 items dérivé à partir des critères diagnostiques du DSM-IV pour le jeu pathologique. Développé d'abord avec un échantillon composé uniquement d'hommes, il disposait d'indices psychométriques enviables: une sensibilité de 0,99, une spécificité de 0,91 avec une valeur prédictive positive de 0,92 et une valeur prédictive négative de 0,99. Les deux items, obtenus suite à une régression logistique pratiquée sur les réponses des participants, permettent de différencier les joueurs pathologiques ou problématiques des joueurs occasionnels ou des non-joueurs. En 1998, Johnson, Hamer et Nora reprirent la même étude, cette fois avec un échantillon composé de 295 hommes et 128 femmes. Ils ont obtenu des valeurs psychométriques similaires à celles de leur étude originale (sensibilité de 1,00 et spécificité de 0,85; valeur prédictive positive de 0,78 et valeur prédictive négative de 1,00, indiquant que tous les participants qui ont indiqué un résultat négatif sur le *LBQ* étaient des joueurs non-problématiques ou des non-joueurs), ce qui leur permettait de confirmer que cet instrument représente un outil valide pour discriminer les joueurs pathologiques des joueurs non-pathologiques ou des non-joueurs à partir des critères diagnostiques du DSM-IV. Un score de 1 ou plus sur cette mesure est considéré positif, c'est-à-dire qu'il indique la présence d'un problème lié aux jeux de hasard et d'argent.

### **Stratégies d'adaptation ou de *coping***

**Situational Social Avoidance (SSAS):** Le *SSAS* permet d'évaluer la présence d'une stratégie de coping, soit l'évitement, employée par les adolescents et les jeunes adultes. Le *SSAS*, qui fut développé par Ishiyama en 1999, est un inventaire composé de 15 items qui donne une

évaluation des tendances d'évitement en rapport avec des situations spécifiques. Une recherche contemporaine sur l'évitement social, la gêne et l'affirmation de soi a permis d'isoler les 15 situations sociales à partir desquelles est construit le *SSAS* (i.e., *parler devant un auditoire; initier une conversation avec une personne que l'on juge "de notre goût"; recevoir un compliment devant un groupe de plus de 20 personnes; etc.*). Chacune des 15 situations est notée sur une échelle de 7 points de type Likert, et est précédée d'une question: "*How often do you tend to avoid the following situation?*" (À quel fréquence tentez-vous d'éviter la situation suivante? -- traduction libre). Le *SSAS* fut développé auprès de deux échantillons d'étudiants ( $n = 407$ ), l'un clinique, l'autre non. Les indices psychométriques de cette échelle démontrent une cohérence interne de 0,89 pour le premier échantillon et de 0,92 pour le second (Alpha de Cronbach) et une validité test-retest de 0,86 après un délai de 6.5 semaines. Les femmes obtiennent généralement un score significativement plus haut sur cette échelle, particulièrement sur les items se rapportant à l'affirmation de soi et à la performance devant les autres. Cette mesure est aussi significativement corrélée avec 4 échelles reconnues, utilisées pour évaluer l'anxiété sociale ( $0,60 < r > 0,78$ ). Elle est également corrélée avec la présence de symptômes dépressifs ( $r = 0,36$ ), l'estime de soi ( $r = -0,49$ ) et une tendance à se juger sévèrement ( $r = 0,50$ ). Un score élevé sur cette échelle indique simplement une tendance plus marquée à vouloir éviter certaines situations sociales.

**Coping Responses Inventory - Adult Form:**

Le *Coping Responses Inventory -*

*Adult Form (CRI-A)* est un instrument commercialisé, développé par Rudolf H. Moos en 1993, après une série de mesures visant à valider l'instrument. Un échantillon de 1800 participants fut

utilisé lors de la dernière révision du format actuel. Ainsi, le *CRI-A* mesure 8 différents types de réactions ou stratégies d'adaptation face à des événements anxigènes. Ces réactions, regroupées sous forme d'échelles, sont les suivantes: *Logical Analysis (LA)*, *Positive Reappraisal (PR)*, *Seeking Guidance and Support (SG)*, *Problem Solving (PS)*, *Cognitive Avoidance (CA)*, *Acceptance or Resignation (AR)*, and *Emotional Discharge (ED)*. Les 4 premières échelles mesurent une adaptation ou un coping dit d'approche, tandis que les 4 dernières mesurent un coping d'évitement. Les deux premières échelles de chaque groupement mesurent des stratégies d'adaptation cognitives, tandis que les deux dernières échelles de chaque groupement mesurent des stratégies d'adaptation comportementales. Chacune de ces 8 échelles ou dimensions est composée de 6 items. En répondant au *CRI-A*, les participants doivent d'abord décrire un récent événement qui pour eux revêtait un caractère anxigène. Ils doivent ensuite répondre au 48 items de coping en utilisant une échelle de 4 niveau (type Likert -- "pas du tout" à "assez souvent"). Le *CRI-A* contient également une série de 10 questions permettant d'évaluer la façon dont le participant a évalué et perçu le stresser décrit. Ceci est important puisque l'on sait par exemple, que quelqu'un qui perçoit un stresser comme un défi a plus de chance de le gérer de manière active (Moos, 1993). Le *CRI-A* peut être utilisé autant avec des adultes (18 ans ou plus) qui ont des problèmes de consommation ou des problèmes médicaux qu'avec ceux qui n'en ont pas. Il obtient des indices de cohérence interne satisfaisants au niveau des 8 échelles (Alpha de Cronbach entre 0,62 et 0,74). Les moyennes de corrélation de 0,29 pour les hommes et de 0,25 chez les femmes, indiquent bien à quel point les gens ont tendance à utiliser plusieurs types de réponses face à un stresser: en fait, plus le stresser est considéré comme étant sévère par la personne, plus celle-ci aura tendance à avoir recours aux différents types de coping. Enfin, la

validité test-retest du *CRI-A*, après 12 mois, est de 0,45 et 0,43 pour les hommes et femmes, respectivement. Un score T ( $\bar{x} = 50$  et  $\sigma = 10$ ) qui se situe entre 46 et 54 est considéré comme dans la moyenne pour cet instrument, tandis qu'un score T supérieur à 66 est considérablement supérieur à la moyenne pour l'échelle en question. Les scores T servent à faciliter les comparaisons entre les différentes échelles. À noter que lors de la validation de cet instrument, les femmes, comparativement aux hommes, ont eu davantage recours aux différentes stratégies de coping.

**Coping Responses Inventory - Youth Form:**      *Le Coping Responses Inventory - Youth Form (CRI-Y)* est une mesure de 8 différents types de réactions ou stratégies d'adaptation face à des événements anxiogènes. L, le *CRI-Y* est un instrument commercialisé, développé par Rudolf H. Moos en 1993, après une série de mesures visant à valider l'instrument. Ces réactions, regroupées sous forme d'échelles, sont les suivantes: *Logical Analysis (LA)*, *Positive Reappraisal (PR)*, *Seeking Guidance and Support (SG)*, *Problem Solving (PS)*, *Cognitive Avoidance (CA)*, *Acceptance or Resignation (AR)*, *Seeking Alternative Rewards (SR)* et *Emotional Discharge (ED)*. Les 4 premières échelles mesurent une adaptation ou un coping dit d'approche, tandis que les 4 dernières mesurent un coping d'évitement. Les deux premières échelles de chaque groupement mesurent des stratégies d'adaptation cognitives, tandis que les deux dernières échelles de chaque groupement mesurent des stratégies d'adaptation comportementales. Chacune de ces 8 échelles ou dimensions est composée de 6 items. En répondant au *CRI-Y*, les participants doivent d'abord décrire un récent événement qui pour eux revêtait un caractère anxiogène. Ils doivent ensuite répondre au 48 items de coping en utilisant

une échelle de 4 niveau (type Likert -- "pas du tout" à "assez souvent"). Le *CRI-Y* contient également une série de 10 questions permettant d'évaluer la façon dont le participant a évalué et perçu le stresser décrit. Ceci est important puisque l'on sait par exemple, que quelqu'un qui perçoit un stresser comme un défi a plus de chance de le gérer de manière active (Moos, 1993). Le *CRI-Y* peut être utilisé autant avec des adolescents "en santé" (12 ans à 18 ans) qu'avec des adolescents qui ont des problèmes psychologiques, émotionnels, physiques (médical) ou comportementaux. Conceptuellement, il se compare avantageusement au *CRI-A* (Moos, 1993). Deux échantillons de 315 puis de 254 participants de diverses provenances (populations clinique et non-clinique) furent utilisés lors de la révision du format actuel. L'instrument fut d'abord développé en révisant les descriptions fournies par des adolescents sur leurs façons de gérer un certain nombre de changements ou de "crises existentielles" auxquels ils devaient faire face (Moos & Schaefer, 1986); les réponses de coping utilisées lorsque les adolescents sont aux prises avec des problèmes de santé furent également retenues (Moos & Schaefer, 1984). Finalement, des entrevues furent menées auprès d'adolescents, après avoir révisé de manière exhaustive la littérature sur le sujet. Des items du *CRI-A* (version adulte) furent également adaptés pour cette version "pour adolescents" (Moos, 1993). L'âge moyen des participants était de 15.2 ans chez les adolescents et de 15.3 ans chez les adolescentes. Environ 70% des deux groupes étaient de race blanche. Les parents de ces jeunes adolescents avaient un niveau d'éducation moyen (environ 15 ans de scolarité) de même qu'un statut socio-économique moyen. Les caractéristiques psychométriques de l'instrument sont comparables à celles du *CRI-A*. En effet, le *CRI-Y* obtient des indices de cohérence interne satisfaisants au niveau des 8 échelles (Alpha de Cronbach entre 0,61 et 0,79). Les moyennes des corrélations partielles entre les réponses

d'approche et d'évitement sont de 0,31 pour les garçons et de 0,26 chez les filles; celles-ci indiquent bien à quel point les gens ont tendance à utiliser plusieurs types de réponses face à un stresser: en fait, plus le stresser est considéré comme étant sévère par la personne, plus celle-ci aura tendance à avoir recours aux différents types de coping. Enfin, la validité test-retest du *CRI-Y*, après 12 à 15 mois, est de 0,34 (en moyenne) pour les garçons et filles, certaines échelles démontrant plus de stabilité à travers le temps chez les garçons et/ou chez les filles. Avec cette mesure, un score T inférieur à 34 sera jugé comme étant "considérablement sous la moyenne" (*considerably below average*), tandis que les scores T se situant entre 46 et 54 seront jugés comme étant dans la moyenne (*average*); un score T de plus de 66 sera quant à lui jugé comme étant "considérablement supérieur / en haut de la moyenne (*considerably above average*).

**Coping Scale for Children and Youth:**      *Le Coping Scale for Children and Youth*

(*CSCY*) est une mesure auto-rapportée qui permet d'identifier les styles de coping utilisé par les enfants et les adolescents. À partir d'une liste initiale de 44 réponses de coping, les participants devaient indiquer à quelle fréquence ils utilisaient celles-ci en présence d'un stresser, une échelle de type Likert étant utilisée pour le résultat: (0) *never*, (1) *sometimes*, (2) *often*, (3) *very often*. Le développement de cette échelle, effectué auprès de 498 enfants de niveau 6 et 8, a donc permis d'identifier 4 catégories distinctes de stratégies de coping: *assistance seeking*, *problem-solving*, *cognitive avoidance* et *behavioral avoidance*. La version finale du *CSCY*, développée par Brodzinsky, Elias, Steiger, Simon, Gill et Hitt (1992) comporte donc 29 items. Lors de l'étude des inter-relations entre les différentes catégories de coping, les auteurs ont trouvé qu'en général, la recherche de conseils (*assistance seeking*) était positivement corrélé avec la résolution

de problèmes (*problem-solving*) et négativement corrélé avec l'évitement cognitif (*cognitive avoidance*). De plus, la résolution de problèmes est négativement corrélée avec l'évitement cognitif. Enfin, l'évitement cognitif et l'évitement comportemental (*behavioral avoidance*) sont positivement corrélés les uns avec les autres. Ces relations furent similaires autant chez les garçons que chez les filles des différents niveaux scolaires, à l'exception d'une relation significative entre la résolution de problèmes et l'évitement comportemental chez les garçons et chez les étudiants de 6<sup>e</sup> année en général. Pour chacune des catégories, des coefficients de fiabilité alpha furent calculés: ils varient entre .70 et .81. La fiabilité test-retest obtient des résultats très similaires.

### Stratégies de prise de décisions

#### General Decision-Making Style Inventory:

#### *Le General Decision-Making Style*

*Inventory* ou *GDMSI* est un instrument permettant de mesurer cinq différentes stratégies de prise de décisions. Développé par Scott et Bruce (1995), il fut élaboré à partir de 4 échantillons différents composés d'étudiants et de jeunes travailleurs, hommes et femmes, dont les âges moyens variaient entre 22 et 42 ans. Suite à une revue de la littérature et des recherches antérieures, quatre styles ou stratégies de prise de décisions furent identifiés: le *rational decision-making style*, caractérisé par une recherche exhaustive de solutions alternatives à un problème et par l'évaluation méticuleuse de ces alternatives; le *intuitive decision-making style* quant à lui, se réfère plutôt aux intuitions et aux sentiments associés à la prise de décisions; le *dependent decision-making style* est caractérisé par la quête d'opinions, de conseils ou de directions venant d'une autre personne; enfin, le *avoidant decision-making style* est caractérisé par différentes

tentatives pour éviter de prendre des décisions. À partir de ces 4 stratégies, 37 items furent retenus pour composer cette nouvelle mesure. Les participants devaient alors indiquer – sur une échelle de type Likert –, pour chacun des items, s'ils étaient en accord ou en désaccord (*strongly disagree to strongly agree*) avec l'énoncé mentionné. Une analyse factorielle des réponses aux 37 items a ensuite permis d'isoler un cinquième type ou stratégie de prise de décisions: celui-ci fut identifié comme le type *spontaneous*. Ce dernier caractérise une personne qui désire “traverser” le processus décisionnel le plus rapidement possible. Une analyse des items aura permis de réduire le nombre final d'items de la mesure à 25, soit 5 items pour chacun des 5 types ou stratégies de prise de décisions. Des analyses subséquentes ont permis de confirmer l'interdépendance des 5 échelles. Des mesures de fiabilité (alpha de Cronbach) entre 0.62 et 0.84 furent obtenus pour les 5 styles (Loo, 2000). Les validités concurrente et de construit de la mesure furent également évaluées et ont donné des résultats très satisfaisants (voir l'article de Scott & Bruce, 1995, pour plus de détails).

**Melbourne Decision-Making Questionnaire:** Le *Melbourne Decision-Making Questionnaire (MDMQ)* fut développé par Mann, Burnett, Radford & Ford (1997). Il s'agit d'un instrument composé de 22 items mesurant 4 facteurs ou catégories de prise de décisions (*vigilance, hypervigilance, buck-passing* et *procrastination*). Cet instrument se veut une version “améliorée” du *Flinders Decision Making Questionnaire*, un instrument comptant 31 items permettant de déterminer les tendances d'utilisation de 3 stratégies de coping liées à la prise de décisions, tirées de la théorie conflictuelle de la prise de décisions (Janis & Mann, 1977) (*vigilance, hypervigilance* et *defensive avoidance – procrastination, buck-passing* et

*rationalization*). Le *MDMQ* fut développé et validé auprès d'un échantillon de 2 051 universitaires provenant d'endroits différents comme les États-Unis, l'Australie, la Nouvelle-Zélande, le Japon, Hong Kong et Taiwan. La structure factorielle de cet instrument fut établie à l'aide d'analyses factorielles confirmatoires. Le modèle retenu (4 facteurs) obtient des indices d'ajustement satisfaisants (GFI = 0.89; AGFI = 0.86; RMSR = 0.05;  $\chi^2/df = 3.63$ ).

**Adolescent Decision-Making Questionnaire:** La version révisée du *Adolescent Decision-Making Questionnaire* (ADMQ; Tuinstra, van Sonderen, Groothoff, van den Heuvel & Post, 2000) comporte 4 sous-échelles et 22 items. Cette mesure fut récemment développée auprès d'un échantillon de 1642 adolescents irlandais. La version originale du ADMQ avait été développée par Mann *et al.* (1989) à partir du *Flinders Decision Making Questionnaire* (DMQ, Mann, 1982). Les deux mesures émanent de la théorie de Janis et Mann (1977) qui identifient différents processus décisionnels. Le ADMQ, utilisé dans de nombreuses études, est un questionnaire qui comptait à l'origine 30 items. Il s'agit d'une mesure auto-rapportée où les répondants sont invités à indiquer leurs réponses sur des échelles de 1 (*always*) à 4 (*never*). La version originale fut reprise par Tuinstra *et al.* (2000) parce que des analyses de composantes principales démontrèrent que les cinq sous-échelles originales n'étaient pas suffisamment "détectables" au sein des données, certains items ne correspondant pas à leur sous-échelle. Les nouvelles sous-échelles sont donc les suivantes: *panic*, *avoidance*, *impulsive* et *self-confidence*. Selon les études de Janis et Mann (1977), ces 4 sous-échelles peuvent se scinder en deux catégories: les stratégies de décisions "adéquates" et "non-adéquates" (*adaptive* et *maladaptive*). Une stratégie adéquate constitue un comportement soigneusement planifié et délibéré, comme

ceux que l'on retrouve dans la catégorie "*self-confidence*", alors qu'une stratégie non-adéquate ne correspond pas aux critères habituels et rigoureux de recueil d'information: les catégories "panic", "avoidance" et "impulsive" sont généralement décrites comme étant des stratégies non-adéquates de prise de décisions. Suite à de nombreuses études où le *ADMQ* fut utilisé au sein de cultures différentes, il fut déterminé que la structure fondamentale de prise de décisions chez les adolescents, étaient essentiellement la même peu importe la culture (Friedman & Mann, 1993). Les indices de fiabilité (alpha de Cronbach) obtenus auprès des 4 catégories varient entre 0.60 et 0.70. La structure révisée du *ADMQ* contribue à 41.8 % de la variance expliquée sur une possibilité de 43.1 % (Tuinstra, *et al.*, 2000). Des analyses de validité convergente et discriminante ont permis de constater que la pression sociale, exercée par les pairs, était positivement corrélée avec l'échelle d'évitement (*avoidance*), de panique (*panic*) et d'impulsivité (*impulsive*), tandis qu'aucune corrélation ne fut décelée entre la pression sociale et l'échelle de confiance en soi (*self-confidence*). Des différences au niveau du genre et du niveau d'éducation furent également notées. Les adolescents ont obtenu des scores plus élevés que les adolescentes sur les échelles de confiance en soi, d'évitement et d'impulsivité, alors qu'ils ont obtenu des scores plus faibles sur l'échelle de panique. De plus, les adolescents des niveaux d'éducation supérieurs obtiennent des scores plus élevés sur l'échelle de confiance en soi, et des scores plus faibles sur les échelles d'évitement, de panique et d'impulsivité (Tuinstra, *et al.*, 2000).

### **Émotions de honte et de culpabilité**

**Personal Feelings Questionnaire:** Le *Personal Feelings Questionnaire* (PFQ-2 ; Harder & Lewis, 1987; Harder, Cutler & Rockart, 1992) mesure les émotions de honte et de

culpabilité d'une personne à l'aide d'une liste de descripteurs (i.e., pour la culpabilité: *intense guilt, regret, remorse, worry about hurting or injuring another*; pour la honte: *embarrassment, feeling ridiculous, feeling childish, feeling disgusting to others*): les gens sont invités à noter à quelle fréquence ils ressentent ces sentiments. Le *PFQ-2* est composé de 10 items se rapportant à la honte et de 6 items se rapportant à la culpabilité. Facile à administrer, cette mesure dispose également d'une validité test-retest enviable. L'alpha de Cronbach est de 0.78 pour l'échelle de honte et de 0.72 pour l'échelle de culpabilité (Tangney, 1996). De récentes études sur la validité de construit suggèrent que le *PFQ-2* est fort utile pour évaluer la honte et la culpabilité, surtout quand les participants peuvent avoir de la difficulté avec le contenu langagier des autres instruments de mesure (Harder, 1995).

**Test of Self-Conscious Affect:** Le *Test of Self-Conscious Affect* (Tangney, Wagner & Gramzow, 1992) est une mesure révisée du *Self-Conscious Affect and Attribution Inventory* (Tangney, 1990). Il est composé d'une série de 15 courts scénarios (5 scénarios positifs et 10 négatifs) relatant des situations de honte, de culpabilité et de fierté (*pride*) tirés de faits vécus à partir d'un échantillon non-clinique composés de plusieurs centaines d'étudiants (*college students*) et d'adultes ne fréquentant pas l'école. Chacun des scénarios négatifs est suivi – dans un ordre aléatoire – de réponses indiquant de la honte, de la culpabilité, du détachement (minimiser l'importance de la situation), et de l'extériorisation (rejeter la responsabilité sur quelqu'un d'autre). Les scénarios positifs quant à eux, sont suivis de réponses de honte, culpabilité, extériorisation, fierté alpha (*alpha pride* – être fier de soi) et de fierté beta (*beta pride* – être fier de son comportement). Comme pour le *TOSCA-A* (Tangney *et al.*, 1991), les

suggestions de réponses ne sont pas des choix forcés, les participants étant plutôt invités à noter sur une échelle de 1 à 5 la probabilité qu'ils répondent ou réagissent de cette façon. Ceci permet donc de tenir compte des situations où des participants estiment ressentir à la fois de la honte et de la culpabilité. Les scores sur les différentes échelles sont obtenus en additionnant les résultats pour chacune des classes de réponses à travers les différents scénarios. Tangney, Wagner et Gramzow (1992) rapportent des indices de cohérence interne (alpha de Cronbach) de 0.76 pour l'échelle de honte et de 0.66 pour l'échelle de culpabilité.

***Test of Self-Conscious Affect for Adolescents:*** Développé auprès de plusieurs centaines de participants, provenant de divers milieux, le *Test of Self-Conscious Affect for Adolescents* (TOSCA-A; Tangney *et al.*, 1991), est une mesure de honte et de culpabilité où on présente aux répondants une série de situations ou de scénarios – en fonction du groupe d'âge – tirés de notre quotidien (i.e., “Vous avez fait une grosse erreur sur un important projet au bureau. Les gens se fiaient sur vous et votre patron a critiqué votre travail”). Chaque mise en scène est suivie de choix de réponses représentant des descriptions phénoménologiques de honte et de culpabilité en rapport avec le contexte présenté (i.e., pour la honte: “Vous aimeriez vouloir vous cacher”; pour la culpabilité: “Vous penseriez ‘ J’aurais dû identifier le problème et présenter de meilleurs résultats”). Les réponses suggérées permettent ainsi de “capturer” l'émotion, la cognition ou le comportement associés aux sentiments de honte et de culpabilité, sans toutefois utiliser les termes “honte” ou “culpabilité” qui pourraient confondre les participants, ces mots étant souvent émotionnellement chargés, pour bon nombre de gens. À noter également que les suggestions de réponses ne sont pas des choix forcés, les participants étant plutôt invités à noter

sur une échelle de 1 à 5 la probabilité qu'ils répondent ou réagissent de cette façon. Ceci permet donc de tenir compte des situations où des participants estiment ressentir à la fois de la honte et de la culpabilité. La version pour adolescents, comprend 15 situations ou scénarios qui sont tirés d'événements quotidiens dans nos différentes sphères d'activités, selon notre groupe d'âge (i.e., à la maison, à l'école/ au travail, avec nos amis/nos collègues, etc.), et qui sont susceptibles de provoquer chez le répondant, un sentiment de honte et/ou de culpabilité (Tangney, 1996).

En plus des échelles de honte et culpabilité, cette mesure regroupe des réponses qui suggèrent une externalisation du blâme, un détachement ou une indifférence, de même que – pour un sous-groupe de situations soi-disant positives – une fierté envers soi-même ou envers son comportement.

Les indices de fiabilité de telles mesures (avec des scénarios) tendent cependant à être moins élevés que celles des autres mesures. Ainsi, l'alpha de Cronbach pour l'échelle de honte est de 0.77, tandis que celui pour l'échelle de culpabilité est de 0.81. Ces indices de cohérence interne sont cependant jugés relativement élevés puisque les coefficients alpha sous-estiment la fiabilité dans les mesures développées à partir de scénarios, comme c'est le cas ici, en raison de la variabilité introduite par les différentes situations présentées dans ce genre d'approche (Tangney, 1996).

### ***Analyses statistiques proposées***

Les analyses préliminaires des données visent à s'assurer de la conformité des distributions par rapport aux préalables, à l'utilisation des techniques de modélisation par équations structurelles, et au traitement des données manquantes. Elles ont permis de vérifier les

prérequis de normalité, de linéarité et la présence de scores extrêmes. En cas de non-respect d'un prérequis, des transformations mathématiques des données doivent être effectuées.

Les analyses descriptives nous permettent de jeter un peu de lumière sur les mesures de tendance centrale, la variabilité, les corrélations, etc. Ces mesures nous donnent une bonne idée du profil statistique des divers échantillons, pour chacune des variables étudiées.

Enfin, la technique de modélisation par équations structurelles nous a permis d'évaluer la **plausibilité des modèles de médiation partielle proposés**. Elle impliquait une série d'étapes.

Dans un premier temps, il s'agissait de spécifier un modèle structurel à partir de fondements théoriques disponibles dans la littérature. Après avoir recueillis des données pour chacune des variables impliquées dans les différents modèles, il s'agissait de vérifier si nos modèles correspondaient aux données obtenues en évaluant les liens entre les variables observées (items qui composent les échelles de mesure) et les variables latentes (ou facteurs). Fait intéressant, la précision/justesse du modèle peut aussi être améliorée en spécifiant de nouvelles relations ou en modifiant celles déjà proposées – à condition que ces modifications soient justifiables d'un point de vue théorique. On vérifie alors de nouveau la justesse de notre modèle... et ainsi de suite, jusqu'à ce que notre modèle soit jugé adéquat (Bollen & Scott Long, 1993).

***Chapitre 3***

***Résultats***

## *ANALYSES PRÉLIMINAIRES*

### *Préparation des données (à l'aide du logiciel statistique SPSS)*

#### **Examen des données**

Toute analyse multivariée nécessite des données précises et appropriées pour l'analyse désirée – dans le cas présent, une série d'analyses d'équations structurelles –, de même que la conformité par rapport aux pré-requis de l'analyse désirée. Enfin, elle requiert l'absence de données atypiques.

#### **Taille des échantillons**

La technique de modélisation par équations structurelles exige des échantillons de grande taille étant donné que l'estimation des covariances n'est pas stable lorsqu'elle est effectuée à partir de petits échantillons (Tabachnick & Fidell, 1996). Malgré le fait qu'il n'y ait pas de standard absolu dans la littérature sur les équations structurelles à propos de la relation entre la complexité d'un modèle et la grandeur d'échantillon requis pour le vérifier, il convient que dans la recherche contemporaine, un ratio de 10 participants par paramètre est réaliste et tout à fait acceptable.

Puisque les modèles de référence proposés dans cette étude contiennent tout au plus, une vingtaine de paramètres, un nombre minimum de 200 participants était requis pour être en mesure de vérifier le plus "complexe" des modèles présentés. Les tailles des échantillons utilisés pour cette étude ( $n=217$  pour le groupe clinique et  $n=244$  pour le groupe non-clinique) sont donc adéquates pour les fins des analyses d'équations structurelles.

- **Données aberrantes (cas extrêmes)**

Un examen des distances de Mahalanobis, générées à partir des données, n'a révélé l'existence d'aucun cas extrême. L'examen des distances de Cook n'a pas révélé de cas problématiques, celles-ci étant toutes supérieures à 1.00 (Stevens, 1992).

- **Données manquantes**

Pour le bien de cette recherche, il fut convenu, suite à une analyse visuelle des données, d'éliminer les questionnaires qui avaient un trop grand nombre de données manquantes, ou encore, qui exhibaient un profil de données manquantes non aléatoire (i.e., quand les participants avaient choisi d'ignorer les questionnaires comportant plus de questions). Comme mentionné lors de la description des différentes populations impliquées dans cette étude, 37 cas furent éliminés de la population adolescente clinique, 29 de la population adolescente non clinique.

Pour les besoins de cette étude, les données manquantes – lorsqu'elles représentaient une proportion de moins de 5% de l'échantillon – furent remplacées par des valeurs prédites à l'aide d'une régression obtenue pour l'ensemble des cas complets.

### **Normalité**

L'examen des histogrammes jumelé à celui des indices de symétrie et de kurtose pour chacune des variables à l'étude, indique que la distribution des données est normale (valeurs de symétrie et de kurtose entre -1 et 1 étant jugé comme acceptable pour la normalité) pour la grande majorité des variables (voir **tableau 1**). Dans l'échantillon non clinique d'adolescents, les variables faisant appel à la résolution de problèmes (CSCYPRSO: asymétrie positive substantielle – logarithme) et à la recherche de conseils et de soutien (CRIP2SG: asymétrie positive substantielle – logarithme) comme stratégies de coping, ne répondaient pas aux critères

de la normalité et ont dues être transformées; de plus, les styles de décision rationnel (GDMSRAT: asymétrie négative modérée – racine carrée), qui suggère une certaine procrastination (MDMQ2PRO: asymétrie positive modérée – racine carrée) et d'évitement (GDMSAVO; asymétrie positive modérée – racine carrée ) ont aussi dû être transformés afin de répondre au postulat de la normalité. Dans l'échantillon clinique, la variable de coping qui mesure la tendance à chercher de l'aide ou du soutien devant une difficulté (CRIP2SG: asymétrie positive modérée – racine carrée), de même que la variable mesurant l'impulsivité de nos décisions (ADMQIM: asymétrie positive modérée – racine carrée) ont dû être transformées. Pour nos deux échantillons d'adolescents, les variables mesurant la sévérité du jeu (VLBTOT, LBQTOT, SOGSTOT et DSMTOT) ont aussi dû être transformées à l'aide d'une réciproque en raison de leurs asymétries positives jugées extrêmes. Ces variables apparaissent dans le **tableau 1**.

À noter qu'au sein de l'échantillon des jeunes adultes, les variables LBQTOT, SOGSTOT et VLBTOT se rapportant à la sévérité du jeu, ne répondaient pas non plus aux critères de la normalité (forme d'asymétrie positive extrême). Ces variables ont donc été mathématiquement transformées (réciproque) afin de corriger ce problème.

### **Linéarité, Homocédasticité & Multicolinéarité**

L'examen des graphiques de dispersion bivariés a permis de s'assurer de la linéarité des relations entre les variables et de l'homocédasticité des données des trois distributions. En effet, au sein des trois populations, rien ne signale la présence de curvilinearité. De plus, les corrélations entre les paires de variables sont toutes sous la barre des ,80, confirmant ainsi l'absence de multicolinéarité (Tabachnick & Fidell, 1996).

### *Analyses des composantes principales*

Des analyses de composantes principales furent effectuées avec les échelles de mesures utilisées qui n'avaient pas été validées auprès des populations avec lesquelles elles ont été utilisées, afin de s'assurer que ces dernières mesurent bel et bien ce qu'elles affirment mesurer. Par exemple, une analyse des composantes principales fut effectuée avec le *Adolescent Decision Making Questionnaire (ADMQ)* auprès de la population clinique, puisque ce dernier avait été validé auprès d'une population non-clinique. Cet exercice avait pour but de s'assurer que les quatre facteurs que le *ADMQ* est en mesure d'identifier au sein d'une population non-clinique, soient les mêmes que ceux trouvés dans la population clinique, ce qui fut le cas. À noter que le recours à des échelles fiables, valides et dans certains cas, commercialisées, a grandement simplifié notre tâche. Après vérification, il fut convenu de conserver toutes les échelles – et leurs entités respectives – telles quelles.

### *Analyses descriptives*

Les analyses descriptives sont effectuées afin de donner le profil statistique des échantillons pour chacune des variables incluses dans le modèle (items individuels et scores totaux). Nous rapportons ici les résultats obtenus avec nos trois échantillons.

Le **tableau 1** reproduit les moyennes, les modes, les écarts-types, et les degrés d'asymétrie et de voussure de chacune des variables à l'étude, pour chaque échantillon. Les données sont présentées par facteurs, en ordre décroissant (par rapport à leur moyenne respective – avant la transformation s'il y a lieu) afin d'en faciliter l'interprétation (pour savoir quelle stratégie de *coping* fut la plus utilisée, par exemple).

**Tableau 1**
**Statistiques descriptives des indicateurs du modèle du jeu pathologique chez les JEUNES**
**ADULTES<sup>1</sup>**

|  | Moyenne | Mode | Ecart-type | Asymétrie | Voussure |
|--|---------|------|------------|-----------|----------|
| <b>Variabes de honte / culpabilité</b>           |         |      |            |           |          |
| TOSCAGUI – culpabilité ressentie                 | 6185    | 62   | 692        | -192      | 122      |
| TOSCASHA – honte                                 | 4585    | 57   | 878        | -135      | 72       |
| PFQSHAME – honte                                 | 1703    | 17   | 557        | 388       | 884      |
| PFQGUILT – culpabilité                           | 941     | 10   | 348        | 561       | 437      |
| <b>Variabes de coping</b>                        |         |      |            |           |          |
| SSASTOT – évitement                              | 52      | 53   | 1518       | 363       | 41       |
| CRIADULA – analyse logique                       | 1028    | 11   | 359        | -122      | -357     |
| CRIADUPR – réévaluation positive                 | 1036    | 11   | 39         | -62       | -352     |
| CRIADUAR – résignation                           | 797     | 7    | 375        | -9        | -446     |
| CRIADUPS – résolution de probs                   | 964     | 12   | 424        | -166      | -595     |
| CRIADUCA – évitement cogn.                       | 898     | 10   | 409        | -3        | -470     |
| CRIADUSR – rech. récompenses                     | 684     | 5    | 400        | 257       | -406     |
| CRIADUED – décharge émotive                      | 612     | 6    | 343        | 444       | -58      |
| CRIADUSG – rech.de conseils                      | 848     | 8    | 342        | 85        | -107     |
| <b>Variabes de prise de décisions</b>            |         |      |            |           |          |
| GDMSSINT – intuitif                              | 1817    | 19   | 329        | -571      | 729      |
| GDMSSDEP – dépendant                             | 1725    | 20   | 440        | -479      | -15      |
| GDMSSRAT – rationnel                             | 1552    | 16   | 309        | -802      | 822      |
| GDMSSSPO – spontané                              | 1340    | 11   | 447        | 300       | -225     |
| GDMSSSAVO – évitement                            | 1366    | 10   | 494        | 249       | -711     |
| MDMQ1TOT – sentiment envers<br>prise de décision | 882     | 8    | 189        | -452      | -81      |
| MDMQ2VIG – vigilance                             | 837     | 8    | 222        | -451      | -17      |
| MDMQ2HYP – panique                               | 399     | 3    | 214        | 164       | -398     |
| MDMQ2BP – donner resp à autrui                   | 388     | 3    | 240        | 494       | -367     |
| MDMQ2PRO – résolution de probs                   | 332     | 3    | 250        | 853       | 558      |
| <b>Variabes de sévérité du jeu</b>               |         |      |            |           |          |
| VLBTOT   | 666     | 4    | 457        | 142       | 277      |
| VLBTOT*  | 244     | 2    | 857        | 371       | 197      |
| SOGSTOT  | 83      | 0    | 156        | 396       | 2095     |
| SOGSTOT*   | 123     | 13   | 15         | -193      | 462      |
| LBQTOT   | 25      | 0    | 539        | 208       | 335      |
| LBQTOT*  | 374     | 4    | 54         | -173      | 144      |

Tableau 1 (suite)

**Statistiques descriptives des indicateurs du modèle du jeu pathologique chez les adolescents<sup>1</sup>****Population non-clinique: ADOLESCENTS**

|                                  | Moyenne | Mode | Ecart-type | Asymétrie | Vousure |
|----------------------------------|---------|------|------------|-----------|---------|
| Variables de honte / culpabilité |         |      |            |           |         |
| TOSCAGUI – culpabilité ressentie | 5557    | 53   | 772        | -348      | 269     |
| TOSCASHA – honte                 | 4125    | 36   | 841        | 62        | 1345    |
| PFQSHAME – honte                 | 1823    | 17   | 495        | 128       | 177     |
| PFQGUILT – culpabilité           | 1064    | 10   | 313        | 220       | -5      |
| Variables de coping              |         |      |            |           |         |
| SSASTOT – évitement              | 4866    | 39   | 1238       | 557       | 641     |
| CSCYCOAV – évitement cognitif    | 2230    | 20   | 673        | 825       | 306     |
| CSCYPRSO – résolution de probs   | 2042    | 18   | 471        | 1192      | 5984    |
| CSCYPRSO* – résolution de probs  | 129     | 126  | 99         | -286      | 1706    |
| CSCYBEAV – évitement comp.       | 1203    | 12   | 379        | 526       | -103    |
| CSCYASSE – rech. de soutien/aide | 996     | 11   | 266        | -128      | -170    |
| CRIP2LA – analyse logique        | 901     | 11   | 370        | -212      | 88      |
| CRIP2PR – réévaluation positive  | 886     | 9    | 352        | -125      | -10     |
| CRIP2AR – résignation            | 877     | 9    | 355        | -234      | -454    |
| CRIP2PS – résolution de probs    | 873     | 9    | 344        | -193      | -141    |
| CRIP2CA – évitement cognitif     | 823     | 10   | 376        | 52        | 77      |
| CRIP2SR – rech. récompenses      | 791     | 9    | 396        | -33       | -718    |
| CRIP2ED – décharge émotive       | 772     | 10   | 316        | 39        | -159    |
| CRIP2SG – rech. de conseils      | 754     | 6    | 545        | 2688      | 13175   |
| CRIP2SG* – rech. de conseils     | 85      | 85   | 29         | -878      | 1493    |
| Variables de prise de décisions  |         |      |            |           |         |
| GDMSINT – intuitif               | 1782    | 20   | 377        | -701      | 124     |
| ADMQSC – confiant                | 1681    | 19   | 319        | -333      | -88     |
| GDMSDEP – dépendant              | 1664    | 18   | 377        | -529      | 209     |
| GDMSRAT – rationnel              | 1506    | 16   | 335        | -818      | 610     |
| GDMSSPO – spontané               | 1428    | 16   | 435        | 13        | -383    |
| GDMSAVO – évitement              | 1377    | 10   | 488        | 637       | -480    |
| ADMQAV – évitement               | 1118    | 11   | 342        | 495       | -135    |
| ADMQPA – panique                 | 1084    | 10   | 294        | 340       | -262    |
| ADMQIM – impulsif                | 972     | 10   | 267        | 459       | 670     |
| MDMQ1TOT – sentiment envers déc  | 802     | 6    | 220        | -602      | 837     |
| MDMQ2VIG – vigilance             | 768     | 6    | 277        | -404      | -176    |
| MDMQ2HYP – panique               | 475     | 5    | 229        | 98        | -316    |
| MDMQ2BP – donner resp. à autrui  | 426     | 5    | 243        | 326       | -90     |
| MDMQ2PRO – résolution de probs   | 425     | 6    | 295        | 509       | -248    |

## Variables de sévérité du jeu

|          |     |   |      |       |       |
|----------|-----|---|------|-------|-------|
| VLBTOT   | 425 | 0 | 535  | 2014  | 4389  |
| VLBTOT*  | 10  | 0 | 3    | -375  | -798  |
| DSMTOT   | 97  | 1 | 1138 | 2956  | 13294 |
| DSMTOT*  | 16  | 0 | 22   | -1369 | 3164  |
| SOGSTOT  | 86  | 0 | 2018 | 2747  | 6964  |
| SOGSTOT* | 325 | 3 | 71   | 261   | 611   |
| LBQTOT   | 11  | 0 | 410  | 3716  | 13202 |
| LBQTOT*  | 39  | 0 | 39   | -336  | 1001  |

**Tableau 1 (suite)****Statistiques descriptives des indicateurs du modèle du jeu pathologique chez les adolescents<sup>1</sup>****Population clinique: ADOLESCENTS**

|                                  | Moyenne | Mode | Ecart-type | Asymétrie | Voissure |
|----------------------------------|---------|------|------------|-----------|----------|
| Variables de honte / culpabilité |         |      |            |           |          |
| TOSCAGUI – culpabilité           | 4833    | 46   | 1004       | -110      | -210     |
| TOSCASHA – honte                 | 4003    | 37   | 934        | -345      | 124      |
| PFQSHAME – honte                 | 1723    | 17   | 633        | 115       | 352      |
| PFQGUILT – culpabilité           | 1075    | 8    | 444        | 351       | -25      |
| Variables de coping              |         |      |            |           |          |
| SSASTOT – évitement              | 5227    | 51   | 1476       | 285       | 59       |
| CSCYCOAV – évitement cognitif    | 2536    | 32   | 636        | -111      | -614     |
| CSCYPRSO – résolution de probs   | 1876    | 20   | 499        | -330      | 524      |
| CSCYBEAV – évitement comp.       | 1425    | 17   | 419        | -30       | -123     |
| CSCYASSE – recherche d'aide      | 952     | 10   | 265        | 87        | -483     |
| CRIP2AR – résignation            | 867     | 8    | 393        | -282      | -184     |
| CRIP2PS – résolution de probs    | 846     | 12   | 373        | -114      | -49      |
| CRIP2ED – décharge émotionnelle  | 825     | 8    | 320        | -299      | 329      |
| CRIP2CA – évitement cognitif     | 794     | 9    | 384        | -81       | -529     |
| CRIP2LA – analyse logique        | 786     | 9    | 401        | -30       | -233     |
| CRIP2PR – réévaluation positive  | 774     | 10   | 378        | -356      | -596     |
| CRIP2SR – rech. récompenses      | 741     | 8    | 329        | 32        | 33       |
| CRIP2SG – rech. de conseils      | 704     | 4    | 402        | 369       | -339     |
| Variables de prise de décisions  |         |      |            |           |          |
| GDMSINT – intuitif               | 1707    | 19   | 447        | -269      | -589     |
| ADMQSC – confiant                | 1604    | 17   | 343        | 55        | -134     |
| GDMSSPO – spontané               | 1569    | 16   | 512        | -64       | -554     |
| GDMSAVO – évitement              | 1539    | 15   | 565        | 19        | -787     |

|                                 |      |    |      |       |       |
|---------------------------------|------|----|------|-------|-------|
| GDSMDEP – dépendant             | 1419 | 15 | 504  | -72   | -876  |
| ADMQAV – évitement              | 1285 | 13 | 421  | 253   | -565  |
| GDSMRAT – rationnel             | 1257 | 14 | 423  | -242  | -805  |
| ADMQIM – impulsif               | 1144 | 12 | 278  | -268  | 673   |
| ADMQPA – panique                | 1090 | 11 | 362  | 450   | -233  |
| MDMQ1TOT – sentiment envers déc | 673  | 6  | 229  | 379   | -561  |
| MDMQ2VIG – vigilance            | 596  | 6  | 271  | 179   | 253   |
| MDMQ2PRO – résolution de probs  | 560  | 6  | 290  | -233  | -168  |
| MDMQ2BP – donner resp. à autrui | 509  | 6  | 242  | -321  | -19   |
| MDMQ2HYP – panique              | 459  | 6  | 235  | -161  | -581  |
| Variables de sévérité du jeu    |      |    |      |       |       |
| VLBTOT                          | 712  | 0  | 7182 | 1091  | 1282  |
| VLBTOT*                         | 12   | 0  | 23   | -724  | -978  |
| DSMTOT                          | 161  | 0  | 2194 | 1228  | 652   |
| DSMTOT*                         | 15   | 0  | 37   | -646  | -1178 |
| SOGSTOT                         | 197  | 0  | 2725 | 1362  | 85    |
| SOGSTOT*                        | 15   | 0  | 4    | -707  | -980  |
| LBQTOT                          | 41   | 0  | 661  | 1373  | 591   |
| LBQTOT*                         | 36   | 0  | 64   | -1063 | -531  |

Le **tableau 1** nous permet de constater que, pour le *TOSCA* (échelle mesurant la honte et la culpabilité), l'émotion de culpabilité obtient une moyenne plus élevée que pour la honte; cependant, l'inverse se produit avec le *PFQ* (autre échelle mesurant la honte et la culpabilité). La distinction entre les deux émotions ne semble pas très claire. Cette observation est valable pour les trois échantillons. Au niveau du *coping*, nous pouvons remarquer que les stratégies d'évitement telles que l'évitement cognitif (*CSCYCOAV*) et l'évitement comportemental (*CSCYBEAV*) obtiennent de fortes moyennes dans les deux échantillons d'adolescents, démontrant que ces derniers utilisent souvent ce genre de stratégies. Cependant, sur le *CRI-Y* (échelle mesurant les stratégies de coping utilisées par les adolescents), les adolescents du groupe non-clinique obtiennent une moyenne supérieure sur les stratégies faisant appel à une analyse logique de la situation (*CRIP2LA*) ou lorsqu'ils réévaluent la situation sous un angle plus positif (*CRIP2PR*), deux stratégies de coping adaptées; les adolescents du groupe clinique ont plus

souvent recours à la résignation (CRIP2AR), une stratégie inadaptée qui amène la personne à accepter la situation intolérable par résignation. Par contre, en second lieu, ils utilisent une stratégie de résolution de problèmes (CRIP2PS), prouvant qu'ils disposent également de stratégies adaptées dans leur répertoire de réponses. Les jeunes adultes quant à eux, obtiennent des moyennes plus élevées au niveau des stratégies de coping adaptées, comme l'analyse logique (CRIADULA), la réévaluation positive (CRIADUPR) et la résolution de problèmes (CRIADUPS). Pour ce qui est du facteur décisionnel, nous remarquons que les adolescents, tous groupes confondus, ont plus souvent recours à une approche spontanée et intuitive (GDMSINT, GDMSSPO), tout en admettant avoir confiance en leur capacité de prendre des décisions (ADMQSC). Les adolescents semblent donc faire confiance à leurs intuitions, à leurs *feelings*: ceux du groupe clinique sont aussi moins portés vers les processus décisionnels qui demandent plus de réflexion (i.e., rationnel – GDMSRAT ou la résolution de problèmes – MDMQ2PRO). De leur côté, les jeunes adultes ont recours à des réponses intuitives (GDMSINT) et rationnelles (GDMSRAT), et ce, même s'ils ont tendance à se fier aux conseils des autres (GDMSDEP). A noter que les indices d'asymétrie et de voussure, pour les jeunes adultes et les adolescents du groupe-témoin, sont dans certains cas, élevés pour ce qui est des variables de sévérité du jeu (et ce, malgré les transformations). Vu le nombre de participants dans notre échantillon et la robustesse de la technique de modélisation par équations structurelles, cela ne devrait pas causer de problèmes.

## ***ANALYSES DE MODÈLES D'ÉQUATIONS STRUCTURELLES***

Les analyses des différents modèles d'équations structurelles ont été effectuées à l'aide du logiciel statistique *AMOS 4.0 (Analysis of Moment Structures; Arbuckle, 1997)*. Avant de procéder à la mise à l'épreuve des modèles – communément appelée l'estimation des modèles de mesure –, il convient de préciser les choix effectués relativement à la procédure d'estimation des modèles, au type de matrice analysée et à l'évaluation de la qualité de correspondance des modèles.

### **Procédure d'estimation**

L'estimation des modèles de mesure vise à trouver les paramètres de la population qui minimisent la différence entre les matrices des covariances observées et estimées en fonction d'un modèle particulier. La technique d'estimation ML ou de "probabilité maximale" (*Maximum Likelihood*) fut choisie pour les analyses. Cette méthode est la plus fréquemment retenue lors de ce type d'analyses (Tabachnick & Fidell, 1996); elle est suggérée lorsque l'échantillon regroupe entre 100 et 500 participants, comme c'est le cas dans cette étude. La méthode ML permet d'évaluer les paramètres qui ont le plus probablement été générés de l'échantillon statistique (Pedhazur & Pedhazur Schmelkin, 1991).

### **Évaluation de l'ajustement des modèles**

Il est recommandé d'examiner différents critères statistiques, puis d'effectuer le choix des modèles à retenir à partir de ces critères, tout en se référant aux considérations théoriques. Pour les fins de la présente étude, les indices statistiques suivants ont permis d'identifier les structures factorielles acceptables sur le plan statistique: i) l'indice chi-carré; ii) le carré moyen de l'erreur

d'approximation (*root mean squared error of approximation*, RMSEA; Steiger, 1990); iii) l'indice d'ajustement absolu (*goodness of fit index*, GFI; Jöreskog & Sörbom, 1996); iv) l'indice d'ajustement comparatif (*comparative fit index*, CFI; Bentler, 1990); v) l'indice de Tucker-Lewis (TLI; Tucker & Lewis, 1973). Les *scores Z* (C.R.) de chacun des paramètres (significatifs si supérieurs à 1,96) seront également utilisées pour identifier des paramètres ou des liens qui pourraient ne pas être pertinents (Byrne, 2001; Kline, 1998).

- **Indice du chi-carré ( $\chi^2$ )**

Le chi-carré ( $\chi^2$ ) est la seule mesure de la qualité de l'ajustement qui soit fondée statistiquement. Cet indice constitue une mesure d'ajustement entre le modèle théorique postulé (matrice de covariances estimée) et le modèle observé (matrice de covariances obtenue de l'échantillon) dans lequel toutes les sources possibles de corrélations entre les variables sont incluses (Byrne, 2001; Jöreskog & Sörbom, 1989). Le  $\chi^2$  est cependant sensible à la taille de l'échantillon. Par exemple, avec de grands échantillons, des différences triviales sont souvent significatives: on trouve ainsi des différences significatives quel que soit le modèle spécifié. Avec de petits échantillons, il est possible d'obtenir un ajustement acceptable même lorsqu'aucune des relations postulées dans le modèle n'est significative. Le  $\chi^2$  est jugé plus fiable lorsque la taille de l'échantillon est entre 100 et 200, comme c'est le cas ici (Kline, 1998). De plus, le ratio  $\chi^2/df$  est souvent calculé afin de réduire la sensibilité de cette mesure. Une valeur de 3 ou moins pour ce ratio est considérée adéquate (Kline, 1998). Le  $\chi^2$  est rapporté dans la présente étude, entre autre puisque les valeurs de cet indice sont nécessaires au calcul d'autres indices choisis (i.e., CFI).

- ***Carré moyen de l'erreur d'approximation (RMSEA)***

Cet indice représente la différence résiduelle moyenne entre les matrices de variances/covariances du modèle postulé et celles correspondant aux données recueillies, en fonction du nombre de degrés de liberté. Cette valeur peut varier entre 0 et 1. Le RMSEA corrige la tendance du chi-carré à rejeter n'importe quel modèle si la taille de l'échantillon est suffisamment grande. Une valeur inférieure à 0.10 est acceptable, tandis qu'une valeur inférieure à 0.05 est souhaitable (Browne & Curdeck, 1993).

- ***Indice d'ajustement absolu (GFI)***

D'abord associé au logiciel d'équations structurelles *LISREL*, cet indice est maintenant utilisé par tous les principaux logiciels de ce genre. Il indique la proportion pondérée des variances dans la matrice des covariances observées, expliquées par celles de la matrice des covariances estimées. Autrement dit, il est l'équivalent du  $R^2$  en régression multiple. Les valeurs du GFI varient entre 0 (faible ajustement) et 1 (ajustement parfait). Des valeurs supérieures à 0,90 indiquent un ajustement raisonnable (Kline, 1998)

- ***Indice d'ajustement comparatif (CFI)***

Cet indice estime la réduction relative de non-correspondance – à partir de la distribution non-centrale du chi-carré – entre le modèle proposé et le modèle d'indépendance (nul ou de base) qui spécifie des covariances ou des corrélations nulles entre chaque paire de variables mesurées (ce dernier étant toujours associé à un mauvais ajustement). Les valeurs du CFI varient entre 0 et 1, une valeur supérieure à 0.9 indiquant un ajustement adéquat entre le modèle et les données de l'échantillons (Kline, 1998).

- ***Indice de Tucker-Lewis (TLI)***

Cet indice permet de comparer des modèles alternatifs plutôt qu'un modèle avec le modèle d'indépendance. Il constitue une mesure robuste par rapport à la taille de l'échantillon. Tout comme les autres indices, sa valeur se retrouve habituellement entre 0 et 1: celle-ci peut cependant se trouver hors de cette étendue. Encore ici, une valeur supérieure à 0.90 indique habituellement un ajustement adéquat (Kline, 1998).

### ***Identification et estimation des modèles proposés***

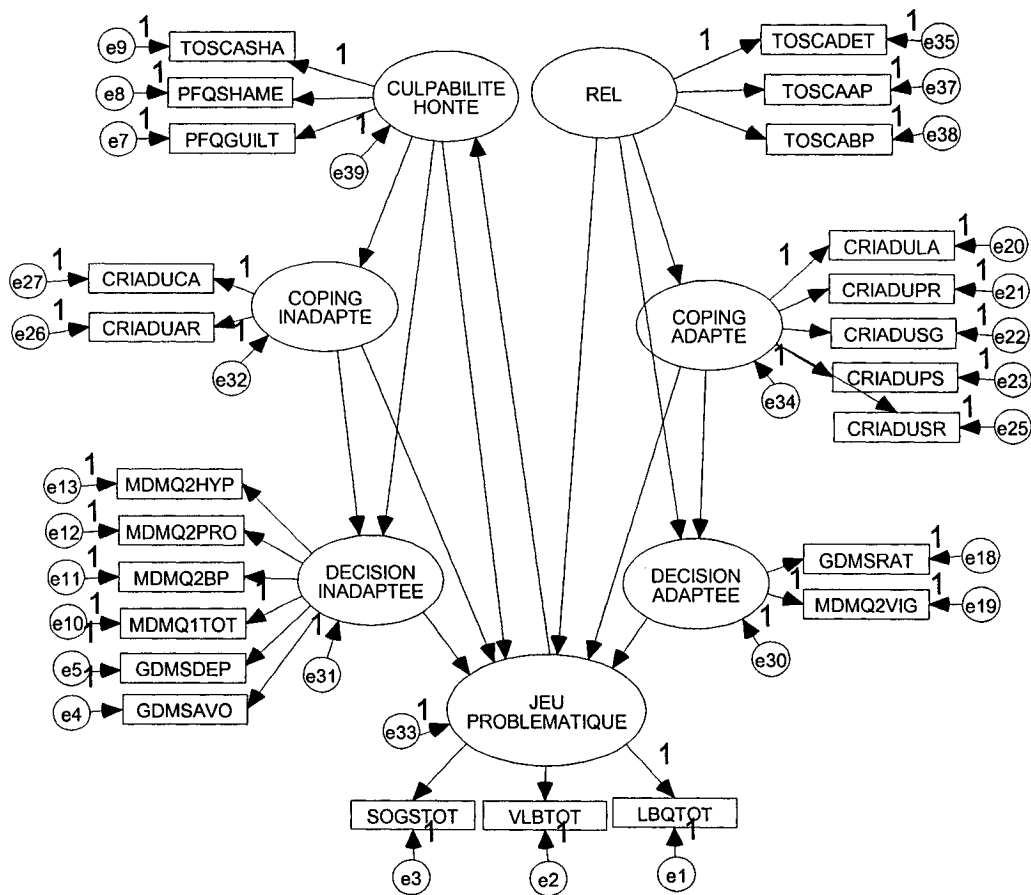
Avant d'évaluer le modèle proposé (voir Byrne, 1994, 1998), il est généralement recommandé de tester la validité des instruments de mesure par le biais d'analyses factorielles confirmatoires (*confirmatory factor analysis*, ou *CFA*), question de s'assurer de la qualité de chacun des instruments de mesure avant d'évaluer la pertinence du modèle proposé. Dans le cas présent, puisque les instruments de mesure utilisés pour ce travail sont tous des instruments statistiquement valides, souvent commercialisés, et fréquemment utilisés, et que les analyses de composantes principales nous ont permis de constater qu'ils mesuraient bien ce qu'ils prétendent mesurer – les items qui ne mesuraient pas clairement ce qu'ils devaient mesurer ayant été laissé de côté –, cette étape ne fut point nécessaire.

### ***Estimation du premier modèle proposé***

#### ***Population non-clinique: JEUNES ADULTES***

Le modèle de médiation partielle proposé pour expliquer la pathologie du jeu auprès des étudiants universitaires, présenté à la **Figure 7**, est évalué à partir de la matrice d'inter-corrélation

Figure 7. Premier modèle proposé. Les marqueurs psychologiques associés à une pathologie à l'égard des jeux de hasard et d'argent chez les JEUNES ADULTES



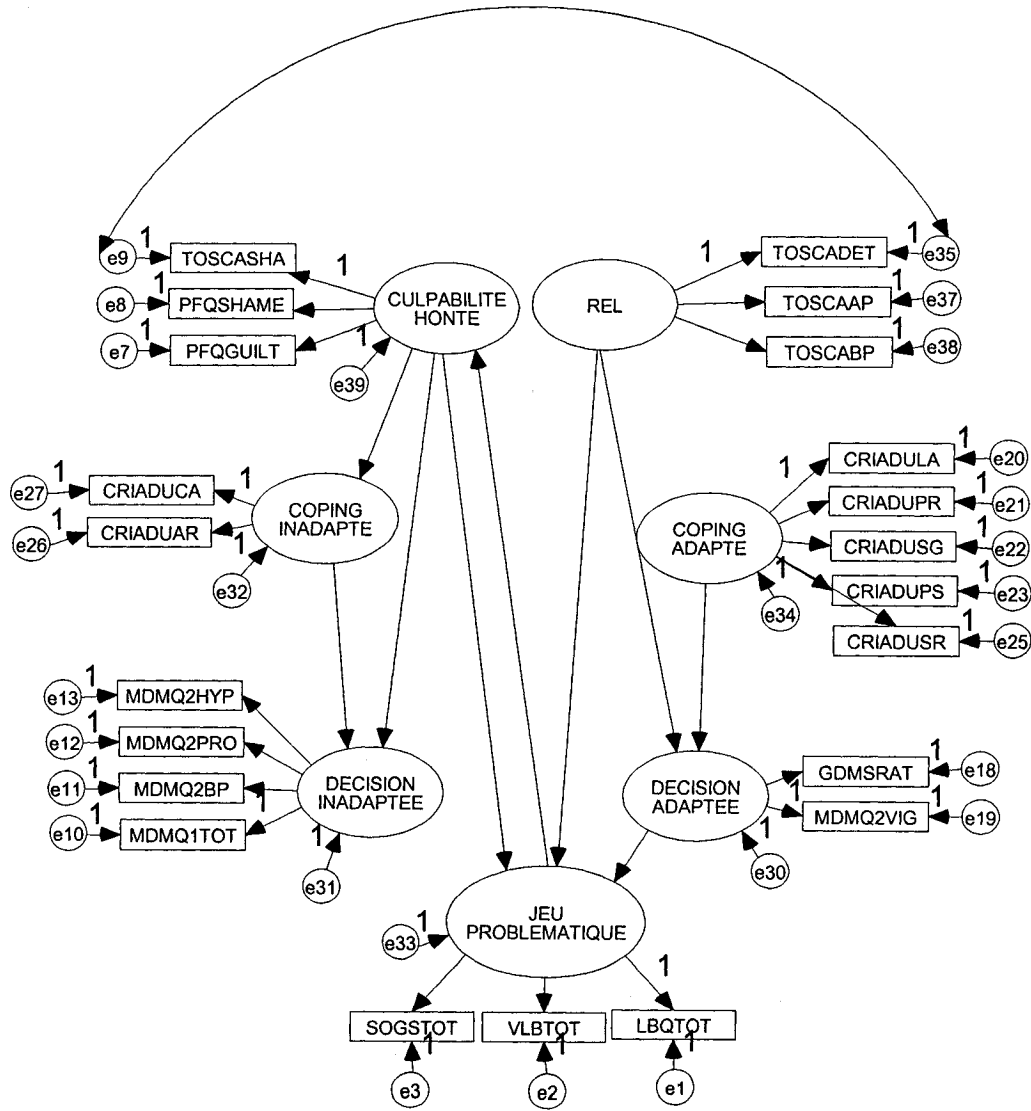
présentée à l'**annexe A**. La solution du modèle proposé démontre un ajustement non-satisfaisant ( $\chi^2 = 499,9$  ;  $df = 239$  ;  $RMSEA = 0,061$  ;  $GFI = 0,877$  ;  $TLI = 0,850$  ;  $CFI = 0,870$ ). Cependant, lorsqu'on regarde les variables de plus près, on s'aperçoit que les variables GDMSDEP et GDMSAVO ne sont pas significatives, en plus d'être liées à la fois à la prise de décision positive et négative, alors que ça ne devrait pas être le cas. De plus, ces variables disposent de nombreux liens – suggérés par les indices de modification mais non soutenus par la littérature – avec d'autres marqueurs, ce qui rend leur différenciation très difficile. La décision d'éliminer ces deux variables fut donc prise. Enfin, l'examen des indices de modification générés par *AMOS* propose l'ajout d'un lien entre les variables TOSCASHA (mesurant le niveau de honte ressentie) et TOSCADET (mesurant le niveau de détachement de la personne par rapport à la situation – réponse défensive où l'individu minimise l'importance de la situation). Ce lien peut s'expliquer par le fait que les auto-critiques (*self-judgments*) reliées à la culpabilité sont davantage sensibles aux normes de conduite internes (*internal standards of conduct*), tandis que c'est l'inverse pour la honte; en effet, les travaux de Lewis (1971), ont démontré que la honte est associée à un locus de contrôle externe (Harder, Cutler & Rockart, 1992). Or, un locus de contrôle externe réfère à une croyance que nous n'avons pas le contrôle des événements ou des renforcements que nous recevons, des forces hors de notre contrôle (foi, chance) en étant responsables (Rotter, 1966). Ce serait là une façon de protéger notre image de soi (*self-image*).

### ***Estimation du premier modèle alternatif***

#### ***Population non-clinique: JEUNES ADULTES***

L'abandon des variables GDMSDEP et GDMSAVO, et l'ajout du lien entre TOSCASHA

Figure 8. Modèle alternatif (final). Les marqueurs psychologiques associés à une pathologie à l'égard des jeux de hasard et d'argent chez les JEUNES ADULTES



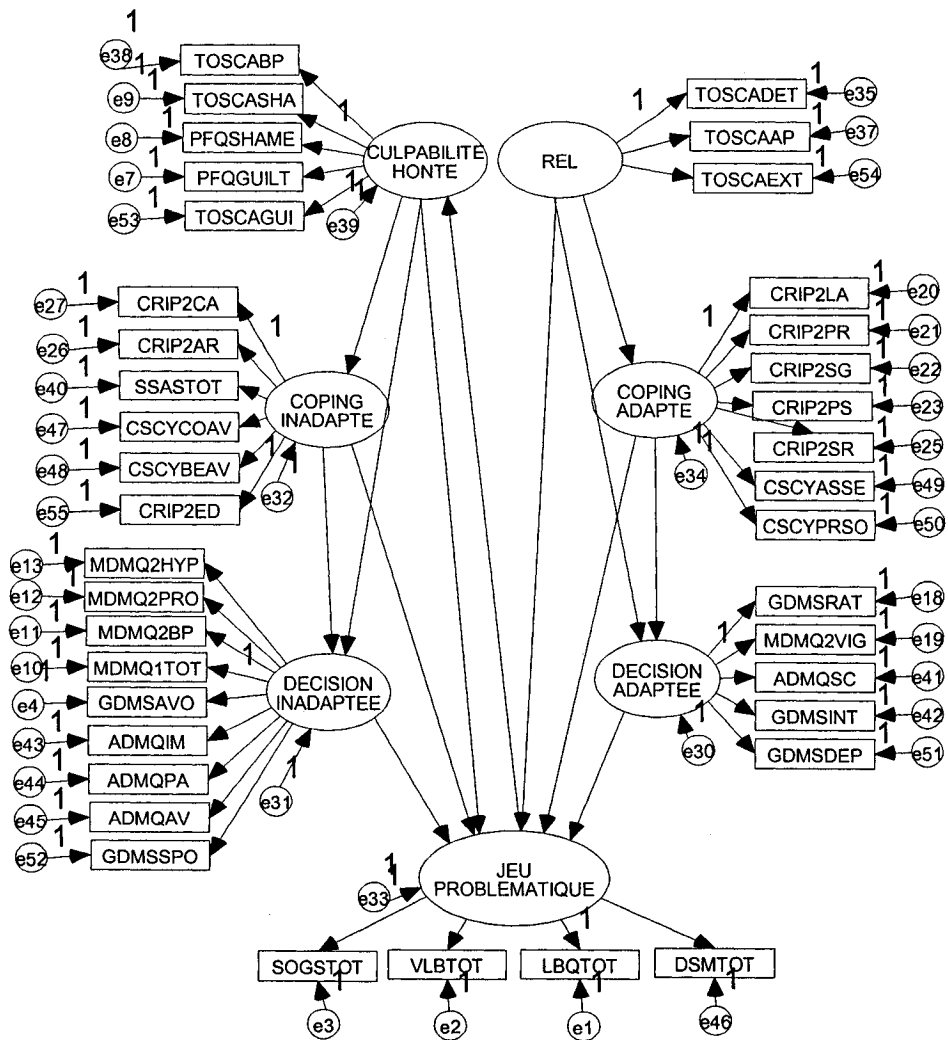
et TOSCADET nous donnent le modèle alternatif présenté à la **figure 8**. Certains liens énoncés dans nos hypothèses de recherche ne sont pas appuyés par ce modèle; de même, les liens non significatifs entre les variables latentes furent éliminés: nous y reviendrons dans la discussion. La solution du modèle proposé démontre un ajustement satisfaisant ( $\chi^2 = 351,5$  ;  $df = 199$  ;  $RMSEA = 0,051$  ;  $GFI = 0,901$  ;  $TLI = 0,901$  ;  $CFI = 0,915$ ). L'indice CFI indique que le modèle explique 91,5 % de la matrice de covariance de l'échantillon, alors que l'indice RMSEA de 0,05 représente une erreur d'approximation raisonnable. De plus, le ratio  $\chi^2/df$  est de 1,76, une valeur très acceptable (Kline, 1998). Étant donné les indices d'ajustement obtenus, le modèle présenté à la **figure 8** est considéré comme le modèle final pour cet échantillon. Ce dernier nous servira également de point de départ pour trouver un modèle pouvant s'ajuster aux variables (similaires ou identiques) des autres échantillons, les différences d'âge étant somme toute, minimales entre les échantillons.

### *Estimation du modèle proposé*

#### *Population non-clinique: ADOLESCENTS*

Le modèle proposé pour expliquer la pathologie du jeu auprès des adolescents du groupe non-clinique, présenté à la **Figure 9**, est évalué à partir de la matrice de covariance (inter-corrélation) présentée à l'**annexe B**. La solution du modèle proposé démontre un ajustement non-satisfaisant ( $\chi^2 = 3169,9$  ;  $df = 694$  ;  $RMSEA = 0,121$  ;  $GFI = 0,584$  ;  $TLI = 0,861$  ;  $CFI = 0,389$ ). Une valeur élevée du  $\chi^2$  indique que les matrices des covariances observées et estimées sont différentes: ce qui signifie que le modèle ne s'ajuste pas aux données (Kline, 1998). À noter que dans ce cas, malgré les modifications proposées par les indices – qui s'appuient sur un fondement théorique – aucun modèle alternatif n'est jugé satisfaisant. Aucun modèle n'est donc

Figure 9. Modèle proposé. Les marqueurs psychologiques associés à une pathologie à l'égard des jeux de hasard et d'argent chez les ADOLESCENTS des groupes CLINIQUE & NON-CLINIQUE



en mesure de s'ajuster aux données recueillies auprès de nos adolescents qui composent le groupe non-clinique.

### ***Estimation du modèle proposé***

#### ***Population clinique: ADOLESCENTS***

Le modèle de base proposé pour expliquer la pathologie du jeu auprès des adolescents du groupe clinique, identique au modèle présenté à la **Figure 9**, est évalué à partir de la matrice de covariance (inter-corrélation) présentée à l'**annexe C**. Comme prévu, la solution du modèle proposé démontre un ajustement non-satisfaisant ( $\chi^2 = 4866,0$  ;  $df = 693$  ;  $RMSEA = 0,167$  ;  $GFI = 0,440$  ;  $TLI = 0,264$  ;  $CFI = 0,311$ ). Ici encore, aucune modification, aucun lien ne permet d'améliorer le modèle de façon significative.

### ***Régression logistique***

Des analyses de régression logistique ont été réalisées afin de vérifier si les marqueurs - prédicteurs dans un groupe étaient identiques à ceux des autres groupes. Ainsi, nous avons pu déterminer l'effet additif de nos prédicteurs: quelles variables peuvent prédire la probabilité de la présence d'une pathologie envers les jeux de hasard et d'argent? Pour ce faire, notre variable dépendante n'étant pas de nature dichotomique, il a fallu créer une nouvelle variable dichotomique (SOGSDICH) nous permettant de prédire la présence d'un problème de jeu "potentiel" ou "probable" (évaluée par un score de 3 ou plus sur le *SOGS* – voir Dubé *et al.*, 1996).

Une analyse de régression logistique par étapes (*stepwise – pour évaluer l'effet additif de mes prédicteurs*) utilisant le critère de vraisemblance maximale (*maximum likelihood*) fut réalisée

pour l'échantillon de jeunes adultes ainsi que pour chacun des échantillons d'adolescents afin d'identifier les variables qui sont en mesure de contribuer significativement à la prédiction de la probabilité d'avoir des problèmes de jeu compulsif. Le critère de vraisemblance maximale permet de trouver la fonction qui maximise notre capacité de prédire la probabilité de notre variable dépendante à partir de ce qu'on l'on sait de nos prédicteurs. Tous les prédicteurs (variables indépendantes) furent inclus dans l'analyse, sauf, bien entendu, les variables mesurant la sévérité des problèmes de jeu (LBQTOT, SOGSTOT, DSMTOT, VLBTOT). Le modèle retenu est celui qui parvient le mieux à prédire la probabilité de notre variable dépendante tout en ayant recours à un minimum de prédicteurs. Les résultats obtenus à l'aide du logiciel *SPSS* (variables significatives), sont présentés dans le **tableau 3**.

**Tableau 3. Analyses de régression logistique sur la variable SOGSDICH**

| Variables                        | Coefficient B | Exp(B)   | sig.p<0,05 | Nagelkerke R2 |
|----------------------------------|---------------|----------|------------|---------------|
| <b>JEUNES ADULTES</b>            |               |          |            | 0,074         |
| PFQGUILT                         | 0,150         | 1,161    | 0,015      |               |
| TOSCAGUI                         | -0,068        | 0,935    | 0,038      |               |
| <b>ADOLESCENTS: NON-CLINIQUE</b> |               |          |            | 0,865         |
| TOSCABP                          | -0,967        | 0,380    | 0,004      |               |
| CSCYPRSO                         | -0,459        | 0,632    | 0,006      |               |
| ADMQPA                           | -1,680        | 0,186    | 0,002      |               |
| ADMQAV                           | -1,718        | 0,179    | 0,005      |               |
| MDMQ1TOT                         | -3,332        | 0,036    | 0,001      |               |
| MDMQ2BP                          | 4,843         | 126,906  | 0,001      |               |
| MDMQ2PRO                         | -0,944        | 0,389    | 0,014      |               |
| GDMSDEP                          | -1,041        | 0,353    | 0,006      |               |
| TOSCADET                         | -0,355        | 0,701    | 0,025      |               |
| CRIP2SG                          | 0,380         | 1,462    | 0,001      |               |
| CRIP2ED                          | -1,316        | 0,268    | 0,001      |               |
| CONSTANTE                        | 97,506        | 2,22E+42 | 0,001      |               |
| <b>ADOLESCENTS: CLINIQUE</b>     |               |          |            | 0,505         |
| CSCYASSE                         | -0,263        | 0,769    | 0,021      |               |
| ADMQSC                           | 0,207         | 1,229    | 0,02       |               |
| ADMQIM                           | 0,493         | 1,636    | 0,001      |               |
| MDMQ2BP                          | -0,245        | 0,783    | 0,024      |               |
| GDMSAVO                          | 0,198         | 1,219    | 0,000      |               |
| TOSCASHA                         | 0,079         | 1,083    | 0,023      |               |
| CRIP2PR                          | 0,323         | 1,381    | 0,000      |               |
| CRIP2SG                          | 0,315         | 1,370    | 0,000      |               |
| CRIP2PS                          | -0,417        | 0,659    | 0,000      |               |
| TOSCABP                          | -0,603        | 0,547    | 0,000      |               |
| CONSTANTE                        | -5,228        | 0,005    | 0,043      |               |

Ces analyses nous ont permis de constater à quel point les jeunes adultes différaient des adolescents: Pour le groupe de jeunes adultes, notre modèle a obtenu un bon ajustement avec un minimum de variables, soit les deux variables (PFQGUILT et TOSCAGUI) mesurant le niveau

de culpabilité ressenti chez les participants ( $\chi^2 = 9,179$ ,  $p = 0,010$ , Nagelkerke  $R^2 = 0,074$ ); tandis que chez les adolescents, ces variables ne contribuent aucunement à la prédiction de la probabilité qu'un des leurs ait un problème de jeu excessif. En effet, l'équation de prédiction optimale pour les adolescents du groupe non-clinique regroupe 11 variables ( $\chi^2 = 141,936$ ,  $p = 0,000$ , Nagelkerke  $R^2 = 0,865$ ), alors que celle pour les adolescents du groupe clinique en retient 10 ( $\chi^2 = 93,798$ ,  $p = 0,000$ , Nagelkerke  $R^2 = 0,505$ ). De ce nombre, les deux groupes se partagent uniquement 3 prédicteurs, soit le fait de rechercher des conseils et du soutien pour mieux affronter un stressor (CRIP2SG), le fait de donner la responsabilité à autrui lorsque vient le temps de prendre une décision, ou d'omettre de le faire dans le cas des adolescents du groupe clinique (MDMQ2BP) et le peu de fierté que l'on retire suite à un comportement effectué (TOSCABP). Ces résultats viennent confirmer l'existence de différences notables non seulement entre les adolescents et les jeunes adultes, mais aussi entre les adolescents des groupes clinique et non-clinique.

De plus, les tableaux de classification – qui nous permettent de comparer les valeurs prédites pour la variable dépendante avec les données observées – nous montrent des taux impressionnants pour le groupe d'adolescents non-clinique, soit de 98,6 % pour l'absence de problèmes liés au jeu et de 92,9 % pour la présence de tels problèmes, alors que le taux de classification global est de 98 %. Pour le groupe clinique, ces taux sont respectivement de 92,9 %, 62,3 % et de 84,3 % pour le taux de classification global. Enfin, pour les jeunes adultes, les taux de 100 % pour l'absence de problèmes de jeu, de 0 % pour leur présence, et de 92,5 % comme taux global, semblent indiquer une sur-classification (*overclassification*) au sein du groupe le plus imposant (N= 295: 0= 273, 1= 22) (Tabachnik & Fidell, 1996).

## ANALYSES EXPLORATOIRES

### *Comparaisons multi-groupes*

Puisque qu'aucun modèle d'équations structurelles ne s'ajuste aux données des échantillons d'adolescents, des *comparaisons multi-groupes* ont été utilisées pour vérifier s'il existait une différence au niveau des moyennes entre les groupes clinique et non-clinique pour une variable latente donnée. Pour ce faire, l'identification des modèles proposés a dû se faire en fonction de chacun des groupes, puisqu'il est possible qu'un modèle ne soit pas identifié pour un groupe particulier, tandis qu'il pourrait tout aussi bien l'être dans le contexte d'une analyse multi-groupe. Ensuite, en introduisant une structure de moyennes, nous avons pu vérifier la similarité des moyennes des variables latentes (ou facteurs) pour nos deux différents groupes.

Les "sous-modèles" hypothétiques proposés pour découvrir les relations entre les divers marqueurs associés au développement de la pathologie envers les jeux de hasard et d'argent, sont présentés en annexe (voir **Annexe D**) afin d'alléger le texte. Un tableau présentant tous les indices d'ajustement rapportés est aussi présenté à l'**Annexe D**. Les hypothèses statistiques en rapport avec les sous-modèles d'équations structurelles sont les suivantes:

#### *Modèle 1*

Hypothèse: Les adolescents seront en mesure de faire la distinction entre un sentiment de honte et un sentiment de culpabilité.

La solution pour le sous-modèle estimé auprès de notre groupe non-clinique d'adolescents, présentée à la **figure 8** (voir **modèle 1, Annexe D**), démontre un ajustement faible

et non-satisfaisant ( $\chi^2 = 52,5$ ;  $df = 1$ ;  $RMSEA = 0,46$ ;  $GFI = 0,911$ ;  $TLI = -1,078$ ;  $CFI = 0,654$ ).

Il convient donc d'étudier un modèle alternatif nous permettant d'obtenir un ajustement plus adéquat.

La solution pour le sous-modèle estimé auprès de la population clinique est identique à celle de la **figure 8**; elle démontre quant à elle, un ajustement satisfaisant ( $\chi^2 = 3,5$ ;  $df = 1$ ;  $RMSEA = 0,107$ ;  $GFI = 0,992$ ;  $TLI = 0,923$ ;  $CFI = 0,987$ ).

### ***Modèle 1.1 – Solutions alternatives***

Les solutions pour les sous-modèles estimés, présentées aux **figures 9 et 10 (modèle 1.1, Annexe D)** et établies en fonction des indices de modification suggérés par le logiciel *AMOS* – modifications qui sont théoriquement justifiables – démontrent un ajustement satisfaisant, autant pour les adolescents du groupe clinique ( $\chi^2 = 4,3$ ;  $df = 2$ ;  $RMSEA = 0,073$ ;  $GFI = 0,990$ ;  $TLI = 0,964$ ;  $CFI = 0,988$ ) que pour ceux du groupe non-clinique ( $\chi^2 = 2,8$ ;  $df = 1$ ;  $RMSEA = 0,085$ ;  $GFI = 0,994$ ;  $TLI = 0,929$ ;  $CFI = 0,988$ ). En effet, puisque nous cherchons à comparer les deux populations d'adolescents (comparaisons multi-groupes), nous avons opté pour des structures identiques en ce qui à trait aux variables de honte et de culpabilité. Nous avons donc vérifié si la structure qui convenait aux adolescents de la population non-clinique, se retrouvait également au sein des adolescents composant l'échantillon clinique. Au sein du groupe non-clinique, le lien entre les variables résiduelles des variables mesurant la culpabilité (PFQGUILT) et la honte (PFQSHAME) fut ajouté afin d'améliorer l'ajustement du modèle, d'autant plus que la littérature sur la difficulté de distinction des émotions de honte et de culpabilité appuie la pertinence de ce lien sur le plan empirique. En effet, il appert qu'il existe très peu d'expériences "classiques" ou de situations pouvant provoquer spécifiquement (et uniquement) de la honte ou de la culpabilité

(Tangney, 1992; Tangney *et al.*, 1994). Lors d'études et d'analyses au sujet de la honte et de la culpabilité auprès d'enfants et d'adultes, la plupart des événements (i.e., mentir, tricher, voler, échouer dans sa tentative d'aider quelqu'un, désobéir à ses parents, etc.) ont été cités par certains participants en relation avec des épisodes de honte, et par d'autres, en relation avec des épisodes de culpabilité. En d'autres mots, le sous-modèle suggéré propose que les adolescents ne font pas une distinction claire entre une émotion de honte et une émotion de culpabilité. Dans une étape ultérieure, nous serons donc en mesure de comparer ces sous-modèles et d'estimer la différence de moyennes relatives de notre variable latente (nouvellement nommée **honte / culpabilité**) pour nos deux échantillons d'adolescents.

### **Modèle 2**

Hypothèse: Les émotions de honte et de culpabilité seront positivement corrélés aux stratégies de *coping* inadaptées (i.e., évitement).

La solution pour le sous-modèle estimé auprès de notre échantillon non-clinique, présentée à la **figure 11 (modèle 2, Annexe D)**, démontre un ajustement faible et non-satisfaisant ( $\chi^2 = 324,8$ ;  $df = 43$ ;  $RMSEA = 0,164$ ;  $GFI = 0,782$ ;  $TLI = 0,44$ ;  $CFI = 0,562$ ). Il convient donc d'étudier un modèle alternatif nous permettant d'obtenir un ajustement plus adéquat.

La solution pour le sous- modèle estimé avec notre groupe clinique, identique à celle de la **figure 11 (modèle 2, Annexe D)**, démontre aussi un ajustement faible et non-satisfaisant ( $\chi^2 = 382,8$ ;  $df = 43$ ;  $RMSEA = 0,191$ ;  $GFI = 0,77$ ;  $TLI = 0,44$ ;  $CFI = 0,562$ ). Comme dans les cas précédents, il convient donc de tenter de déterminer un modèle alternatif qui s'ajusterait mieux aux données observées.

**Modèle 2.1 – Solutions alternatives**

Les solutions pour les sous-modèles estimés au sein des groupes clinique et non-clinique, sont présentées aux **figures 12 et 13 (modèle 2.1, Annexe D)**; elles sont établies en fonction des indices de modification suggérés par le logiciel *AMOS* – qui sont défendables sur le plan théorique – et démontrent des ajustements non-satisfaisants, autant pour les adolescents du groupe clinique ( $\chi^2 = 232,2$ ;  $df = 40$ ;  $RMSEA = 0,149$ ;  $GFI = 0,847$ ;  $TLI = 0,659$ ;  $CFI = 0,752$ ) que pour ceux du groupe non-clinique ( $\chi^2 = 115,2$ ;  $df = 38$ ;  $RMSEA = 0,091$ ;  $GFI = 0,92$ ;  $TLI = 0,827$ ;  $CFI = 0,88$ ). Si on regarde de plus près le contenu des items de l'inventaire *CRI-Youth version* (mesurant les réponses de coping), il est permis de croire que les adolescents n'ont pas nécessairement fait une différence entre les différents types de réponses d'évitement (i.e., CRIP2AR: accepter une situation, se résigner, et CRIP2ED: "vider son sac", émotionnellement parlant): cependant, la distinction entre les réponses d'évitement et les réponses d'approche est évidente. De même, pour les mêmes raisons énoncées dans le sous-modèle précédent, les sous-échelles de honte (TOSCASHA) et de culpabilité (TOSCAGUI) ne furent pas distinguées clairement par les adolescents du groupe non-clinique, ce qui justifie le lien entre les deux variables.

En d'autres mots, les sous-modèles suggérés (**modèle 2.1**) ne s'ajustent pas aux données, laissant sous-entendre qu'il n'y a pas de lien entre le fait de ressentir de la honte et/ou de la culpabilité, et le fait d'opter pour des stratégies de coping inadéquates ou inadaptées. Nous ne pourrions donc pas effectuer de comparaisons entre les groupes puisque le lien proposé ne s'avère point significatif.

**Modèle 3**

Hypothèse: Les émotions de honte et de culpabilité seront négativement corrélés à la prise de décisions adaptées.

La solution pour le sous-modèle estimé auprès de la population non-clinique, présentée à la **figure 14 (modèle 3, Annexe D)**, démontre un ajustement faible et non-satisfaisant ( $\chi^2 = 236,6$ ;  $df = 26$ ;  $RMSEA = 0,183$ ;  $GFI = 0,821$ ;  $TLI = 0,277$ ;  $CFI = 0,478$ ).

Pour le groupe clinique, la solution, qui est identique à celle de la **figure 14 (modèle 3, Annexe D)**, démontre également un ajustement faible et non-satisfaisant ( $\chi^2 = 218,4$ ;  $df = 26$ ;  $RMSEA = 0,185$ ;  $GFI = 0,822$ ;  $TLI = 0,488$ ;  $CFI = 0,63$ ). Comme dans les cas similaires, il convient donc d'étudier un modèle alternatif qui s'ajusterait mieux aux données observées.

**Modèle 3.1 – Solutions alternatives**

Les solutions pour les sous-modèles estimés, présentées aux **figures 15 et 16 (modèle 3.1, Annexe D)** et établies en fonction des indices de modification suggérés par le logiciel *AMOS*, démontrent des ajustements non-satisfaisants pour les adolescents du groupe non-clinique ( $\chi^2 = 63,4$ ;  $df = 17$ ;  $RMSEA = 0,106$ ;  $GFI = 0,941$ ;  $TLI = 0,712$ ;  $CFI = 0,825$ ) tandis que les adolescents du groupe clinique obtiennent un ajustement satisfaisant ( $\chi^2 = 57,1$ ;  $df = 17$ ;  $RMSEA = 0,105$ ;  $GFI = 0,938$ ;  $TLI = 0,848$ ;  $CFI = 0,908$ ).

Dans le groupe clinique, un lien a été ajouté entre les sous-échelles de confiance face à la prise de décisions (ADMQSC) et celle de dépendance (GDMSDEP): comme l'affirment Loo (2000) et Phillips *et al.* (1984), un point commun unit ces deux types de stratégies: les décideurs dits "dépendants" ne tentent pas d'éviter de prendre une décision. Ils tentent plutôt, comme le font les décideurs qui ont confiance en leur capacité de prendre des décisions, d'acquiescer de

l'information de manière structurée ou méthodique. Ils sont ainsi du type "pensée logique" plutôt que du type "sensation" (*feeling*) (Scott & Bruce, 1995). Les mêmes commentaires sont aussi valables pour justifier le lien entre un type de décision rationnel (GDMSRAT) et dépendant (GDMSDEP).

En d'autres mots, le sous-modèle suggéré ne s'ajuste pas aux données pour les adolescents du groupe non-clinique, laissant sous-entendre qu'il n'y a pas de lien entre le fait de prendre des décisions adéquates ou adaptées et de ne pas ressentir de honte et/ou de culpabilité (absence de "sentiments négatifs") chez ces derniers. Chez les adolescents du groupe clinique cependant, les résultats nous portent à croire que ce soit le cas. Malheureusement, une comparaison entre les différences de moyennes latentes des deux échantillons ne peut être réalisée en raison des ajustements non-conformes entre les sous-modèles des deux échantillons.

#### ***Modèle 4***

Hypothèse: Les adolescents qui ont recours à des stratégies de coping adaptées seront davantage en mesure de prendre des décisions adéquates ou adaptées.

La solution pour le sous-modèle estimé, présentée à la **figure 17 (modèle 4, Annexe D)**, démontre un ajustement faible et non-satisfaisant autant pour le groupe non-clinique ( $\chi^2 = 202,9$ ;  $df = 43$ ;  $RMSEA = 0,124$ ;  $GFI = 0,865$ ;  $TLI = -0,617$ ;  $CFI = 0,7$ ), que pour le groupe clinique ( $\chi^2 = 356,3$ ;  $df = 43$ ;  $RMSEA = 0,184$ ;  $GFI = 0,764$ ;  $TLI = 0,558$ ;  $CFI = 0,654$ ). Un modèle alternatif nous permettra possiblement d'obtenir un ajustement plus adéquat avec les données recueillies.

#### ***Modèle 4.1 – Solutions alternatives***

Les solutions pour les sous-modèles alternatifs estimés, présentées aux **figures 18 et 19**

(modèle 4.1), démontrent des ajustements satisfaisants pour les adolescents du groupe non-clinique ( $\chi^2 = 73,4$ ;  $df = 36$ ;  $RMSEA = 0,065$ ;  $GFI = 0,949$ ;  $TLI = 0,893$ ;  $CFI = 0,93$ ) et pour ceux du groupe clinique ( $\chi^2 = 127,8$ ;  $df = 37$ ;  $RMSEA = 0,107$ ;  $GFI = 0,901$ ;  $TLI = 0,851$ ;  $CFI = 0,9$ ).

Dans les deux groupes, un certain nombre de liens furent ajoutés pour améliorer l'ajustement des sous-modèles. Ainsi, dans l'échantillon non-clinique, les sous-échelles de résolution de problèmes comme stratégie de coping (CRIP2PS) et de prise de décision rationnelle (GDMSRAT) furent liées puisqu'elles décrivent une façon similaire d'approcher un problème, c'est-à-dire, en prenant la peine d'étudier les différentes alternatives possibles et d'analyser les pour et contre de chacune, avant d'opter pour la meilleure alternative. Comme nous en avons discuté un peu plus tôt dans ce texte, la prise de décision ou le fait de ne pas prendre de décision en réponse à un défi, une menace, ou une situation problématique est un aspect central du processus de *coping*.

En fait, les stratégies de résolution de problèmes et les actions prises lorsqu'un individu fait un choix témoignent d'une bonne ou mauvaise réponse de *coping*. En somme, les processus décisionnels et les stratégies de coping utilisés pour gérer les nombreux problèmes qui accompagnent les choix difficiles, sont étroitement liés (Mann & Friedman, 1999). Les échelles CRIP2SG (coping: recherche d'aide ou de soutien) et CSCYASSE (coping: recherche d'aide ou de soutien) décrivent essentiellement les mêmes comportements: seule l'échelle de mesure diffère (*CRI*: Moos, 1993 vs *CSCY*: Brodzinsky *et al.*, 1992). La variable CSCYPRSO (coping: résolution de problèmes) est aussi liée à l'échelle de recherche d'aide ou de soutien (CSCYASSE), tout comme elle est liée à l'échelle de vigilance face à une décision

(MDMQVIG), en raison de leur côté "méthodique-constructif", en ce sens qu'elles mesurent toutes trois des comportements d'approche face à un problème, en plus de suggérer une démarche à suivre pour parvenir à régler ou à mieux gérer la difficulté: Westman et Shirom (1995) de même que Lazarus et Folkman (1984), parlent de coping "actif ou direct" (*direct and active coping*) pour décrire les stratégies de coping qui sont orientées vers une prise de contrôle et dirigées vers le problème en cause. Le recours au coping "actif ou direct" s'effectue normalement lorsque la personne croit que quelque chose de constructif peut se faire avec le stresser, contrairement au coping "indirect", où la personne croit que la seule chose à faire est d'endurer (ou de subir) la situation (Folkman & Lazarus, 1980; McCrae, 1984). Pour les mêmes raisons, les variables CRIP2LA (*coping*: analyse logique) et GDMSRAT (prise de décisions: rationnel) et CRIP2LA et MDMQ2VIG (prise de décisions: vigilance), furent liées. Enfin, parce qu'elles mesurent le même type de réponse, les échelles de vigilance (MDMQ2VIG) et de rationalité (GDMSRAT) face à une décision furent également liées.

Au sein de l'échantillon clinique, nous avons également dû procéder à des ajustements pour améliorer notre modèle. Ainsi, la variable GDMSDEP (prise de décisions: dépendant) fut liée à la variable de rationalité face à la prise de décisions (GDMSRAT) puis à la recherche d'aide ou de soutien comme stratégie de coping (CRIP2SG), parce qu'elles mesurent toutes des approches orientées vers le problème, comme nous l'avons expliqué précédemment. Pour les mêmes raisons, les variables de résolution de problèmes (CSCYPRSO) et de rationalité face à une décisions (GDMSRAT) furent aussi reliées.

En d'autres mots, les sous-modèles suggérés estiment adéquatement la relation entre le recours aux stratégies de *coping* adaptées par les adolescents et le fait de prendre des décisions

adéquates ou adaptées. Nous serons donc en mesure de comparer ces deux sous-modèles alternatifs afin d'estimer la différence de moyennes relatives de la variable latente, soit le processus décisionnel adapté.

### ***Modèle 5***

Hypothèse: Les adolescents qui ont recours à des stratégies de *coping* inadaptées auront tendance à prendre des décisions inadéquates ou inadaptées.

La solution pour le sous-modèle estimé, présentée à la **figure 20 (modèle 5, Annexe D)**, démontre un ajustement faible et non-satisfaisant autant pour le groupe non-clinique ( $\chi^2 = 536,5$ ;  $df = 89$ ;  $RMSEA = 0,144$ ;  $GFI = 0,765$ ;  $TLI = 0,468$ ;  $CFI = 0,549$ ), que pour le groupe clinique ( $\chi^2 = 722,3$ ;  $df = 89$ ;  $RMSEA = 0,181$ ;  $GFI = 0,689$ ;  $TLI = 0,444$ ;  $CFI = 0,529$ ). Il convient donc, dans les deux cas, d'étudier un modèle alternatif nous permettant d'obtenir un ajustement plus adéquat avec les données recueillies.

### ***Modèle 5.1 – Solutions alternatives***

Les **figures 21 et 22 (modèle 5.1, Annexe D)**, nous offrent les solutions alternatives pour le sous-modèle proposé. Elles démontrent des ajustements non-satisfaisants pour les adolescents du groupe non-clinique ( $\chi^2 = 331,1$ ;  $df = 74$ ;  $RMSEA = 0,12$ ;  $GFI = 0,842$ ;  $TLI = 0,637$ ;  $CFI = 0,705$ ) et pour ceux du groupe clinique ( $\chi^2 = 566,8$ ;  $df = 85$ ;  $RMSEA = 0,162$ ;  $GFI = 0,747$ ;  $TLI = 0,557$ ;  $CFI = 0,641$ ).

Les sous-modèles suggérés n'estiment pas adéquatement la relation attendue entre le recours aux stratégies de coping inadaptées et le fait de prendre des décisions inadéquates ou inadaptées: une comparaison multi-groupes ne serait donc pas justifiée.

**Modèle 6**

Hypothèse: Les adolescents qui ont recours à des stratégies de coping adaptées auront moins tendance à adopter des comportements problématiques envers les jeux de hasard et d'argent.

La solution pour le modèle estimé, présentée à la **figure 23 (modèle 6, Annexe D)**, démontre un ajustement satisfaisant autant pour le groupe non-clinique ( $\chi^2 = 66,0$ ;  $df = 26$ ; RMSEA = 0,08; GFI = 0,943; TLI = 0,88; CFI = 0,913), que pour le groupe clinique ( $\chi^2 = 114,6$ ;  $df = 26$ ; RMSEA = 0,126; GFI = 0,911; TLI = 0,878; CFI = 0,912). Il n'y a donc pas lieu, dans ce cas, d'étudier des modèles alternatifs puisque le sous-modèle initialement proposé s'ajuste bien aux données, confirmant le lien entre les stratégies de coping adaptées ou adéquates et l'absence de problèmes reliés au jeu (corrélations négatives). Une comparaison entre les deux groupes nous indiquera s'il existe une différence significative entre les variables de *coping* adapté.

**Modèle 7**

Hypothèse: Les adolescents qui ont recours à des stratégies de *coping* inadéquates auront davantage tendance à adopter des comportements problématiques envers les jeux de hasard et d'argent.

La solution pour le sous-modèle estimé, présentée à la **figure 24 (modèle 7, Annexe D)**, démontre un ajustement non-satisfaisant tant pour le groupe non-clinique ( $\chi^2 = 261,5$ ;  $df = 34$ ; RMSEA = 0,166; GFI = 0,823; TLI = 0,488; CFI = 0,613), que pour le groupe clinique ( $\chi^2 = 301,1$ ;  $df = 34$ ; RMSEA = 0,191; GFI = 0,794; TLI = 0,638; CFI = 0,727). Il convient donc d'étudier un modèle alternatif permettant d'obtenir un ajustement plus adéquat avec les données

recueillies.

### ***Modèle 7.1 – Solutions alternatives***

La solution pour le sous-modèle estimé, présentée à la **figure 25 (modèle 7.1, Annexe D)** et établie en fonction des indices de modification suggérés par le logiciel *AMOS*, démontre des ajustements satisfaisants pour les adolescents du groupe non-clinique ( $\chi^2 = 87,7$ ;  $df = 31$ ; RMSEA = 0,087; GFI = 0,935; TLI = 0,86; CFI = 0,904) bien que ce ne soit pas tout à fait le cas pour les adolescents du groupe clinique ( $\chi^2 = 137,9$ ;  $df = 31$ ; RMSEA = 0,126; GFI = 0,89; TLI = 0,841; CFI = 0,891).

Tous les liens qui furent ajoutés trouvent leur justification dans la littérature. La pertinence de tous ces liens fut discutée dans les modèles précédents. Seul le lien entre les variables d'évitement cognitif (CSCYCOAV et CRIP2CA), qui constituent toutes deux des stratégies de coping – mesurées par deux différents outils –, vient s'ajouter.

En d'autres mots, le sous-modèle suggéré n'estime pas clairement la relation attendue entre le recours aux stratégies de coping inadaptées et le fait d'adopter des comportements pathologiques envers le jeu, chez les adolescents qui composent le groupe clinique. Une comparaison multi-groupes ne pourra donc pas être effectuée entre ces deux groupes.

### ***Modèle 8***

Hypothèse: Les adolescents qui optent pour des stratégies de prise de décisions adaptées auront moins tendance à adopter des comportements problématiques envers les jeux de hasard et d'argent.

La solution pour le sous-modèle estimé, présentée à la **figure 26 (modèle 8, Annexe D)**, démontre un ajustement non-satisfaisant tant pour le groupe non-clinique ( $\chi^2 = 88,7$ ;  $df = 26$ ;

RMSEA = 0,1; GFI = 0,927; TLI = 0,699; CFI = 0,783), que pour le groupe clinique ( $\chi^2 = 181,2$ ;  $df = 26$ ; RMSEA = 0,166; GFI = 0,849; TLI = 0,723; CFI = 0,8). Il convient donc d'étudier un modèle alternatif nous permettant d'obtenir un ajustement plus adéquat avec les données recueillies.

### ***Modèle 8.1 – Solutions alternatives***

Les solutions pour les sous-modèles estimés, présentées aux **figures 27 et 28 (modèle 8.1, Annexe D)** et établies en fonction des indices de modification suggérés par le logiciel *AMOS*, solutions qui sont supportées par la théorie (voire explications dans les exemples précédents), démontrent des ajustements peu satisfaisants pour les adolescents du groupe non-clinique ( $\chi^2 = 66,8$ ;  $df = 25$ ; RMSEA = 0,083; GFI = 0,946; TLI = 0,791; CFI = 0,855) tout comme pour les adolescents du groupe clinique ( $\chi^2 = 130,3$ ;  $df = 25$ ; RMSEA = 0,14; GFI = 0,895; TLI = 0,804; CFI = 0,864).

En d'autres mots, les sous-modèles suggérés n'estiment pas clairement la relation attendue entre le recours aux stratégies décisionnelles adaptées et le fait de ne pas adopter des comportements pathologiques envers le jeu.

### ***Modèle 9***

Hypothèse: Les adolescents qui optent pour des stratégies de prise de décisions inadaptées auront davantage tendance à adopter des comportements problématiques envers les jeux de hasard et d'argent.

La solution pour le sous-modèle estimé, présentée à la **figure 29 (modèle 9, Annexe D)**, démontre un ajustement non-satisfaisant tant pour le groupe non-clinique ( $\chi^2 = 291,5$ ;  $df = 64$ ; RMSEA = 0,121; GFI = 0,849; TLI = 0,691; CFI = 0,747), que pour le groupe clinique ( $\chi^2 =$

538,7;  $df = 64$ ; RMSEA = 0,185; GFI = 0,70; TLI = 0,624; CFI = 0,691). Il convient donc de rechercher un modèle alternatif nous permettant d'obtenir un ajustement plus adéquat avec les données recueillies.

### ***Modèle 9.1 – Solutions alternatives***

Les solutions pour les sous-modèles estimés, présentées aux **figures 30 et 31 (modèle 9.1, Annexe D)**, démontrent des ajustements peu satisfaisants pour les adolescents du groupe non-clinique ( $\chi^2 = 187,7$ ;  $df = 51$ ; RMSEA = 0,105; GFI = 0,89; TLI = 0,787; CFI = 0,836) tout comme pour les adolescents du groupe clinique ( $\chi^2 = 485,4$ ;  $df = 63$ ; RMSEA = 0,176; GFI = 0,723; TLI = 0,66; CFI = 0,725).

En d'autres mots, le modèle suggéré n'estime pas clairement la relation attendue entre le recours aux stratégies décisionnelles inadaptées et le fait d'être à risque d'adopter des comportements pathologiques envers le jeu.

### ***Modèle 10***

Hypothèse: Les émotions de honte et de culpabilité seront positivement corrélés aux comportements problématiques envers les jeux de hasard et d'argent.

La solution pour le sous-modèle estimé, présentée à la **figure 32 (modèle 10, Annexe D)**, démontre un ajustement non-satisfaisant pour le groupe non-clinique ( $\chi^2 = 154,6$ ;  $df = 19$ ; RMSEA = 0,171; GFI = 0,878; TLI = 0,44; CFI = 0,62), tandis que pour le groupe clinique, l'ajustement est acceptable bien que la valeur du carré moyen de l'erreur d'approximation (RMSEA) soit quelque peu élevée ( $\chi^2 = 81,8$ ;  $df = 19$ ; RMSEA = 0,124; GFI = 0,917; TLI = 0,874; CFI = 0,915). Il convient donc d'étudier un modèle alternatif nous permettant d'obtenir un ajustement plus adéquat avec les données recueillies.

**Modèle 10.1 – Solutions alternatives**

Les solutions pour les sous-modèles estimés, présentées aux **figures 33 et 34 (modèle 10.1, Annexe D)**, démontrent des ajustements satisfaisants pour les adolescents du groupe non-clinique ( $\chi^2 = 38,5$ ;  $df = 17$ ;  $RMSEA = 0,072$ ;  $GFI = 0,964$ ;  $TLI = 0,901$ ;  $CFI = 0,94$ ) tout comme pour les adolescents du groupe clinique ( $\chi^2 = 49,9$ ;  $df = 13$ ;  $RMSEA = 0,115$ ;  $GFI = 0,938$ ;  $TLI = 0,916$ ;  $CFI = 0,948$ ).

Le lien ajouté entre les deux sous-échelles du PFQ s'expliquent, nous en avons déjà discuté, par la difficulté de discernement entre les émotions de honte et de culpabilité (Tangney, 1996). Quant au lien entre la variable qui mesure la honte ressentie (TOSCASHA) et la variable qui mesure la sévérité des problèmes de jeu (SOGSTOT), il s'explique, quand on regarde les items du SOGS de plus près, par l'évocation possible d'un sentiment de honte à la lecture de certaines questions (i.e., *In the past 12 months, have you ever felt bad about the amount you bet ..., has anyone criticized your betting or told you that you had a gambling problem...*).

En d'autres mots, le modèle suggéré **annonce** la relation attendue entre le fait de ressentir de la honte et/ou de la culpabilité et le fait d'être plus à risque d'adopter des comportements pathologiques envers le jeu, chez les adolescents.

Le **tableau 4** nous donne un aperçu global des coefficients de régression standardisés et non-standardisés pour nos populations adolescentes clinique et non-clinique.

Bien que la direction (positive ou négative) de tous les liens observés concorde avec les résultats attendus, autant pour le groupe clinique que pour le groupe non-clinique, certains liens ne sont pas statistiquement significatifs ( $p < .05$ ). Ainsi, en se référant aux liens qui sont statistiquement significatifs chez les adolescents du **groupe non-clinique**, nous obtenons les

résultats suivants:

1. L'utilisation de stratégies de *coping* adaptées est **négativement** liée au risque de développer des problèmes de jeu (modèle 6);
2. Le niveau de honte / culpabilité ressenti par les participants est **positivement** relié au risque de développer des problèmes de jeu (modèle 10).

Chez les adolescents du **groupe clinique**, nous arrivons aux conclusions suivantes:

1. Le niveau de honte / culpabilité ressenti par les adolescents est **négativement** relié à l'utilisation de processus décisionnels adaptés (modèle 3);
2. L'utilisation de réponses de *coping* adaptées est **négativement** reliée au risque de développer des problèmes de jeu (modèle 6);
3. Le niveau de honte / culpabilité ressenti par les répondants est **positivement** relié au risque de développer des problèmes de jeu (modèle 10).

Les prochaines analyses effectuées à l'aide du logiciel d'équations structurelles *AMOS*, nous permettront de comparer les moyennes des variables latentes entre le groupe d'adolescents clinique et le groupe non-clinique.

**Tableau 4. Coefficients de régression standardisés et non-standardisés entre les variables latentes: groupes clinique et non-clinique**

**Adolescents: pop. non-clinique**

| Modèle | Variable 1          | Variable 2        | direction hypothétique | Coef. rég. standardisés | Coef. rég. non standardisés | figure |
|--------|---------------------|-------------------|------------------------|-------------------------|-----------------------------|--------|
| 1      | Honte               | Culpabilité       | relation positive      | s/o                     | s/o                         | 10     |
| 4      | décisions adaptées  | coping adapté     | relation positive      | 0,08                    | 0,003                       | 18     |
| 6      | coping adapté       | jeu problématique | relation négative      | *-0,16                  | *-0,016                     | 23     |
| 7      | coping inadapté     | jeu problématique | relation positive      | 0,002                   | 0                           | 25     |
| 10     | Honte / culpabilité | jeu problématique | relation positive      | *-0,22                  | *-0,022                     | 33     |

**Adolescents: pop. clinique**

| Modèle | Variable 1          | Variable 2         | direction hypothétique | Coef. rég. standardisés | Coef. rég. non standardisés | figure |
|--------|---------------------|--------------------|------------------------|-------------------------|-----------------------------|--------|
| 1      | Honte               | Culpabilité        | relation positive      | s/o                     | s/o                         | 9      |
| 3      | Honte / culpabilité | décisions adaptées | relation négative      | *-0,34                  | *-0,087                     | 16     |
| 4      | décisions adaptées  | coping adapté      | relation positive      | 0,27                    | 0,077                       | 19     |
| 6      | coping adapté       | jeu problématique  | relation négative      | *-0,16                  | *-0,016                     | 23     |
| 7      | coping inadapté     | jeu problématique  | relation positive      | 0,002                   | 0                           | 25     |
| 10     | Honte / culpabilité | jeu problématique  | relation positive      | *0,24                   | *0,094                      | 34     |

\* sign. 0,05

### *Analyse des moyennes latentes*

La comparaison de groupes basées sur des analyses univariées (ANOVA) ou multivariées (MANOVA) s'intéresse habituellement aux différences observées entre les moyennes calculées directement à partir des données. Avec des variables latentes, les moyennes ne peuvent pas être calculées directement. Cependant, les logiciels d'analyse d'équations structurelles (comme *AMOS*) permettent l'estimation des moyennes en introduisant une structure des moyennes, et en l'ajoutant à la structure des covariances du modèle initial. L'analyse des moyennes de variables latentes ou des *moyennes latentes* est donc rendue possible grâce à ces nouveaux outils statistiques. Puisque la structure des variables latentes provient indirectement des variables indicatrices qui elles, sont observées et mesurables, il est donc possible de travailler à partir de ces dernières pour en arriver à estimer les moyennes latentes (Kline, 1998).

L'analyse des moyennes dans le contexte des équations structurelles est fondée sur les principes généraux de la régression impliquant des variables non-standardisées. En effet, lorsqu'un critère ( $Y$ ) est régressé sur un prédicteur ( $X$ ) et une constante, le coefficient non-standardisé pour la constante est l'intercept; lorsqu'une variable est régressée sur une constante, le coefficient non-standardisé pour la constante est la moyenne de cette variable. Ainsi, la moyenne d'une variable endogène est fonction de trois paramètres: l'intercept, le coefficient non-standardisé, et la moyenne de la variable exogène. Pour les variables exogènes (indépendantes), la valeur du coefficient non-standardisé représentant l'effet direct d'une constante est une moyenne. Pour les variables endogènes (dépendantes), l'effet direct d'une constante est un intercept, mais l'effet total est une moyenne (Kline, 1998).

***Identification des sous-modèles et étiquetage des paramètres***

L'identification du sous-modèle doit se faire en fonction de chacun des groupes clinique et non-clinique. En introduisant une structure de moyennes, nous serons en mesure de vérifier la similarité des moyennes des variables latentes (ou facteurs) pour nos deux différents groupes. Il s'agit ensuite de fixer à zéro les intercepts liés aux facteurs pour un groupe: ce groupe devient le groupe de référence, permettant la comparaison relative des moyennes latentes entre les groupes. En indiquant à *AMOS* que l'on désire estimer les moyennes et les intercepts, ceux-ci le sont en même temps que les variances, les covariances et les effets directs. De plus, l'ajustement du modèle s'applique à la structure des covariances de même qu'à la structure des moyennes (Kline, 1998).

En d'autres mots, les variances des variables latentes et les covariances qui peuvent exister entre elles sont estimées séparément pour chaque groupe; les moyennes des termes d'erreur ne sont pas estimées (elles sont fixées à zéro); les variances et les covariances associées aux termes d'erreur sont estimées pour chaque groupe; toutes les pondérations factorielles (sauf celles qui sont fixées à 1.0) sont soumises à une contrainte d'égalité entre les groupes; tous les intercepts sont soumis à une contrainte d'égalité entre les groupes; les moyennes des variables latentes d'un groupe sont fixées à zéro pour un groupe (groupe non-clinique, dit de comparaison), et estimées pour le second groupe (groupe clinique). Il faut donc comprendre que les valeurs rapportées lors des comparaisons multi-groupes sont des différences *relatives* entre les moyennes latentes (Kline, 1998).

Le **tableau 5** nous donne un aperçu global des différences de moyennes latentes pour les variables endogènes qui, selon la littérature sur le sujet, **pourraient jouer un rôle direct ou de**

**médiation dans la conceptualisation de la pathologie envers les jeux de hasard et d'argent.**

Les résultats des comparaisons multi-groupes (population clinique vs non-clinique) nous permettent de constater que seulement trois différences de moyennes latentes sont statistiquement significatives entre les groupes clinique et non-clinique: il s'agit de la variable honte / culpabilité qui obtient une moyenne relative significative de 7,243, ce qui signifie que les adolescents du groupe clinique déclarent ressentir ou vivre davantage de telles émotions en comparaison avec leurs compères du groupe non-clinique. De plus, suite à une prise de décision adéquate ou adaptée, les réponses de *coping* adaptées qui en résultent sont significativement plus faibles (voire moins nombreuses) chez les jeunes du groupe clinique (-1,092) comparativement à ceux du groupe non-clinique. Enfin, les adolescents qui ont recours à des stratégies de *coping* adaptées, mais qui éprouvent tout de même des problèmes avec le jeu, se retrouvent en nombre significativement plus important dans la population clinique par rapport à la population non-clinique, comme nous l'avions prévu.

Quant aux autres résultats, ils dénotent une absence de différences statistiquement significatives au niveau des moyennes relatives entre les variables latentes: ainsi, les adolescents du groupe clinique ne réagissent pas différemment de leurs semblables du groupe non-clinique, pour ce qui est du recours aux processus décisionnels adaptés lorsqu'ils ressentent de la honte et/ou de la culpabilité. Dans un groupe comme dans l'autre, les réponses de *coping* inadaptées sont positivement reliées au risque de développer un sérieux problème avec le jeu: cette tendance n'est pas plus marquée au sein du groupe clinique. La même observation est aussi vraie pour ce qui est des émotions de honte et culpabilité, qui sont positivement liées au risque de développer des problèmes de jeu.

Tableau 5

**Différences relatives entre les moyennes latentes des variables endogènes reliées à la pathologie envers les jeux de hasard et d'argent chez les adolescents (clinique vs non-clinique)**

| VARIABLES                        | MOYENNES | S.E.  | C.R.    | TLI   | CFI   | RMSEA | CHI CARRE | DF | MODELE |
|----------------------------------|----------|-------|---------|-------|-------|-------|-----------|----|--------|
| Honte/culpabilité                | 7,243    | 0,838 | *8,64   | 0,988 | 0,996 | 0,085 | 25,8      | 6  | 1      |
| Decision adaptee & coping adapte | -1,092   | 0,213 | *-5,125 | 0,979 | 0,986 | 0,068 | 261,3     | 84 | 4      |
| Coping adapte & jeu              | -1,017   | 0,278 | *-3,659 | 0,961 | 0,974 | 0,079 | 230,7     | 60 | 6      |
| Honte/culpabilité & jeu          | -0,06    | 0,202 | -0,298  | 0,942 | 0,968 | 0,113 | 213,3     | 31 | 10     |

## ***DISCUSSION***

### ***Résumé des objectifs et des résultats***

La présente étude avait pour but d'évaluer la pertinence de certains concepts ou marqueurs pouvant aider à mieux conceptualiser la pathologie envers les jeux de hasard et d'argent chez les adolescents et les jeunes adultes. Ces facteurs ont trouvé un appui dans la littérature sur le jeu et les addictions en général; les théories sur l'addiction de Jacobs (1986) et de McCormick (1994) ainsi que de la théorie conflictuelle de la prise de décisions (Janis & Mann, 1977), sont venues soutenir la pertinence de ces derniers dans le modèle proposé.

Dans le but d'évaluer (de mesurer) l'importance du rôle tenu par ces facteurs dans la conceptualisation de la pathologie envers le jeu dans trois échantillons constitués de quelques centaines d'adolescents (groupe clinique et groupe non-clinique) et de jeunes adultes (échantillon non-clinique), nous avons eu recours à une série d'instruments de mesures validés (et commercialisés dans certains cas). Après avoir vérifié que les variables utilisées mesuraient bel et bien ce qu'elles affirmaient mesurer à l'aide d'analyses de composantes principales, un modèle d'équations structurelles, représentant des liens particuliers entre les variables latentes, fut élaboré puis testé. Ce modèle de médiation partielle fut d'abord testé auprès d'étudiants universitaires. Dès lors, lorsque l'ajustement des modèles le commandait, des changements furent apportés au modèle initial à partir de considérations théoriques et statistiques, dans le but de proposer des modèles alternatifs pouvant s'ajuster à la réalité de nos sous-populations (mesures statistiques) de façon plus acceptable. Cependant, aucun modèle alternatif n'a pu être

établi pour nos deux échantillons d'adolescents, laissant présager que ceux-ci avaient une relation avec le jeu différente de celle des jeunes adultes, pourtant rapprochés en terme d'âge.

Nous avons donc choisi de procéder à des analyses de type exploratoire afin de tenter d'expliquer la raison de cette différence.

La première étape fut de procéder à des analyses de régression logistique afin d'évaluer l'effet additif de nos variables dans la prédiction de la probabilité de la présence de problèmes reliés au jeu. Ces analyses ont ainsi pu confirmer des différences importantes entre les jeunes adultes et les adolescents, de même qu'entre les adolescents du groupe clinique et ceux du groupe non-clinique.

En second lieu, nous avons choisi de décomposer le modèle de base qui ne pouvait s'ajuster aux données recueillies auprès de nos échantillons d'adolescents, en plusieurs sous-modèles d'équations structurelles: ces derniers nous ont permis de vérifier la pertinence des liens directs postulés entre les variables au niveau des deux échantillons d'adolescents. Comme on pouvait s'y attendre, certaines associations proposées ne furent point supportées (statistiquement) par les données recueillies. Des sous-modèles alternatifs furent donc proposés pour celles-ci: si quelques-uns se sont avérés utiles, d'autres n'ont pas donné les résultats escomptés; certains sous-modèles ne pouvant tout simplement pas s'ajuster aux données. À partir de ces sous-modèles, nous avons ensuite été en mesure d'effectuer une comparaison des moyennes des variables latentes entre nos deux échantillons d'adolescents à l'aide des équations structurelles.

Les résultats obtenus avec notre modèle d'équations structurelles ont démontré, dans un premier temps, que les étudiants universitaires – dont la moyenne d'âge de 21,2 ans (mode et médiane de 20) est assez proche de celle des adolescents des groupes non clinique, 16,42 ans, et

clinique, 15,17 ans – ne pouvaient distinguer clairement une émotion de honte par rapport à une émotion de culpabilité. Une fois regroupées en une seule émotion, la honte et la culpabilité se trouvent directement reliées au jeu pathologique; de plus, la flèche bi-directionnelle indique que ce lien est réciproque c'est-à-dire que ces émotions se retrouvent à la source des problèmes reliés au jeu, tout comme elles sont le résultats de ces mêmes difficultés. De plus, le modèle final obtenu nous permet de constater que le niveau de honte/culpabilité ressenti par les jeunes adultes est directement relié à l'utilisation de processus décisionnels inadaptés. Les émotions de honte et de culpabilité ont aussi un effet indirect sur les processus décisionnels, via le recours à des stratégies inadaptées de *coping* (variable médiatrice). De même, notre attitude (ou satisfaction) vis-à-vis des comportements que nous adoptons ou des choix pour lesquels nous optons, est directement reliée à la problématique du jeu, tout comme elle est reliée à nos choix de différents processus décisionnels: une partie de ce dernier effet est aussi transmise à la variable du jeu pathologique, le marqueur "décision adaptée" jouant un rôle de médiation à cet égard. Enfin, toujours chez nos universitaires, le recours à des stratégies adaptées de *coping* a aussi un lien indirect avec le jeu pathologique, via l'utilisation de processus décisionnels adaptés (variable médiatrice). Ces derniers sont ainsi directement liés à l'absence de problème de jeu pathologique (ils sont négativement liés à la présence d'une problématique de jeu).

De même, le recours à des analyses exploratoires a offert des résultats intéressants.

D'abord, les analyses de régression logistique ont permis de découvrir que l'effet additif d'une dizaine de prédicteurs pouvaient prédire la probabilité d'éprouver ou non des difficultés avec le jeu chez les jeunes adolescents. De ces prédicteurs, trois seulement se retrouvent à la fois dans l'équation du groupe clinique et du groupe d'adolescents non-clinique, suggérant des différences

intrinsèques entre les deux groupes à cet égard. De plus, chez les jeunes adultes, seulement deux marqueurs arrivent à prédire la probabilité d'avoir des difficultés avec le jeu; et ceux-ci n'expliquent que 7 % de la variance sur la variable dépendante.

Les résultats de nos sous-modèles d'équations structurelles ont à leur tour, permis de statuer que, tout comme les jeunes adultes, les adolescents n'étaient pas en mesure de bien distinguer une émotion de honte et une émotion de culpabilité – bien que les adolescents du groupe clinique semblent plus habiles à le faire. Or, cette distinction était à la base d'un certain nombre d'hypothèses de recherche: cet impact sera discuté un peu plus loin. Parmi les résultats intéressants obtenus via nos sous-modèles d'équations structurelles, notons que les directions (positive ou négative) de tous les liens observés concordaient avec les résultats attendus (hypothèses), autant pour le groupe clinique que pour le groupe non-clinique. Certains de ces liens ne se sont cependant pas avérés statistiquement significatifs ( $p < .05$ ).

Voici donc un compte-rendu des liens qui se sont avérés significatifs chez les adolescents du *groupe non-clinique*:

1. L'utilisation de stratégies de *coping* adaptées est **négativement** liée au risque de développer des problèmes de jeu;
2. Le niveau de honte / culpabilité ressenti par les participants est **positivement** relié au risque de développer des problèmes de jeu.

Comme mentionné plus tôt, tous ces résultats avaient été prédits par nos hypothèses de recherche. Nous y reviendrons. De même, chez les adolescents du *groupe clinique*, nous sommes arrivés aux conclusions statistiquement significatives suivantes:

1. Le niveau de honte / culpabilité ressenti par les adolescents est **négativement** relié à

l'utilisation de processus décisionnels adaptés;

2. L'utilisation de réponses de *coping* adaptées est **négativement** reliée au risque de développer des problèmes de jeu;

3. Le niveau de honte / culpabilité ressenti par les répondants est **positivement** relié au risque de développer des problèmes de jeu.

D'autres résultats attendus ne se sont cependant pas concrétisés. Ainsi, la variable honte / culpabilité ne s'est pas avérée un prédicteur efficace de l'utilisation de stratégies de *coping* inadaptées chez nos adolescents, tous groupes confondus; alors que ce fut le cas chez nos jeunes adultes. Chez les adolescents, contrairement aux jeunes adultes, le fait de ressentir de la honte et/ou de la culpabilité n'entraîne donc pas de réponses de *coping* inadaptées. De même, le recours à ces dernières n'a pas pu prédire, comme nous l'avions prévu, une sévérité plus élevée au niveau de la variable de jeu, synonyme d'un risque accru de développement de problèmes envers les jeux de hasard et d'argent. Il n'y a donc pas de lien entre l'utilisation de stratégies de *coping* inadaptées (au niveau de la variable latente) par les adolescents ou les jeunes adultes et la sévérité de leurs problèmes de jeu. Les stratégies de *coping* inadaptées ne prédisent pas non plus le recours à des processus décisionnels inadaptés chez les adolescents, contrairement aux jeunes adultes. De plus, le recours à des processus décisionnels adaptés ne s'est pas avérée un prédicteur de l'utilisation de réponses de *coping* adaptées chez les adolescents des deux groupes, comme ce fut le cas pour nos jeunes adultes. Cependant, les équations de prédiction d'une problématique reliée au jeu (régression logistique) nous permettent de constater que pour les adolescents du groupe clinique, le fait de recourir à une stratégie de coping adaptée, de type "résolution de problèmes" (CRIP2PS), diminuait leur probabilité d'avoir des problèmes de jeu.

Ces résultats ont d'intéressantes répercussions théoriques et appliquées sur lesquelles nous reviendrons un peu plus loin.

Après avoir effectué ces premières analyses exploratoires, une deuxième étape de notre travail consistait à estimer les moyennes des variables latentes entre le groupe d'adolescents clinique et le groupe non-clinique afin de vérifier s'il existait des différences significatives entre celles-ci. Rappelons qu'avec les variables latentes, les moyennes ne peuvent pas être calculées directement. Cependant, les logiciels d'analyse d'équations structurelles (comme *AMOS*) permettent l'estimation des moyennes en introduisant une structure des moyennes, et en l'ajoutant à la structure des covariances du modèle initial. Puisque la structure des variables latentes provient des variables indicatrices qui elles, sont mesurables, il fut donc possible de travailler à partir de ces dernières pour en arriver à estimer les moyennes latentes (Kline, 1998).

Les résultats des comparaisons multi-groupes nous ont permis de constater que seulement trois différences de moyennes latentes sont statistiquement significatives entre les groupes clinique et non-clinique d'adolescents:

1. Les adolescents du groupe clinique déclarent ressentir ou vivre davantage des émotions de honte et/ou de culpabilité en comparaison avec leurs compères du groupe non-clinique.
2. Suite à une prise de décision adéquate ou adaptée, les adolescents du groupe clinique – comparativement à ceux du groupe non-clinique – ont moins recours à des réponses de *coping* adaptées.
3. Les adolescents qui ont recours à des stratégies de *coping* adaptées, mais qui éprouvent tout de même des problèmes avec le jeu, se retrouvent en nombre significativement plus

important dans la population clinique ( vs la population non-clinique).

Les autres résultats dénotaient que les adolescents du groupe clinique ne réagissent pas différemment de leurs semblables du groupe non-clinique, pour ce qui est du recours aux stratégies de *coping* adaptées lorsqu'ils ressentent de la honte et/ou de la culpabilité. De la même façon, ils n'ont pas moins (ni davantage) recours aux processus décisionnels adaptés dans de telles situations. Dans un groupe comme dans l'autre, les réponses de *coping* inadaptées sont positivement reliées au risque de développer un sérieux problème avec le jeu: cette tendance n'est pas plus (ou moins) marquée au sein du groupe d'adolescents clinique. La même observation est aussi vraie pour ce qui est des émotions de honte et culpabilité, qui sont positivement liées au risque de développer des problèmes de jeu chez les adolescents.

À la lumière de ces résultats, nous constatons que les adolescents du groupe clinique diffèrent assez peu de ceux du groupe non-clinique. Ils reconnaissent vivre davantage de honte et/ou culpabilité, un résultat qui pourrait être attribué à leur(s) condition(s) (problèmes de consommation, de comportement) ou encore à leur situation (présentement en traitement). Cependant, cette distinction pourrait être à l'origine de leurs problèmes de consommation, de comportement, ou de jeu, si on se fie aux résultats obtenus dans cette étude. Comme le soulignait Jacobs (1986), un état psychologique où l'individu se sent inférieur, rejeté et non-désiré – des états d'âme que l'on pourrait attribuer aux émotions de honte et de culpabilité – agit comme facteur prédisposant pour les individus qui sont à risque de développer un comportement addictif.

Si on considère la faible utilisation de stratégies de *coping* adaptées qui font suite à une décision adéquate dans la population clinique, nous pensons qu'elle est attribuable au répertoire limité de réponses de *coping* dont disposent les adolescents du groupe clinique. Les résultats de

cette étude viennent d'ailleurs soutenir cette hypothèse: le **tableau 1** (p.89) nous permet de constater que les jeunes du groupe clinique obtiennent des moyennes plus faibles sur toutes les stratégies de *coping* adaptées. Le nombre de stratégies utilisées demeure le même: ce sont les fréquences d'utilisation qui varient d'un groupe à l'autre.

Enfin, la dernière observation vaut aussi pour le résultat obtenu en ce qui concerne les stratégies de *coping* adaptées et la sévérité des problèmes de jeu: même s'ils utilisent – moins fréquemment – des réponses de *coping* adaptées, les adolescents du groupe clinique se retrouvent en plus grand nombre dans la catégorie de joueurs pathologiques ou à risque de le devenir. Ce résultat vient corroborer une des affirmations de McCormick (1994) qui explique que les joueurs pathologiques possèdent souvent d'excellentes stratégies de *coping*, comme la résolution de problèmes, mais qu'ils ne savent pas toujours quand il est approprié d'y avoir recours.

McCormick (1994) ajoute que les joueurs pathologiques ont de la difficulté à demander du support personnel ou émotif. Encore une fois, les résultats obtenus dans cette étude vont dans ce sens. Les variables qui mesurent la recherche d'aide, de conseils et de support (CRIP2SG et CSCYASSE) sont celles qui obtiennent les plus faibles moyennes (au sein de leurs sous-échelles respectives) de toutes les stratégies de *coping*. Il faut noter que cette remarque vaut aussi pour les adolescents du groupe non-clinique: les adolescents en général semblent donc avoir une certaine réticence à demander du support ou à demander conseils aux autres. Un examen plus détaillé des données recueillies (mode des items CRIP203, 11, 19, 27, 35 et 43) nous permet de constater que les adolescents demandent souvent (*fairly often*) conseil à leurs ami(e)s, mais ils ne demanderont pas aux adultes de leur venir en aide (*not at all*). Encore une fois, la même tendance se retrouve dans les deux groupes étudiés.

Dans la prochaine section, nous analyserons nos résultats à la lumière de la littérature pertinente à l'aide de nos hypothèses de recherche. Les différences observées entre les adolescents et les jeunes adultes, au niveau des marqueurs psychologiques des jeux de hasard et d'argent, seront analysées. L'encadrement offert par les différentes théories à l'étude, de même que l'impact des résultats de cette étude sur celles-ci, seront ensuite discutés. Ensuite, certaines limites inhérentes à la méthodologie et aux échantillons utilisés pour cette recherche, seront abordées. Enfin, après avoir présenté les implications pratiques de ce travail, des pistes d'éventuelles recherches seront proposées.

### ***Les résultats obtenus: une discussion s'impose***

Les sept hypothèses de recherche qui ont dirigé cette étude sont ici revues et leur confirmation ou réfutation, discutées.

Avant de procéder avec la révision des hypothèses, il convient ici de préciser un résultat obtenu avec nos trois différents échantillons. Les adolescents – tout comme les jeunes adultes -- ne furent pas en mesure de distinguer une émotion de honte par rapport à une autre, de culpabilité. Malgré la venue de nouveaux instruments de mesure pour les sentiments de honte et de culpabilité qui laissait espérer que la distinction entre les deux soit plus évidente, il semblerait que ce ne fut pas le cas. Pourtant, nous avons utilisé le PFQ2 et le TOSCA qui sont considérés comme les meilleurs instruments de mesure pour la honte et la culpabilité (Harder, 1995).

L'abondante littérature sur le sujet souligne cependant un point intéressant: il semblerait que le mot "culpabilité" soit souvent utilisé pour référer à des éléments de honte et de culpabilité (Tangney, 1996). Ce manque de connaissance au niveau de la définition intrinsèque de ces

concepts peut porter à croire que les adolescents et les jeunes adultes ont de la difficulté à distinguer clairement les situations qui évoquent des émotions de honte et de culpabilité. Les travaux de Lewis (1971) ont permis de démontrer que lorsque la honte et la culpabilité sont produites par le même événement, les deux émotions tendent à se fusionner (aux yeux des gens) et sont typiquement étiquetés comme étant de la culpabilité. En fait, plusieurs personnes utilisent le terme “culpabilité” pour référer indistinctement aux deux émotions (honte et culpabilité) (Tangney, 1996).

Les recherches sur les émotions de honte et de culpabilité soulignent que ce sont des états émotifs internes, qui sont difficiles, voire quasi-impossibles à évaluer directement (Tangney, 1996). Contrairement à la plupart des émotions dites de base, comme la joie, la tristesse ou la colère, la honte et la culpabilité ne témoignent d'aucune expression faciale facilement identifiable ou décodable (Izard, 1977). Il en résulte que la plupart des gens – y compris plusieurs psychologues – sont plutôt vagues dans leurs définitions de la honte et de la culpabilité. Or, cette tendance est toutefois critique, puisque selon Lewis (1971), les différences – ou le manque de – entre la honte et la culpabilité ont des répercussions ou des implications distinctes au niveau de l'ajustement psychologique et du fonctionnement social d'un individu (Tangney, 1995).

De plus, il appert qu'il existe très peu d'expériences “classiques” ou de situations pouvant provoquer spécifiquement (et uniquement) de la honte ou de la culpabilité (Tangney, 1992; Tangney *et al.*, 1994). En effet lors d'études et d'analyses au sujet de la honte et de la culpabilité auprès d'enfants et d'adultes, la plupart des événements (i.e., mentir, tricher, voler, échouer dans sa tentative d'aider quelqu'un, désobéir à ses parents, etc.) ont été cités par certains participants en relation avec des épisodes de honte, et par d'autres, en relation avec des épisodes de

culpabilité. Cependant, contrairement aux transgressions morales qui provoquent de la honte autant que de la culpabilité, il semblerait que les accrocs non-moraux (i.e., adopter un comportement socialement inapproprié, ou être vêtu de façon inadéquate) sont plus susceptibles de faire surgir la honte. Ceci étant dit, les recherches ont néanmoins démontré que plusieurs violations de conventions sociales furent citées par les enfants tout comme par les adultes comme des expériences pouvant entraîner un sentiment de culpabilité (Tangney, 1996).

En d'autres mots, les plus récentes recherches sur le sujet ont démontré que la honte et la culpabilité ne diffèrent pas significativement en rapport avec les types de situations qui les provoquent. De nouvelles conceptualisations suggèrent plutôt que la différence fondamentale entre la honte et la culpabilité repose davantage sur la manière dont une personne interprète ses erreurs ou ses transgressions (Tangney, 1996). Nous avons déjà discuté de l'importance de l'interprétation subjective qu'un individu se fait d'une situation ou d'un événement: si l'individu accorde une importance accrue au mauvais "soi" ("*J'ai fait une chose terrible*") ou encore, au mauvais comportement ("*J'ai fait une chose terrible*"), il s'en ressentira différemment.

Or, Tangney et al. (1995) suggèrent que les sentiments de culpabilité ont plus de chances d'être inadaptes lorsqu'ils deviennent fusionnés avec la honte; les composantes de la honte seraient celles qui sont mises en cause dans l'apparition de symptômes psychologiques. Les auteurs donnent l'exemple d'un individu qui s'exclame "Ouf! Regarde la chose terrible que je viens de faire" (culpabilité), et qui par la suite généralise cette expérience au soi, "... comme je suis une horrible personne!" (honte): dans cette séquence, ils estiment que la composante de honte – et non celle de culpabilité – sera rattachée aux problèmes ultérieurs que pourraient éprouver l'individu, même s'il devient très difficile de les distinguer (Tangney, 1996).

De nombreuses études ont fait remarquer que lorsque la honte et la culpabilité sont évaluées en tant que construits distincts, leurs mesures démontrent des liens ou des relations différentes avec plusieurs composantes de l'ajustement psychologique ou encore avec des comportements sociaux – ceux-ci comprennent notamment certains symptômes psychologiques, le narcissisme, l'empathie, l'inadaptation sociale (sociopathie), la colère, l'agression, les stratégies de gestion de la colère, ainsi que des aspects de notre perception (Brodie, 1995; Gramzow & Tangney, 1992; Petersen, Barlow & Tangney, 1995; Sanftner, Barlow, Marschall & Tangney, 1995; Tangney, 1991, 1994, 1995; Tangney *et al.*, 1995; Tangney, Wagner, Barlow, Marschall & Gramzow, 1996b; Tangney, Wagner & Gramzow, 1992a; Tangney, Wagner, Fletcher & Gramzow, 1992b). Souvent, ces différences sont observées non seulement en terme d'ampleur, mais également au niveau de la direction (relation positive ou négative). Dès lors, lorsqu'un chercheur utilise une mesure pour la honte, celle-ci regroupe – involontairement – des éléments de culpabilité (et vice-versa); le chercheur, en observant les corrélations non-significatives, pourrait donc conclure que ces émotions n'ont rien en commun avec la variable dépendante, lorsqu'en réalité, deux relations significatives – mais opposées – se sont en réalité, annulées (Tangney, 1996)! Ceci pourrait donc avoir eu un impact significatif au niveau des résultats de cette recherche.

*Hypothèse a): Tout d'abord, la présence d'une pathologie liée au jeu devrait être positivement corrélée avec les niveaux de honte et de culpabilité ressentis par l'adolescent(e) et le jeune adulte. Et vice-versa. Aussi, l'effet indirect du niveau de honte sur la présence d'un problème de jeu pathologique, via d'une part, les stratégies de coping inadaptées, et d'autre*

*part, les processus décisionnels inadaptés, devrait être significatif et positif. De la même façon, l'effet indirect du niveau de culpabilité sur la présence d'un problème de jeu pathologique, via d'une part les stratégies de coping adaptées, et d'autre part, les processus décisionnels adaptés, devrait être significatif et positif. Les stratégies de coping d'une part, mais aussi les processus décisionnels seront appelés à jouer un rôle de médiateur entre l'émotion ressentie et la présence d'une pathologie envers le jeu.*

Les résultats obtenus suite à notre étude nous démontrent que l'effet de la honte et de la culpabilité sur la présence d'un trouble relié au jeu, est direct et statistiquement significatif autant pour les jeunes adultes que pour les adolescents du groupe clinique, que pour ceux du groupe non-clinique. Ces résultats viennent donc supporter une portion du modèle de McCormick (1994), soit le lien entre le précipiteur (honte / culpabilité) et la réponse de *coping* inadaptée (comme le jeu pathologique, propose McCormick). Suite à cette réponse inadaptée, le cycle reprend son cours. À chaque fois qu'un individu réagit au précipiteur avec une réponse inadaptée, le cycle se répète et s'accélère, prétend McCormick. Les liens réciproques que l'on retrouve entre la honte/culpabilité et le jeu dans le modèle d'équations structurelles (pour jeunes adultes) font aussi référence à un cycle, où les émotions de honte et de culpabilité se retrouvent à la fois à la source, mais aussi comme résultat du jeu pathologique. McCormick (1994) suggère ainsi de concentrer nos efforts à la jonction du cycle, là où l'individu doit *choisir* une réponse adaptée ou inadaptée. Il propose donc d'évaluer le répertoire de réponses de *coping* de chaque individu qui entre en traitement. Or, si le lien entre les réponses de coping adapté et l'absence de problème de jeu est valide pour les adolescents des deux groupes (i.e., corrélation négative), il en est autrement pour les jeunes adultes. En effet, seul l'effet direct de la honte et de la culpabilité

sur la présence d'une pathologie liée au jeu fut significatif. Les liens indirects proposés entre ces émotions et le jeu problématique – via les variables médiatrices de 'coping inadapté' et de 'décision inadaptée' – ne furent pas retenus, aucun n'étant significatif.

Suite aux résultats obtenus avec cette recherche auprès des universitaires, il serait plus approprié, avec cette population, de s'attarder à l'attitude ou au sentiment de satisfaction (ou d'insatisfaction) (REL) que l'on éprouve vis-à-vis des choix que nous faisons ou des comportements que nous adoptons (en rapport avec les sentiments de honte ou de culpabilité ressentis); cette dernière étant directement liée à la problématique de jeu, en plus de l'être de façon indirecte, via la variable médiatrice des processus décisionnels adaptés.

Cette étude a aussi permis de constater que, chez les adolescents du groupe clinique (seulement), il existe un lien négatif et significatif entre les processus décisionnels adaptés et le fait de ressentir de la honte et/ou de la culpabilité.

Les émotions de honte et de culpabilité sont (positivement et significativement) liés à la présence accrue de troubles reliés au jeu, et ce, autant chez les adolescents – clinique et non-clinique – que chez les jeunes adultes. Ce résultat laisse entrevoir une différence subtile mais certaine entre les adolescents et les jeunes adultes: on pourrait penser qu'il pourrait y avoir, chez les adolescents, un facteur intermédiaire (médiateur ou modérateur) qui permettrait aux processus décisionnels d'agir sur les comportements addictifs.

Cette piste, si elle s'avérait pertinente, viendrait enrichir la théorie de McCormick (1994) en y ajoutant des facteurs que l'intervenant pourrait cibler dans son intervention. À la lumière de ces résultats, avant même d'évaluer le répertoire de réponses de l'individu, il faudrait évaluer sa façon de prendre des décisions, ainsi que sa satisfaction ou sa fierté vis-à-vis des choix qu'il fait -

- pour éviter de ressentir des sentiments de honte et de culpabilité – et voir s'il n'y aurait pas des tendances dans les résultats qui pourraient laisser deviner l'influence d'un (ou des) autre construit. Autrement, une personne pourrait posséder un vaste répertoire de réponses de *coping*, mais si elle ne parvient pas à choisir la réponse appropriée dans une situation donnée, ses efforts ne mèneront à rien. Bien entendu, cet ajout au modèle de McCormick (1994) devrait être vérifié statistiquement avant de pouvoir l'inclure dans une version définitive.

Une autre difficulté que nous avons rencontrée, provient de la définition que McCormick donne au *coping*. Celui-ci utilise le terme *coping* au sens large. Dès lors, toute réaction est en quelque sorte une réponse de *coping*. Dans notre étude, le jeu pathologique est perçu comme un résultat ou une conséquence d'un faible répertoire ou d'un manque de ressources au niveau des stratégies de *coping* adaptées. Ces stratégies de coping devraient agir comme facteur (intermédiaire) de protection contre les comportements addictifs, comme le jeu. Encore ici, de nouvelles recherches seront nécessaires pour clarifier la complexité relative des définitions du facteur de *coping*.

*Hypothèse b): La présence de troubles liés aux jeux de hasard et d'argent chez l'adolescent(e) et le jeune adulte et la sévérité de ceux-ci seront positivement corrélées à des stratégies de coping inadaptées;*

*Hypothèse c): L'absence de troubles liés aux jeux de hasard et d'argent chez l'adolescent(e) et le jeune adulte sera positivement corrélée à des stratégies de coping adaptées;*

Les résultats de la présente étude viennent partiellement appuyer le rôle joué par les stratégies de *coping* dans le développement d'une addiction comportementale comme le jeu, tel

que le décrit McCormick (1994) dans sa théorie sur le cycle d'une addiction. En effet, seule la relation négative entre les stratégies de *coping* adaptées et les troubles liés au jeu est significative dans nos deux groupes d'adolescents, alors que cette relation ne fait pas partie du modèle final d'équations structurelles pour nos jeunes adultes. Il semble donc que le modèle de McCormick (1994), ne soit pas adéquat à cet égard avec une population adulte. Chez une population adolescente, il fonctionnerait seulement au niveau des stratégies de *coping* adaptées qui interviennent pour briser le cycle d'une addiction: les stratégies de coping inadaptées ne contribueraient donc pas au cycle de l'addiction (ou à la rechute de l'individu) comme il le prétend dans son modèle. Toutefois, il est difficile de comparer nos résultats avec son modèle en raison de la définition du *coping* qui diffère d'une étude à l'autre.

*Hypothèse d): Le niveau de honte ressenti par l'adolescent ou le jeune adulte sera positivement corrélé à une stratégie de coping inadaptée (i.e., évitement), tandis que...*

*Hypothèse e): Le niveau de culpabilité ressenti par l'adolescent ou le jeune adulte sera positivement corrélé à une stratégie de coping adéquate ou adaptée (i.e., résolution de problèmes, recherche de conseils et de soutien);*

Puisque les adolescents et les jeunes adultes n'ont pas été en mesure de distinguer clairement une émotion de honte d'une, de culpabilité, il nous fut impossible de vérifier ces hypothèses. Nous avons plutôt utilisé la nouvelle variable honte / culpabilité pour vérifier si celle-ci était corrélée aux stratégies de *coping* inadaptées.

Les résultats obtenus, autant auprès des adolescents du groupe clinique que ceux du groupe non-clinique, permettent de constater qu'il n'existe pas de lien entre le fait de ressentir de

la honte / culpabilité et d'avoir recours à des stratégies de *coping* inadaptées chez nos adolescents, **contrairement à ce que nous observons avec nos jeunes adultes**. Ce résultat va donc, en partie, à l'encontre de ce que nous pensions trouver auprès des adolescents, d'autant plus que les émotions jouent un rôle déterminant dans notre façon de traiter l'information (Perrewé & Zellars, 1999): selon les recherches existantes, nos émotions influencent notre façon de réagir à une situation jugée comme étant "exigeante" pour l'individu: ainsi, le choix d'une stratégie de coping devrait s'en trouver influencé.

Nous expliquons difficilement ce résultat auprès de nos adolescents. Cependant, nos résultats indiquent que la honte / culpabilité est négativement reliée aux processus décisionnels adaptés pour notre groupe clinique d'adolescents, tel que discuté un peu plus tôt. Il semble donc, au moins pour les adolescents du groupe clinique, que les émotions de honte et/ou culpabilité aient un rôle à jouer au niveau du processus décisionnel, mais pas au niveau de la stratégie de *coping* qui sera utilisée dans une situation donnée. Dans la littérature (voir Janis & Mann, 1977), la distinction entre le *coping*, et ce que Janis et Mann qualifient de "coping décisionnel" est peu claire, ce qui pourrait expliquer l'absence de résultat concret. Ces derniers expliquent que les différents types de *coping* décisionnel se manifestent *avant* la décision, afin d'éviter une décision difficile, mais aussi *après* la décision, afin de gérer les conséquences des choix difficiles. Nous émettons l'hypothèse que les adolescents et les jeunes adultes n'ont pas su faire la distinction entre les deux (*coping* décisionnel vs *coping* centré sur le problème ou sur les émotions), notre recherche se rapportant d'abord et avant tout, au coping centré sur le problème. De nouvelles recherches seront nécessaires pour clarifier cette ambiguïté.

Les travaux de Schaubroeck (1999) nous offrent également une autre possibilité. Il appert

que nos émotions dictent nos états d'âme (*mood states*) (Ekman, 1994; Panksepp, 1982). Les états d'âme sont différents des émotions parce qu'ils réfèrent à un état plus général et tendent à durer beaucoup plus longtemps. Certaines émotions par exemple, n'apparaissent qu'uniquement dans le contexte d'un état d'âme particulier (Panksepp, 1982). Nos états d'âme influencent également ce que nous encodons dans notre mémoire, comment cette information est récupérée, puis analysée (Morris, 1989): ainsi, l'évaluation d'une requête, aussi bien que la réponse de *coping* qui sera utilisée pour y répondre (y réagir), seront influencées par nos états d'âme. Schaubroeck (1999) recommande donc d'inclure cette variable dans tout modèle qui utilise une émotion comme variable, comme c'est le cas pour nous. Il ajoute cependant que la spécification et l'évaluation d'un modèle causal qui inclut une émotion sont particulièrement difficiles en raison de la dynamique fort complexe des émotions. Une telle recommandation serait d'ailleurs à considérer dans une recherche ultérieure.

*Hypothèse f): Le recours aux stratégies de coping adaptées seront positivement corrélés aux processus décisionnels adaptés (i.e., vigilance); tandis que les stratégies de coping inadaptées seront positivement corrélés aux processus décisionnels inadaptés ou inadéquats (i.e., hypervigilance).*

Ces hypothèses s'avèrent justes dans le cas des jeunes adultes, alors que le modèle final d'équations structurelles nous montre clairement les liens entre ces concepts. Cependant, les sous-modèles estimés auprès de nos adolescents ne démontrent aucun lien significatif entre les processus décisionnels (adaptés ou non) et les stratégies de *coping* (adaptées ou non), démontrant encore une fois une différence notable en terme de conceptualisation de la problématique du jeu,

entre les adolescents et les jeunes adultes. Ces résultats viennent mettre un bémol sur un aspect de la théorie conflictuelle de la prise de décision de Janis et Mann (1977). Ce qu'avance cette théorie, qui postule que les stratégies de *coping* sont imbriqués dans les processus décisionnels, ne semble donc pas s'appliquer lorsque nous avons à faire à des adolescents. Il faut préciser d'ailleurs que celle-ci fut élaborée à la suite de travaux de recherche auprès d'adultes, et que cette relation s'avère juste dans leur cas.

Janis et Mann (1977) ne prétendent pas explicitement que leur modèle est universellement applicable à tout être humain, bien qu'ils soutiennent (implicitement) que les forces psychologiques qui motivent nos choix décisionnels et nos stratégies de *coping* pour gérer nos décisions difficiles sont communes à tous les individus:

“We see man not as a cold fish but as a warm-blooded mammal, not as a rational calculator always ready to work out the best solution but as a reluctant decision maker – beset by conflict, doubts and worry, struggling with incongruous longings, antipathies, and loyalties, and seeking relief by procrastinating, rationalising, or denying responsibility for his own choices.” (Janis & Mann, 1977: 15)

Pourtant, cette description dépeint tout à fait les adolescents, l'adolescence étant une période de grands bouleversements. Les recherches démontrent que des changements au niveau des conditions de vie d'un adolescent mènent souvent à une accumulation d'événements mineurs ou majeurs qui peuvent être perçus comme étant exigeants ou anxiogènes en eux-mêmes (Simmons, Burgeson & Carlton-Ford, 1987). Or, l'accumulation d'événements mineurs expliquerait une plus grande proportion de la variance observée parmi les symptômes relevés que les événements majeurs (Wagner, Compas & Howell, 1988; Seiffge-Krenke, 1991). Malgré cela, les études peignent un portrait plutôt positif de la santé mentale des adolescents, qui parviennent assez bien – comparativement aux adultes par exemple – à gérer les demandes, les conflits et les

opportunités qui s'offrent à eux (Petersen & Ebata, 1987). Ces observations pourraient expliquer les résultats observés chez les adolescents, qui, de par leur situation, sont appelés à vivre plusieurs changements. Les théoriciens s'entendent pour dire que les diverses stratégies pour gérer les décisions difficiles, sont d'abord et avant tout, dans le répertoire de chaque individu (Janis & Mann, 1977). Comment expliquer que la relation entre le type de décisions et la stratégie de *coping* utilisée ne soit pas significative pour les adolescents? Une explication pourrait provenir du type de décisions que ceux-ci ont à prendre, et des conséquences qui y sont rattachées. En effet, même si l'adolescence amène avec elle son lot de décisions, celles-ci sont souvent sans graves conséquences. D'ailleurs, les résultats de cette étude (voir **tableau 1**, pp.89-90) nous permettent de constater que les adolescents ont plus souvent recours à une stratégie de prise de décisions intuitive (GDMSINT) ou même spontanée (GDMSSPO), et ce, autant dans notre échantillon clinique que dans notre groupe-témoin. Il ressort de ce tableau que les adolescents ont aussi confiance en eux quand vient le temps de prendre une décision (ADMQSC). Or, il appert que les bons décideurs ont confiance en leurs propres habiletés à prendre des décisions, et que cette confiance est à la base de leur désir de prendre des décisions, si difficiles soient-elles (Distefano, Pryor & Smith, 1987; Mann, Harmoni & Power, 1989). Les adolescents prennent donc des décisions spontanées et intuitives, tout en s'accordant le bénéfice du doute. Cette spontanéité pourrait expliquer le manque de correspondance entre la décision à prendre et le type de stratégie de *coping* utilisé par un adolescent. D'ailleurs, des études sur les processus décisionnels ont déterminé que les gens avaient souvent recours à une combinaison d'approches intuitive et "suffisamment satisfaisante" (*good enough*) pour leurs décisions courantes dans leur milieu de travail (Schvaneveldt & Adams, 1984). L'approche "suffisamment

satisfaisante” vient de la théorie de prise de décisions de Simon (1976). Cette théorie explique que les administrateurs arrivent à prendre une décision non pas en faisant une recherche exhaustive et un examen détaillé de la situation, mais plutôt en ayant recours au mode de “satisfaction”. La satisfaction, dans ce contexte, signifie que si l’option choisie rencontre les critères de base, elle est jugée suffisamment bonne (*good enough*), et est donc acceptée comme telle (Simon, 1976). Ce dernier croit ainsi que peu d’alternatives sont envisagées par les individus avant de prendre une décision. Ceux-ci arrivent à prendre une décision en prenant tout en considération (l’ensemble), plutôt qu’en attribuant un poids ou une importance relative aux différents facteurs impliqués dans la prise de décision.

Enfin, même si les recherches ont déterminé qu’une majorité d’adolescents arrivaient à prendre des décisions de façon similaire aux adultes vers l’âge de 15 ans (Mann *et al.*, 1989) – et que nos deux échantillons d’adolescents ont des moyennes d’âge de 15,17 ans et 16,42 ans –, nous croyons que les adolescents ont davantage recours à leurs groupes d’amis (ou autres groupes de référence) pour les aider dans leur prise de décisions, alors que pour les adultes ces choix se fait principalement sur une base individuelle: ce soutien social leur permettrait de mieux accepter les conséquences de leurs choix et de mieux gérer l’anxiété provoquée par une situation délicate. Ce résultat contribue à faire avancer la connaissance, en précisant davantage une portion du modèle conflictuel de la prise de décision de Janis et Mann (1977).

Enfin, une autre piste à étudier demeure la possibilité qu’il existe un facteur intermédiaire, jouant un rôle de médiateur (ou de modérateur) entre les processus décisionnels utilisés par les adolescents et le recours aux stratégies de *coping*. La présence d’un tel facteur pourrait expliquer l’absence de lien direct entre les deux construits. Des études comparatives entre les adolescents

et les adultes viendraient éclaircir ces suggestions.

La littérature sur l'évaluation des facteurs de risque (*risk assessment*) chez un individu pourrait apporter des précisions quant aux différences observées entre les adolescents et les adultes (Webster, 2003; Borum, 2003). Borum (2003), qui explique que la recherche porte davantage sur les facteurs dits dynamiques (*vs* statiques) et se concerne davantage l'interaction entre la personne et le contexte ou la situation vécue, précise 4 raisons qui pourraient expliquer pourquoi l'évaluation des facteurs de risque est différente chez les adolescents, de celle des adultes: 1) les facteurs de risque sont différents; 2) les comportements typiques sont différents (i.e., les adolescents sont plus égocentriques); 3) les facteurs individuels sont moins stables chez les adolescents (période de développement de son identité); 4) la maturité psychosociale joue un rôle plus central lorsqu'on est adolescent, et il s'agit d'un concept dont il faut tenir compte dans notre évaluation des facteurs mettant un adolescent à risque de commettre tel ou tel geste. Borum (2003) reconnaît cependant que cette maturité psychosociale est difficile à évaluer avec fiabilité. Webster (2003) parle aussi du fait qu'aucun facteur seul ne peut prédire un comportement à risque (i.e., la consommation de drogues ou le jeu excessif), ce dernier étant le résultat d'une accumulation de facteurs.

Ces études, bien qu'elles ne soient pas dirigées spécifiquement vers le jeu excessif, peuvent fournir des pistes de recherche intéressantes, en plus d'apporter des précisions sur les distinctions à faire entre les adolescents et les adultes en terme d'évaluation. Ces observations peuvent certainement être généralisées à plusieurs domaines, notamment celui du jeu compulsif et des addictions en général.

*Hypothèse g): Les recherches antérieures affirment avoir identifié des différences au niveau des stratégies de coping inadaptées chez les adolescents: il est prévu qu'ils opteront majoritairement pour des stratégies d'évitement, comme l'acceptation ou la résignation (Spirito et al., 1988).*

Les résultats indiquent que lorsque les expériences de vie sont perçues comme étant plus (ou trop) exigeantes ou anxiogènes, les adolescents ont tendance à avoir recours à une variété de stratégies d'évitement comportemental ou cognitif, plus particulièrement celles qui diminuent ou qui réduisent le sentiment de détresse associé au problème. Comme d'autres chercheurs l'ont mentionné, cette observation s'explique probablement en étudiant l'évaluation (ou jugement) que la personne se fait du stresser. Puisque les événements hautement anxiogènes sont perçus comme étant moins "contrôlables", le recours aux différentes stratégies d'évitement peuvent être très utiles lorsque vient le temps de gérer la détresse associée à une situation jugée "incontrôlable" (Altshuler & Ruble, 1989; Band & Weisz, 1988; Lazarus & Folkman, 1984). Ainsi, les stratégies d'évitement (CSCYCOAV), dont fait partie la résignation (CRIP2AR) furent les plus utilisées par les adolescents du groupe clinique, si on se réfère au **tableau 1** (pp.88-89). Les adolescents du groupe non-clinique ont également eu recours à une stratégie d'évitement (CSCYCOAV) avec la première mesure (CSCY), mais avec une autre mesure, le *CRI-Y*, ils ont surtout utilisé une réponse d'approche (adaptée) soit l'analyse logique (CRIP2LA). Cette observation vient concrétiser les commentaires précédents au sujet de la distinction à faire entre les deux groupes au niveau de l'utilisation des stratégies de *coping* adaptées.

*Hypothèse h): Nous prévoyons que les marqueurs qui prédisent la probabilité d'avoir*

*des problèmes de jeu seront les mêmes pour tous les groupes à l'étude.*

Ces analyses nous ont permis de constater, contrairement à ce que nous avons prévu, à quel point les jeunes adultes diffèrent des adolescents. Pour le groupe de jeunes adultes, notre modèle a obtenu un bon ajustement avec un minimum de variables, soit les deux variables (PFQGUILT et TOSCAGUI) mesurant le niveau de culpabilité ressenti chez les participants; tandis que chez les adolescents, ces variables ne contribuent aucunement à la prédiction de la probabilité qu'un d'eux ait un problème de jeu excessif. En effet, l'équation de prédiction optimale pour les adolescents du groupe non-clinique regroupe 11 variables, alors que celle pour les adolescents du groupe clinique en retient 10. De ce nombre, les deux groupes se partagent uniquement 3 prédicteurs, soit le fait de rechercher des conseils et du soutien pour mieux affronter un stressor (CRIP2SG), le fait de donner la responsabilité à autrui lorsque vient le temps de prendre une décision, ou d'omettre de le faire dans le cas des adolescents du groupe clinique (MDMQ2BP) et le peu de fierté que l'on retire suite à un comportement effectué (TOSCABP). Ces résultats viennent confirmer l'existence de différences notables non seulement entre les adolescents et les jeunes adultes, mais aussi entre les adolescents des groupes clinique et non-clinique. De nouvelles études seront nécessaires afin d'analyser en profondeur la signification de ces différences.

De façon générale, les résultats de la présente étude contribuent à mieux faire connaître le jeu pathologique dans son ensemble en apportant des contributions théoriques aux recherches consacrées à l'étude du phénomène du jeu chez les adolescents et les jeunes adultes, en plus de contester le rôle tenu par certains facteurs – comme les processus décisionnels ou encore les stratégies de *coping* inadaptées – dans certaines théories ou modèles proposés pour expliquer ou

conceptualiser cette problématique. Les résultats permettent notamment de démontrer la pertinence de certains concepts (et/ou certains liens) de la théorie de McCormick (1994) pour les adolescents ou pour les jeunes adultes qui sont aux prises avec des problèmes d'addiction chimique et/ou comportementale, tout en contredisant d'autres concepts, comme le rôle attribué aux stratégies de coping inadaptées. Les résultats obtenus entraînent également des implications pratiques fort utiles pour s'attaquer aux problèmes directs et indirects créés par cette dépendance envers le jeu. Elles sont présentées dans la section suivante.

### *Implications pratiques et interventions suggérées*

Les résultats obtenus suite à cette étude viennent soutenir la pertinence de nombreuses implications pratiques. D'abord le problème de jeu se doit d'être ciblé dans les programmes de prévention destinés aux adolescents (et à leurs parents), comme le sont la consommation d'alcool ou de drogues. L'emphase de tels programmes doit, en autres, être dirigé vers les marqueurs psychologiques qui aident à conceptualiser et à définir ce problème. En plus des sentiments d'infériorité, de dépression et de faible estime de soi (Gupta & Derevensky, 1998) – bien que les recherches de Andrews (2003) viennent contredire l'importance accordée à l'estime de soi comme facteur de risque –, la présente étude fournit des pistes intéressantes en ce qui concerne le rôle joué par les émotions de honte / culpabilité ressenties par les adolescents dans la conceptualisation du jeu problématique; leurs répertoires de stratégies de  *coping*  adaptées, de même que leurs processus décisionnels adaptés, mériteraient également que les chercheurs s'y attardent davantage. Bien sûr, d'autres études seront nécessaires avant de concrétiser ces marqueurs au sein d'éventuels programmes de prévention, mais les résultats présentés dans cette

thèse sont prometteurs à cet égard.

Les jeunes qui souffrent d'autres problèmes de consommation ou de comportements (comorbidité) sont particulièrement vulnérables, selon les résultats obtenus via cette étude. En effet, des corrélations élevées et significatives ont été remarquées entre la variable classifiant les joueurs à risque (SOGSDICH) et les problèmes de dépression (IDDEPRES;  $r = 0,323$ ), d'abus d'alcool ou de drogues (IDABUS;  $r = 0,306$ ) chez l'adolescent ou encore de stress post-traumatique chez l'adolescent (IDPTSD;  $r = 0,193$ ) ou chez un membre de sa famille (FAMPTSD;  $r = 0,259$ ). Il s'agit donc de redoubler d'efforts avec ces derniers, en instaurant de nouvelles mesures pour les aider à mieux reconnaître et à mieux gérer leurs émotions négatives (honte et culpabilité), à améliorer leurs stratégies de prise de décisions, et accroître leur répertoire de réponses de *coping* adaptées. On parle ici de promouvoir les gestes d'affection, la communication au sein des familles; ou encore d'augmenter la satisfaction à l'école ou au travail par le biais de programmes de renforcement; d'améliorer les stratégies de résolution de problèmes via un enseignement proactif, etc. Les processus décisionnels, rappelons-le, semblent indirectement liés à la problématique du jeu dans le cas des adolescents, contrairement à ce que nous avons pu observer avec nos jeunes adultes. On les soupçonne d'influencer le choix de stratégies de *coping* alors qu'il semble que ce lien ne soit pas pertinent sur le plan statistique (vérifié avec les sous-modèles d'équations structurelles).

Ces résultats viennent enrichir la connaissance au sujet du jeu, en plus de fournir de nouvelles cibles aux conseillers, thérapeutes, psychologues, travailleurs sociaux et autres intervenants oeuvrant auprès de populations de jeunes adultes et d'adolescents. Si les résultats de recherches futures viennent confirmer les résultats obtenus dans celle-ci, ces derniers seront en

mesure de mieux comprendre la dynamique qui se cache derrière ce terrible fléau. Des ateliers visant à développer de nouvelles habiletés sociales (i.e., demander de l'aide, savoir écouter, éviter les mauvaises influences) pourraient par exemple, aider les adolescents à faire face à leurs défis quotidiens en plus d'agir comme facteur protecteur pour prévenir d'éventuels problèmes d'addiction.

Cette étude permet aussi d'établir un lien entre l'aspect théorique et l'utilisation pratique de la recherche sur les stratégies de *coping*. Des chercheurs (Somerfield & McCrae, 2000) ont en effet condamné l'absence de lien entre la recherche sur le *coping* et l'utilisation qu'en font les intervenants lorsqu'ils rencontrent un client. Ils proposent que cette situation soit attribuable aux peu de renseignements que la recherche sur le *coping* apporte aux cliniciens, provoquant un désintéressement chez ces derniers. Ils ajoutent que les cliniciens perçoivent le *coping* comme étant distinct des processus impliqués dans les problèmes psychologiques (pathologiques). Les études de Coyne et Racioppo (2000) et de Folkman et Moskowitz (2000) permettent de déterminer le besoin d'avoir des critères définis qui sont liés aux besoins des individus et aux objectifs de traitement. Ils ajoutent que ces efforts doivent se faire dans des contextes spécifiques et s'attarder à des problèmes spécifiques, une opinion partagée par Costa et McCrae, 1993). Encore une fois, les résultats de notre étude établissent le besoin d'augmenter le répertoire des stratégies de *coping* adaptées pour les adolescents aux prises avec des problèmes de consommation et/ou de comportements.

Une autre contribution intéressante concerne les deniers publics. Nous avons une vague idée des sommes investies par nos gouvernements, année après année, pour couvrir une portion des dépenses directement ou indirectement reliées aux problèmes de jeu (i.e., programmes de

traitement, prestations d'aide sociale, soutien aux membres des familles affectées, sans compter les conséquences économiques et sociales des vols et autres crimes commis pour assouvir son besoin de jouer). Les conclusions de cette étude viennent corroborer ceux d'études précédentes en soulignant le besoin de cibler les populations adolescentes (et de jeunes adultes) pour les programmes de prévention. De plus, celles-ci démontrent clairement où ces argents devraient être investis. Nous savons tous qu'à long terme, la *prévention* rapporte beaucoup plus à la société en plus d'être moins onéreuse que la répression ou le traitement. La validation de certains concepts puisés des théories portant sur les addictions nous laisse entrevoir des similitudes entre les problèmes de jeu et les autres problèmes de consommation. Le jeu est cependant beaucoup plus sournois comme problème: invisible à l'oeil nu, il peut se développer très tôt et durer longtemps, avant que quelqu'un s'en aperçoive. Le fait d'être conscient des marqueurs jouant un rôle dans sa conceptualisation est certes un avantage; le fait de connaître les symptômes qui y sont rattachés l'est tout autant. Bien que certains résultats nécessiteront d'autres études pour confirmer leur pertinences, cette thèse contribue à l'avancement des connaissances sur les problèmes de jeu dans la population adolescente ainsi qu'auprès des jeunes adultes (universitaires), en suggérant des nouveaux marqueurs qui semblent jouer un rôle quelconque dans la conceptualisation du jeu pathologique. Les intervenants et les gouvernements devront cependant porter attention à la double-nature du jeu, où pour un joueur, il existe toujours deux possibilités: gagner ou perdre de l'argent... ce qui contribue à la complexité et au maintien de la problématique en rendant le lien cognitif entre le fait de jouer et de perdre de l'argent (du moins à long terme) beaucoup plus difficile à établir pour le joueur. En contrepartie, la consommation continue d'alcool mènera automatiquement à l'ébriété. Un alcoolique ne peut pas boire \$50 000

d'alcool en une semaine: il tombera à terre bien avant! Tandis que pour le joueur pathologique, il n'y a pas de limite... Comme l'expliquait le Dr. Ladouceur dans un article de la Presse Canadienne (14 juin 2001), l'alcoolique fait le lien entre le fait de boire et celui de parvenir à un état d'ébriété. Le joueur pathologique ne fait pas le lien entre le fait de jouer et de perdre de l'argent. Il ajoute que ce sont ces perceptions qu'il faut changer, justifiant du même coup l'importance des programmes de prévention.

Les conseils scolaires, les écoles pourront également tirer profit de ces précisions sur la nature du jeu, ses marqueurs et ses conséquences. Les parents gagneraient certainement à être informés de ces résultats, quant on connaît leur rôle qu'ils peuvent jouer dans l'éducation de leurs enfants. Comme le mentionnent Deguire et Gupta (La Presse, 3 mars 2002), ils doivent reconnaître que les chances que leurs enfants s'adonnent au jeu sont réelles, et ainsi, leur expliquer les risques encourus.

Les suggestions pratiques proposées pour cibler les marqueurs responsables de la pathologie envers les jeux de hasard et d'argent ne représentent qu'une portion des interventions possibles à cet égard. Des études empiriques seront utiles et nécessaires afin de valider les suggestions énumérées ci-haut.

Malgré toutes les précautions prises pour faire de cette thèse une étude solide et défendable sur le plan statistique, certaines limites inhérentes à l'utilisation de telles procédures sont inévitables. Elles sont donc présentées dans la section suivante.

*Limites de l'étude*

Certaines limites viennent nuancer les résultats obtenus. Il convient de les énumérer afin de préciser la portée de cette étude. Une première limite concerne l'utilisation de modèles structuraux de covariances (*covariance structure models*). Malgré le fait que les données obtenues soient cohérentes avec les relations causales proposées par la littérature sur les addictions en général, les analyses d'équations structurelles ne permettent aucunement d'inférer la causalité entre les variables. Les interprétations offertes dans cette étude ne découlent pas de preuves de causalité, mais plutôt de la notion que les relations causales soient plus ou moins raisonnables relativement à des spécifications alternatives (Jöreskog & Sörbom, 1989). Les analyses statistiques utilisées permettent uniquement de dire que les modèles postulés sont plausibles à partir des données obtenues (Kline, 1998). Cependant, même si elles ne permettent pas d'inférer la causalité, de telles analyses augmentent la plausibilité des modèles causaux estimés, en plus de réduire la plausibilité de modèles alternatifs.

Des données longitudinales – par rapport aux données transversales recueillis dans cette thèse -- seraient particulièrement utiles pour étudier certaines différences, et/ou certaines inférences possibles dans cette recherche. De même, de telles études permettraient de limiter l'effet de la variance attribuable à la méthode utilisée (*common method variance*) qui peut biaiser les relations observées (Kline, 1998).

De plus, même si plusieurs recherches ayant recours aux analyses d'équations structurelles utilisent un nombre restreint d'indicateurs, il est recommandé d'utiliser au moins trois indicateurs par variable latente. Les recherches éventuelles devraient donc évaluer les émotions de honte et de culpabilité à l'aide d'au moins un indicateur supplémentaire.

Une autre limite à cette étude provient des variables endogènes utilisées pour celle-ci: évidemment, d'autres variables endogènes auraient pu être incluses dans nos modèles. Par exemple, le locus de contrôle est un prédicteur souvent utilisé pour évaluer les stratégies de *coping* d'un individu. Le type d'attachement des adolescents envers leurs parents aurait aussi pu être ajouté aux variables de honte et de culpabilité. Un outil mesurant les distorsions cognitives des jeunes face aux jeux de hasard et d'argent aurait certainement enrichi nos variables de *coping*. De plus, quand on connaît le lien direct entre nos cognitions et nos émotions, il aurait été intéressant d'inclure une mesure des cognitions dans cette recherche. Il est important de préciser ici que ces variables furent d'abord incluses dans un modèle initial. Cependant, suite à une étude auprès d'étudiants universitaires, nous en sommes venus à la conclusion que 1) certains outils ne mesuraient pas ce qu'ils devaient mesurer (i.e., le *GABS* pour mesurer les distorsions cognitives en rapport avec le jeu), et 2) que notre questionnaire était beaucoup trop long, plusieurs étudiants n'arrivant pas à le terminer à l'intérieur des limites de temps alloué pour la complétion; la cueillette de données auprès d'adolescents aurait certainement été encore plus fastidieuse. C'est alors que la décision d'éliminer certains marqueurs fut prise. Le choix s'est fait en fonction de la qualité (fiabilité, validité), de la longueur (nombre d'items, temps de complétion), et de la pertinence (vocabulaire utilisé dans l'outil, formulation des questions, etc.) de nos instruments de mesure. De plus, les recherches antérieures et les théories utilisées furent utilisées pour déterminer le soutien théorique accordé aux différents prédicteurs.

Autre point à considérer: nos données furent recueillies au moyen de mesures auto-rapportées auprès de jeunes adultes et d'adolescents; cette méthode, bien qu'efficace en terme de temps et d'argent, comporte néanmoins plusieurs limites. Idéalement, des mesures plus

objectives et provenant de sources externes (i.e., entrevues avec le répondant, entrevues avec des gens de son entourage, vérification des statistiques du centre de traitement, etc.) seraient utilisées conjointement avec les questionnaires: ceci viendrait améliorer la portée de nos résultats, tout en limitant l'impact de la variance liée à la méthode utilisée. Un des instruments utilisés pour mesurer la sévérité des problèmes de jeu, soit le *SOGS-RA*, fait aussi l'objet d'une controverse. Bien que son utilisation soit très répandue, une récente étude remet en question la difficulté de compréhension de certains items qui le composent, gonflant ainsi le nombre de joueurs identifiés comme ayant un problème de jeu ou encore un risque élevé d'en développer un (Ladouceur, Bouchard, Rhéaume, Jacques, Ferland, Leblond, & Walker, 2000). Ceci ne vient aucunement remettre en question les tendances et les liens obtenus à partir de nos données. Seul le nombre de joueurs problématiques identifiés pourrait varier. Ici encore, le fait d'avoir utilisé quatre différentes mesures de la sévérité des problèmes de jeu dans notre étude vient nuancer l'importance relative des résultats obtenus avec le *SOGS-RA*.

Autres détails concernant les questionnaires: les questionnaires reliés aux réponses de *coping* demandaient aux répondants d'identifier brièvement (en 2-3 lignes) une situation vécue qu'ils jugent stressante (qui a provoqué de l'anxiété ou un "inconfort" chez eux): or, malgré nos demandes répétées à cet effet – et la question clairement énoncée dans les questionnaires – une majorité d'adolescents n'a pas pris la peine de décrire cette situation par écrit; il semble qu'ils aient préféré garder leur histoire pour eux... ou qu'ils ont tout simplement omis de la décrire. Or, les recherches sur le *coping* démontrent que la réponse de *coping* utilisée dépend grandement de l'évaluation qu'une personne se fait de la situation anxiogène (ou menaçante) et de la perception de contrôle qu'elle ressent vis-à-vis celle-ci (Lazarus & Folkman, 1984). Ainsi, le manque

d'information à ce niveau nous a empêché de déterminer, par exemple, pour quelles situations telle ou telle stratégie était plus souvent utilisée. Les recherches futures devront porter une attention toute particulière à cette information.

Le contexte dans lequel les données des adolescents du groupe clinique furent recueillies, est aussi à considérer. Ces adolescents recevaient un traitement quelconque au moment de répondre à ces questionnaires. Même si plusieurs questionnaires font référence aux 12 derniers mois, nous n'avions pas de renseignements précis sur la durée prévue de leur traitement (ou leur nombre de rencontres, etc.), ni depuis combien de temps ils y étaient. Cette information pourrait qualifier certains résultats observés au sein du groupe clinique. Aussi, nous sommes en droit de nous demander si certains adolescents – bien que plusieurs aient refusé de répondre aux questionnaires – n'ont pas répondu aux questionnaires dans l'unique but de plaire à (ou de ne pas décevoir) leur thérapeute qui était normalement présent (non impliqué, mais souvent présent dans la salle) au moment de la cueillette. Le même commentaire s'applique aux adolescents de notre groupe non-clinique et même aux universitaires, bien qu'à un niveau moins important (avec leur professeur). De plus, puisque cette étude se faisait sur une base volontaire, il est permis de croire que certains jeunes qui ont choisi de ne pas répondre, ont préféré ne pas révéler leurs problèmes (de jeu, de consommation, ou autres): ceci pourrait avoir causé un biais involontaire d'auto-sélection dans nos échantillons.

Aussi, il faut noter que la grande majorité de nos adolescents composant le groupe non-clinique provenait des mêmes écoles secondaires (3); de plus, les questionnaires étaient tous en anglais. Cette limite vient limiter la généralisation des résultats obtenus. Cette étude fut aussi réalisée dans un contexte spécifique, auprès d'une population particulière (adolescents et adultes

anglophones), à un moment bien précis dans le temps. Vu la nature dynamique et évolutive de l'être humain – spécialement à cet âge – les conclusions se doivent donc d'être interprétées dans ce contexte et en ce sens.

En plus des suggestions énumérées dans les sections précédentes, d'autres études pourraient contribuer à faire avancer la connaissance au sujet du jeu excessif: en voici un bref aperçu.

### *Études futures: quelques suggestions*

Compte-tenu des résultats mitigés obtenus avec les stratégies de *coping* inadaptées avec nos deux échantillons d'adolescents, il conviendrait de revoir en détails le rôle joué par ces dernières dans le développement de comportements addictifs. Des études ultérieures pourraient se pencher sur cette question. Cette étude verrait à bien identifier le stresser utilisé par les adolescents pour répondre au questionnaire, puisque les réponses de *coping* varient beaucoup en fonction de l'évaluation que les jeunes se font du stresser auquel ils doivent faire face.

Étant donné le grand nombre de stratégies de *coping* et le nombre d'utilisations que l'on peut faire de celles-ci (i.e., résolution de problèmes vs diminution de l'anxiété), il conviendrait d'étudier l'impact d'un plus grand nombre de stratégies sur les modèles d'addiction (i.e., relaxation, restructuration cognitive). Par exemple, certaines stratégies pourraient servir de "tampon" (facteur protecteur) entre la situation et la réaction face à celle-ci tandis que d'autres interagiraient directement au niveau du stresser (relaxation vs résolution de problèmes). En effet, certains stressers provoquent des exigences de *coping* particulières et ils sont atténués seulement par les stratégies qui rencontrent ces exigences (Wheaton, 1985). Comme nous

# NOTE TO USERS

Page(s) not included in the original manuscript and are unavailable from the author or university. The manuscript was scanned as received.

161

This reproduction is the best copy available.

**UMI**<sup>®</sup>

limitée à l'étude de prédispositions psychologiques (ou émotives), il serait pertinent d'y ajouter des études portant sur d'autres types de prédispositions, comme les facteurs historiques ou familiaux, les facteurs contextuels ou sociaux, de même que des études portant spécifiquement sur des facteurs de protection. La plupart de ces facteurs furent, à un moment ou à un autre, évalués auprès de populations adultes ou adolescentes. Je recommande de le faire de nouveau, en utilisant des combinaisons de ces facteurs, afin de déterminer l'impact qu'ils pourraient avoir les uns sur les autres. Par exemple, le goût du risque chez les adolescents- joueurs pourrait en réalité représenter une stratégie de *coping*. En effet, McCormick (1994) explique que "distancing coping strategies are marked by aggressive efforts to alter the situation, and some degree of hostility and risk-taking could be involved"(p.85). Ces stratégies d'éloignement visent à se défaire ou se détacher d'une situation et de minimiser l'importance ou la signification de celle-ci. Encore une fois, cette piste mérite qu'on s'y attarde.

**Des études longitudinales comparatives entre les adolescents et les adolescentes** pourraient aussi contribuer à faire avancer la connaissance. Dans cette étude, le trop faible ratio adolescents/ adolescentes ayant répondu à nos questionnaires, nous a empêché de tirer des conclusions à cet égard. Nous savons qu'il existe des différences au niveau de la fréquence de jeu et du choix des activités de *gambling* entre les jeunes hommes et les jeunes femmes (Gupta & Derevensky, 1998), mais d'autres différences en ce qui concerne les facteurs impliqués dans le développement de la pathologie pourraient exister entre les deux groupes. De la même façon, des études longitudinales comparatives entre des sous-groupes d'adolescents divisés en fonction de leur âge, permettrait de mieux cibler nos interventions (i.e., les 12-15 ans ou les 16-18 ans).

Compte-tenu de l'importance du rôle joué par les parents dans le développement d'un

enfant, il conviendrait d'étudier davantage l'impact des différents styles autoritaires sur les marqueurs identifiés comme jouant un rôle dans le développement de la pathologie envers le jeu. Nous savons par exemple que les parents exerçant une autorité démocratique et permissive fournissent plus d'occasions à leurs enfants de faire preuve d'autonomie. Nous savons également que les adolescents qui ont des parents trop stricts ou trop permissifs réussissent difficilement à prendre de bonnes décisions (Elder, 1963). Puisque nous connaissons l'importance des processus décisionnels dans le cycle d'une addiction, il conviendrait d'étudier le rôle des parents à ce niveau. Ces recherches pourraient élargir les théories des addictions en plus d'offrir une autre cible pour les stratégies de prévention (en milieu familial).

Un autre champ d'intérêt serait l'étude de la motivation qui se cache derrière les enjeux psychologiques, familiaux et sociaux, qui sont impliqués dans la pathologie relative aux jeux de hasard et d'argent. Jacobs (1986) dans sa théorie générale des addictions, souligne que la motivation à vouloir refaire le comportement contribue à l'aggravation des problèmes de l'individu. Il explique d'ailleurs que les seuls endroits où on peut intervenir pour aider un individu aux prises avec un comportement répétitif, sont dans les stades I et III de sa théorie. Il serait intéressant de voir à quel niveau (quel type) de motivation correspondent ces stades. Sachant quelles sont les motivations qui amènent un individu à demander de l'aide sous forme de traitement, les intervenants pourraient modifier leurs interventions en conséquence. La théorie de l'autodétermination de Deci et Ryan (1985), par exemple, reconnaît l'existence de différents types de motivation qui peuvent avoir un impact distinct sur l'intégration et le maintien de changements thérapeutiques. Cette théorie souligne les diverses conséquences psychologiques associées aux différents types de motivation. Un continuum d'autodétermination vient situer sur

une échelle ces concepts reliés à la motivation, facilitant ainsi la reconnaissance des motivations qui sous-tendent les comportements observés lors de situations diverses. Puisque la motivation est un concept dynamique, le continuum d'autodétermination nous propose les étapes à suivre pour augmenter la motivation de quelqu'un vis-à-vis une tâche particulière (Deci & Ryan, 1985). Ainsi, cette connaissance viendrait améliorer la portée des stratégies d'interventions pour le jeu excessif, en étant en mesure de les cibler en fonction de leur degré de motivation.

Dans un même ordre d'idées, des études sur les techniques d'auto-persuasion, qui sont des moyens de motiver les gens à changer eux-mêmes leurs attitudes et leurs comportements, pourraient aussi amener une nouvelle stratégie ou technique d'intervention pour le traitement des joueurs pathologiques. Ces techniques ont des effets beaucoup plus durables que les techniques de persuasion qu'un thérapeute pourrait utiliser, par exemple. Les chercheurs établissent des liens entre l'auto-persuasion et la motivation intrinsèque, telle qu'elle est décrite par Deci et Ryan (1985) (Aronson, 1999).

Finalement, rappelons qu'une étude longitudinale qui utiliserait les analyses d'équations structurelles serait nécessaire pour confirmer la validité des séquences causales postulées par les différents modèles proposés dans cette thèse. Les influences réciproques des diverses variables seraient aussi évaluées dans le temps, nous permettant de vérifier si les liens obtenus dans notre recherche sont statiques ou plutôt dynamiques.

### *CONCLUSION*

De nos jours, pratiquement tous les kiosques à journaux, les épiceries, les dépanneurs et même les banques, vendent des billets de loterie; le bingo est de plus en plus populaire, même auprès des jeunes – notamment, suite à la nouvelle initiative de Loto-Québec des bingos en réseaux – même qu'on les retrouve dans plusieurs sous-sol d'églises; et de plus en plus de régions peuvent se targuer d'avoir leur propre casino. Ce qui était jadis considéré comme une activité criminelle, puis comme une activité occasionnelle, surtout réservée aux bien nantis de ce monde, est aujourd'hui un passe-temps contemporain (!) socialement accepté.

Les jeux de hasard et d'argent sont ici pour rester. Les gens jouent parce que dans notre société où la réussite à tout prix se traduit par les biens de consommation, le jeu est un moyen possible pour se mettre sur cette voie de la réussite, pensent certains chercheurs. Les gens aiment jouer, et les gouvernements en tirent d'intéressants revenus. Malheureusement, cela signifie que le nombre de joueurs pathologiques n'a pas fini d'augmenter, d'autant plus que de nouvelles possibilités de jeux ne cessent de se multiplier – on n'a qu'à penser aux CD-rom ou aux possibilités générées par un medium comme l'internet: d'où la nécessité de raffiner les diverses formes d'aide proposées et de les destiner à un public de plus en plus jeunes, puisque ce sont ces derniers qui semblent en être les dernières victimes.

L'adolescence représente une période transitoire où tout évolue rapidement, amenant avec elle son lot de changements sur le plan physique, psychologique, émotionnel et social. C'est un moment propice à l'expérimentation. En effet, durant cette portion de vie, beaucoup de jeunes

commencent à boire, à fumer, à avoir des relations sexuelles, et ... à jouer. Bien sûr, les recherches antérieures ont souligné le fait que ces pratiques risquées vont diminuer avec l'âge (voire la maturité) et qu'elles feront place à d'autres activités alternatives (Borum, 2003). Cependant, pour les adolescents qui sont à risque de développer une addiction chimique ou comportementale, comme le jeu excessif, l'adolescence demeure une période critique.

Les résultats de la présente thèse viennent supporter certains concepts tirés de la théorie de McCormick (1994) auprès des populations adolescentes et de jeunes adultes, avec les réserves que l'on a émises à son égard. Cependant, les adolescents et les jeunes adultes n'arrivent pas à distinguer les émotions de honte de celles de culpabilité. Il ne semble pas non plus avoir de relation entre le fait de ressentir de la honte et/ou de la culpabilité et le fait d'avoir recours à des stratégies de *coping* inadéquates ou inadaptées chez les adolescents, comme c'est le cas pour les adultes. De plus, l'absence de lien entre les processus décisionnels et les stratégies de *coping* chez les adolescents, jumelée aux liens découverts entre 1) les émotions de honte / culpabilité et les processus décisionnels adaptés, et 2) entre les émotions de honte / culpabilité et le risque de pathologie envers le jeu et 3) les stratégies de coping adaptées et la problématique du jeu, laissent présager la présence d'un (des) facteur(s) intermédiaire(s) entre ces deux entités, toujours pour notre population adolescente. Chez les jeunes adultes, des liens directs et indirects entre les émotions de honte/culpabilité et les stratégies de coping inadaptées, de même qu'avec les processus décisionnels inadaptés, viennent s'ajouter au lien avec la problématique du jeu. Cependant, ces mêmes liens ne s'appliquent pas aux stratégies adaptées (de décision ou de coping), ces dernières étant plutôt liées à l'attitude que l'on adopte vis-à-vis des choix que nous faisons (fierté de faire tel ou tel geste, par exemple). Enfin, les résultats des comparaisons multi-

groupes démontrent que les adolescents qui composent le groupe clinique ressentent davantage de honte et/ou de culpabilité que leurs pairs et qu'ils ont un répertoire plus limité de stratégies de coping adaptées, et qu'ils utilisent moins celles-ci comme facteur de protection contre le développement de problèmes liés au jeu excessif.

À la lumière de cet exercice, l'habileté de reconnaître le rôle que jouent les émotions de honte et de culpabilité sur les processus décisionnels et les stratégies de *coping* qui, à leur tour, prédisposent les jeunes à d'actuels ou de futurs problèmes avec le jeu, pourrait, en plus de réduire les coûts directs et indirects d'une telle pratique, jouer un rôle déterminant dans le développement de futures stratégies de prévention et de traitement pour le joueur pathologique en devenir.

RÉFÉRENCES

Adolescent decision-making: The development of competence. *Journal of Adolescence* 12, 265-278. 1989.

Human Feelings: Explorations in Affect Development and Meaning. (1993). Hillsdale, NJ: The Analytic Press.

Aldwin, C. (1994). Stress, coping and development: An integrative perspective. New-York: Guilford.

Altshuler, J. L. & Ruble, D. N. Developmental changes in children's awareness of strategies for coping with uncontrollable stress. *Child Development* 60, 1337-1349. 1989.

American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (4th ed., Rev. ed.) Washington, D.C.: American Psychiatric Association.

Arbuckle, J. L. (1997). Amos user's guide. Chicago: Small Waters.

Aronson, E. The Power of Self-Persuasion. *American Psychologist* 54[11], 875-884. 1999.

Ashby, J. S. M. W. J. S. R. B. C. J. M. Psychologists' Labeling of the Affective States of Shame and of Guilt. *Psychotherapy* 34[1], 58-63. 1997.

Band, E. B. & Weisz, J. R. How to feel better when it feels bad: Children's perspectives on coping with everyday stress. *Developmental Psychology* 24, 247-253. 1988.

Baumeister, R. F. S. A. M. & H. T. F. (1994). Guilt: an interpersonal approach.

Psychological Bulletin, 115, 243-267.

Bentler, P. M. Comparative fit indexes in structural models. *Psychological Bulletin* 107, 238-246. 1990.

Bentler, P. M. (1995). EQS structural equations program manual. Encino, CA: Multivariate Software.

Bolger, N. Coping as a personality process: A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*. 59, 525-537. 1990.

Bollen, K. A. & Long, J. S. (1993). Introduction. In K.A.Bollen & J.S.Long (Eds.), Testing Structural Equation Models. (pp. 1-9). Newbury: Sage.

Brodzinsky, D. M., Elias, M. J., Steiger, C., Simon, J., Gill, M., & Clarke Hitt, J. Coping Scale for Children and Youth: Scale Development and Validation. *Journal of Applied Developmental Psychology* 13, 195-214. 1992.

Carver, C. S., Schier, M. F., & Weintraub, J. K. Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*. 56, 267-283. 1989.

Compas, B. E. Coping with stress during childhood and adolescence. *Psychological Bulletin* 101, 393-403. 1987.

Compas, B. E. Stress and life events during childhood and adolescence. *Clinical Psychology Review* 7, 275-302. 1987.

Costa, P. T. & McCrae, R. R. (1993). Psychological stress and coping in old age. In L. Goldberger & S. Breznitz (Eds.), Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects. (pp. 403-412). New York: Free Press.

Coyne, J. C. & Racioppo, M. W. Never the twain shall meet? Closing the gap between coping research and clinical intervention research. *American Psychologist* 55, 655-664. 2000.

Crowley, J. (1998). Adolescent Intervention Strategies. In R.K. White & D. G. Wright (Eds.), Addiction Intervention: Strategies to motivate treatment-seeking behavior (pp. 87-100). New-York: The Haworth Press.

Deci, E. L. & Ryan, M. (1985). Intrinsic motivation and self-determination in human behavior. New York: Plenum.

Distefano, M. & Pryor, M. S. C. Comparisons of normal adolescents, psychiatric patients and adults on internal-external control. *Journal of Clinical Psychology* 27, 343-345. 1987.

Dube, D., Freeston, M. H., & Ladouceur, R. Potential and probable pathological gamblers: Where do the differences lie? *Journal of Gambling Studies* 12[4], 419-430. 1996.

Dupont, H. (1994). Emotional Development, Theory and Applications: A Neo-Piagetian Perspective. Westport: Praeger Publishers.

Elder, G. H. Parental power legitimation and its effect on the adolescent. *Sociometry* 26, 50-65. 1963.

Ferguson, T. J. & Crowley, S. L. Measure for Measure: A Multitrait-Multimethod Analysis of Guilt and Shame. *Journal of Personality Assessment* 69[2], 425-441. 1997.

Ferguson, T. J. & S. H. (2002). Emotional states and traits in children: the case of guilt and shame. In J.P.&F.K.W.Tangney (Ed.), Self-Conscious Emotions: Shame, Guilt, Embarrassment, and Pride ( New York: Guilford Press.

Ferguson, T. J. S. H. & D. I. Children's understanding of guilt and shame. *Child Development* 62, 827-839. 1991.

Ferguson, T. J. S. H. & Eyre, H. L. V. R. A. M. Context Effects and the (Mal)adaptive Nature of Guilt and Shame in Children. *Genetic, Social, and General Psychology Monographs* 126[3], 319-345. 2000.

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

Fisher, S. Developing the DSM-IV Criteria to Identify Adolescent Problem Gambling in Non-Clinical Populations. *Journal of Gambling Studies* 16[2/3], 253-273. 2000.

Folkman, S. & Lazarus, R. S. An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*. 21, 219-239. 1980.

Folkman, S. & Moskowitz, J. T. Positive affect and the other side of coping. *American Psychologist* 55, 647-654. 2000.

Friedman, I. A. & M. L. Coping patterns in adolescent decision making: an Israeli-

Australian comparison. *Journal of Adolescence* 16, 187-199. 1993.

Frydenberg, E. (1999). Learning to cope: Developing as a person in complex societies.  
Melbourne: Oxford University Press.

G.Charron (1979). Freud et le problème de la culpabilité. Ottawa: Éditions de l'Université d'Ottawa.

Garber, J., Braafladt, N., & Zeman, J. (1991). The regulation of sad effect: An information-processing perspective. In J.Garber & K.A.Dodge (Ed.), The development of emotion regulation and dysregulation. (pp. 204-280). Cambridge, England: Cambridge University Press.

Govoni, R., Rupcich, N., & Frisch, G. R. Gambling behavior of adolescent gamblers. *Journal of Gambling Studies* 12, 305-318. 1996.

Griffiths, M. Pathological gambling: A review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 3, 347-353. 1996.

Griffiths, M. D. Gambling in children and adolescents. *Journal of Gambling Behavior* 5, 66-83. 1989.

Gupta, R. & Derevensky, J. L. Familial and social influences on juvenile gambling. *Journal of Gambling Studies* 13, 179-192. 1997.

Gupta, R. & Derevensky, J. L. An Empirical Examination of Jacobs' General Theory of Addictions: Do Adolescent Gamblers Fit the Theory? *Journal of Gambling Studies* 14[1], 17-49.

1998.

Gupta, R. & Derevensky, J. L. Adolescent gambling behavior: A prevalence study and examination of the correlates associated with excessive gambling. *Journal of Gambling Studies* 14, 227-244. 1998.

Haan, N. (1977). Coping and defending: Processes of self-environment organization. New York: Academic.

Harder, D. W. & Lewis, S. J. (1987). The assessment of shame and guilt. In J.N.Butcher & C.D.Spielberger (Eds.), Advances in personality assessment (pp. 89-114). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Harder, D. W. (1995). Shame and Guilt Assessment, and Relationships of Shame- and Guilt-Proneness to Psychopathology. In J.P.Tangney & K. W. Fischer (Eds.), Self-Conscious Emotions: The Psychology of Shame, Guilt, Embarrassment, and Pride. (pp. 368-392). New-York: The Guilford Press.

Hänninen, V. & A. H. Sex differences in coping and depression among young adults. *Social Science and Medicine* 43[10], 1453-1460. 1996.

Hoyle, R. H. & Panter, A. T. (1995). Writing about structural equation models. In R.H.Hoyle (Ed.), Structural Equation Modeling: Concepts, Issues, and Applications. (pp. 158-176). Thousand Oaks, CA: Sage.

Ishiyama, F. I. Development and Validation of a Situational Social Avoidance Scale.

Psychological Reports 85, 114-120. 1999.

Izard, C. E. (1977). Human Emotions. New York: Plenum Press.

J.D.A.Parker & N.S.Endler (2000). Coping and Defense: A Historical Overview.

Jacobs, D. F. A General Theory of Addictions:A New Theoretical Model. Journal of Gambling Behavior 2[1], 15-31. 1986.

Janis, I. L. & M. L. (1977). Decision making: a psychological analysis of conflict, choice and commitment. New York: The Free Press.

Johnson, E. E., Hamer, R. M., Nora, R. M., Tan, B., Eisenstein, N., & Engelhart, C. The Lie/Bet Questionnaire for Screening Pathological Gamblers. Psychological Reports 80, 83-88. 1997.

Johnson, E. E., Hamer, R. M., & Nora, R. M. The Lie/Bet Questionnaire for Screening Pathological Gamblers: A Follow-Up Study. Psychological Reports 83, 1219-1224. 1998.

Jones, W. H. & Kugler, K. Interpersonal correlates of the Guilt Inventory. Journal of Personality Assessment 61[2], 246-258. 1993.

Jöreskog, K. G. & S. D. (1996). LISREL 8: User's reference guide. Chicago: Scientific Software International.

June Price Tangney (1996). Conceptual and Methodological Issues in the Assessment of Shame and Guilt. Behavioural Research and Therapy, 34, 741-754.

Kline, R. B. (1998). Principles and Practices of Structural Equation Modeling. New York:

The Guilford Press.

Kugler, K. & Jones, W. H. On conceptualizing and assessing guilt. *Journal of Personality and Social Psychology*. 62[2], 318-327. 1992.

Kweitel, R. & Allen, F. C. L. Cognitive processes associated with gambling behaviour. *Psychological Reports* 82, 147-153. 1998.

Ladouceur, R. & Dubé, D. Gambling among primary school students in the Quebec metropolitan area. *Journal of Gambling Studies* 10, 363-370. 1994.

Ladouceur, R., Dubé, D., & Bujold, A. Prevalence of pathological gamblers and related problems among college students in the Quebec metropolitan area. *Canadian Journal of Psychiatry* 39, 289-293. 1994.

Ladouceur, R., Jacques, C., Ferland, F., & Giroux, I. Parents' attitudes and knowledge regarding gambling among youths. *Journal of Gambling Studies* 14, 83-90. 1998.

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

Ladouceur, R., Bouchard, C., Rheume, N., Jacques, C., Ferland, F., Leblond, J., & Walker, M. Is the SOGS an accurate measure of pathological gambling among children, adolescents and adults? *Journal of Gambling Studies* 16[1], 1-24. 2000.

Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal, and coping. New York: Springer.

Lesieur, H. R. & Klein, R. Pathological gambling among high school students. *Addictive Behaviors* 12, 129-135. 1987.

Lesieur, H. R. & Blume, S. B. Revising the South Oaks Gambling Screen in Different Settings. *Journal of Gambling Studies* 9[3], 213-221. 1993.

Lester, D. Access to gambling opportunities and compulsive gambling. *The International Journal of the Addictions* 29, 1611-1616. 1994.

Lewis, H. B. (1971). Shame and Guilt in Neurosis. New York: International Universities Press.

Loo, R. A psychometric evaluation of the General Decision-Making Style Inventory. *Personality and Individual Differences* 29, 895-905. 2000.

Mann, L., Burnett, P., Radford, M., & Ford, S. The Melbourne Decision Making Questionnaire: An instrument for Measuring Patterns for Coping with Decisional Conflict. *Journal of Behavioral Decision Making* 10, 1-19. 1997.

Mann, L., Radford, M., Burnett, P., Ford, S., Bond, M., Leung, K., Nakamura, H., Vaughan, G., & Yang K.S. Cross-cultural Differences in Self-reported Decision-making Style and Confidence. *International Journal of Psychology* 33[5], 325-335. 1998.

McCormick, R. A. Disinhibition and negative affectivity in substance abusers with and without a gambling problem. *Addictive Behaviors* 18, 331-336. 1993.

McCormick, R. A. The Importance of Coping Skill Enhancement in the Treatment of the

Pathological Gambler. *Journal of Gambling Studies* 10[1], 77-86. 1994.

McCrae, R. R. Situational determinants of coping responses: Loss, threat and challenge. *Journal of Personality and Social Psychology*. 46, 919-928. 1984.

McCusker, C. G. & Gettings, B. Automaticity of cognitive biases in addictive behaviours: Further evidence with gamblers. *British Journal of Clinical Psychology* 36, 543-554. 1997.

Meehan, W., O'Connor, L. E., Berry, J., Weiss, J., Morrison, A., & Acampora, A. Guilt, shame, and depression in clients in recovery from addiction. *Journal of psychoactive Drugs* 28[2], 125-134. 1996.

Moos, R. & Schaefer, J. (1984). The crisis of physical illness: An overview and conceptual approach. In R.Moos (Ed.), Coping with physical illness: New directions ( New York: Plenum.

Moos, R. & Schaefer, J. (1986). Life transitions and crises: A conceptual overview. In R.Moos (Ed.), Coping with life crises: An integrated approach. ( New York: Plenum.

Moos, R. (1986). Coping with life crises: An integrated approach. New York: Plenum.

Moos, R. (1993). Coping Responses Inventory - Adult Form professional manual. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, Inc.

Ormond, C. L. M. A. M. L. & B. G. A metacognitive analysis of decision making in adolescence. *Journal of Adolescence* 14, 275-291. 1991.

Pedhazer, E. J. & S. L. P. (1991). Measurement, design, and analysis: An integrated approach. In ( Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Pedhazur, E. J. & Pedhazur Schmelkin, L. (1991). Measurement, design, and analysis: An integrated approach. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

Perrewé, P. L. & Zellars, K. L. An examination of attributions and emotions in the transactional approach to the organizational stress process. *Journal of Organization Behavior* 20, 739-752. 1999.

Phillips, S. D., Paziienza, N. J., & Ferrin, H. H. Decision making styles and problem-solving appraisal. *Journal of Counseling Psychology* 31, 497-502. 1984.

Rotter, J. B. Generalized Expectancies for Internal versus External Control of reinforcement. *Psychological Monographs: General and Applied* 80[1], 1-28. 1966.

Schvaneveldt, J. D. & Adams, G. R. Adolescents and the Decision-Making Process. *Journal of Behavioral Decision Making* 22[2], 98-104. 1984.

Schvaneveldt, J. D. & Adams, G. R. Adolescents and the decision-making process. *Theory Into Practice* , 103-104. 1985.

Scott, S. G. & Bruce, R. A. Decision-Making Style: The Development and Assessment of a New Measure. *Educational and Psychological Measurement* 55[5], 818-831. 1995.

Seelig, M. Y. & Seelig, J. H. "Place Your Bets!" On Gambling, Government and Society. *Canadian Public Policy - Analyse de Politiques* 24[1], 91-106. 1998.

Seiffge-Krenke, I. (1990). Developmental processes in self-concept and coping behavior. In H. Bosma & S. Jackson (Eds.), Coping and self-concept in adolescence (pp. 51-68). Berlin: Springer-Verlag.

Seiffge-Krenke, I. Coping behavior in normal and clinical samples: more similarities than differences? *Journal of Adolescence* 16, 285-303. 1993.

Simmons, R. G., Burgeson, R., & Carlton-Ford, S. The impact of cumulative change in early adolescence. *Child Development* 58, 1220-1234. 1987.

Simon, H. A. (1976). Administrative behavior: A study of decision-making processes in administrative organization. New York: Free Press.

Smith, C. A. & Ellsworth, P. C. Patterns of cognitive appraisal in emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*. 48, 813-838. 1985.

Stinchfield, R., Cassuto, N., Winters, K., & Latimer, W. Prevalence of gambling among Minnesota public school students in 1992 and 1995. *Journal of Gambling Studies* 13, 25-48. 1997.

Susan Folkman & Judith Tedlie Moskowitz (2000). Positive Affect and the Other Side of Coping. *American Psychologist*, 55.

Tabachnick, B. G. & Fidell, L. S. (2001). Using Multivariate Statistics. (4th ed.) Boston, MA: Allyn & Bacon.

Tangney, J. P. Assessing Individual Differences in Proneness to Shame and Guilt: Development of the Self-Conscious Affect and Attribution Inventory. *Journal of Personality and Social Psychology*. 59[1], 102-111. 1990.

Tangney, J. P. Situational determinants of shame and guilt in young adulthood. *Personality and Social Psychology* 18[2], 199-206. 1992.

Tangney, J. P. (1995). Shame and Guilt in Interpersonal Relationships. In J.P. Tangney & K. W. Fischer (Eds.), Self-Conscious Emotions: The Psychology of Shame, Guilt, Embarrassment, and Pride. (pp. 114-139). New-York: The Guilford Press.

Tangney, J. P. Conceptual and methodological issues in the assessment of shame and guilt. *Behavioural Research and Therapy* 34, 741-754. 1996.

Tangney, J. P. & F. K. W. E. (1995). Self-Conscious Emotions: Shame, Guilt, Embarrassment, and Pride. New York: Guilford Press.

Tangney, J. P. W. P. & G. R. Proneness to shame, proneness to guilt, and psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology* 103, 469-478. 1992.

Tangney, J. P. W. P. F. C. & G. R. Shamed Into Anger? The Relation of Shame and Guilt to Anger and Self-Reported Aggression. *Journal of Personality and Social Psychology*. 62[4], 669-675. 1992.

Tuinstra, J., van Sonderen, F. L. P., Groothoff, J. W., van den Heuvel, W. J. A., & Post, D. Reliability, validity and structure of the Adolescent Decision Making Questionnaire among

adolescents in The Netherlands. *Personality and Individual Differences* 28, 273-285. 2000.

Vannicelli, M. (1989). *Group psychotherapy with adult children of alcoholics*. New York: Guilford Press.

Vitaro, F., Ladouceur, R., & Bujold, A. Predictive and Concurrent Correlates of Gambling in Early Adolescent Boys. *Journal of Early Adolescence* 16[2], 211-228. 1996.

Vitaro, F., Ferland, F., Jacques, C., & Ladouceur, R. Gambling, substance use, and impulsivity during adolescence. *Psychology of Addictive Behaviors* 12[3], 185-194. 1998.

Volberg, R. The prevalence and demographics of pathological gamblers: Implications for public health. *American Journal of Public Health* 84[2], 237-241. 1994.

Volberg, R. Prevalence studies of problem gambling in the United States. *Journal of Gambling Studies* 12, 111-128. 1996.

Webster, C. D. (2003). A guide for conducting risk assessments. In C.D. Webster & A. Jackson (Eds.), Impulsivity: Theory, Assessment and Treatment. (pp. 343-357). New-York: Guilford.

Weiner, B. An attributional theory of achievement motivation and emotion. *Psychological Review* 92, 548-573. 1985.

Weiss, J. (1986). Unconscious guilt. In J. Weiss & H. Sampson (Eds.), The psychoanalytic process: Theory, clinical observation and Empirical Research ( New-York: Guilford).

Westman, M. & Shirom, A. Dimensions of coping behavior: A proposed conceptual framework. *Anxiety, Stress, and Coping: An International Journal* 8, 87-100. 1995.

Wheaton, B. Models for the stress-buffering functions of coping resources. *Journal for Health and Social Behavior* 26, 352-364. 1985.

Wiebe, J., Single, E., & Falkowski-Ham, A. (2003). Measuring gambling and problem-gambling in Ontario Responsible Gambling Council (Ontario).

Winters, K. C. & Anderson, N. Gambling involvement and drug use among adolescents. *Journal of Gambling Studies* 16, 175-198. 2000

**Annexe A**  
**Matrice d'inter-corrélation entre les variables latentes et les variables observées:**  
**Groupe non-clinique: JEUNES ADULTES**

Annexe A. Matrice d'inter-corrélation entre les variables latentes et les variables observées  
 Groupe non-clinique: JEUNES ADULTES

| REL      | COPING_ADAPTE | DECISION_ADAPTEE | COPING_INADAI | DECISION_INADAF | CULPABILITE/H JEU_PROB |       |
|----------|---------------|------------------|---------------|-----------------|------------------------|-------|
| TOSCA8P  | 0,827         |                  |               |                 |                        |       |
| TOSCAAP  | 0,886         |                  |               |                 |                        |       |
| TOSCADET | 0,436         |                  |               |                 |                        |       |
| CRIADUSR | 0,607         |                  |               |                 |                        |       |
| CRIADUPS | 0,774         |                  |               |                 |                        |       |
| CRIADUSG | 0,557         |                  |               |                 |                        |       |
| CRIADUPR | 0,699         |                  |               |                 |                        |       |
| CRIADULA | 0,701         |                  |               |                 |                        |       |
| MDMQ2VIG |               | 0,616            |               |                 |                        |       |
| GDMSRAT  |               | 0,586            |               |                 |                        |       |
| CRIADUCA |               |                  | 0,828         |                 |                        |       |
| CRIADUAR |               |                  | 0,529         |                 |                        |       |
| MDMQ2HYP |               |                  |               | -0,694          |                        |       |
| MDMQ2PRO |               |                  |               | -0,789          |                        |       |
| MDMQ2BP  |               |                  |               | -0,802          |                        |       |
| MDMQ1TOT |               |                  |               | 0,657           |                        |       |
| PFQSHAME |               |                  |               |                 | 0,81                   |       |
| TOSCASHA |               |                  |               |                 | 0,451                  |       |
| PFQGUILT |               |                  |               |                 | 0,686                  |       |
| SOGSTOT  |               |                  |               |                 |                        | 0,682 |
| VLBTOT   |               |                  |               |                 |                        | 0,667 |
| LBQTOT   |               |                  |               |                 |                        | 0,607 |

**Annexe B**  
**Matrice d'inter-corrélation entre les variables latentes et les variables observées:**  
**Groupe non-clinique: ADOLESCENTS**

Annexe B. Matrice d'inter-corrélation entre les variables latentes et les variables observées  
 Groupe non-clinique: ADOLESCENTS

| REL      | COPING_ADAPT | DECISION_ADAP | COPING_INAE | DECISION_INAE | CULPABILITE/H JEU_PROB |
|----------|--------------|---------------|-------------|---------------|------------------------|
| TOSCAAP  | 0,105        |               |             |               |                        |
| TOSCADET | 0,536        |               |             |               |                        |
| TOSCAEXT | 0,205        |               |             |               |                        |
| CRIP2SR  | 0,606        |               |             |               |                        |
| CRIP2PS  | 0,828        |               |             |               |                        |
| CRIP2SG  | 0,358        |               |             |               |                        |
| CRIP2PR  | 0,622        |               |             |               |                        |
| CRIP2LA  | 0,838        |               |             |               |                        |
| CSCYPRSO | 0,238        |               |             |               |                        |
| CSCYASSE | 0,062        |               |             |               |                        |
| GDMSINT  |              | 0,186         |             |               |                        |
| ADMQSC   |              | 0,034         |             |               |                        |
| MDMQ2VIG |              | 0,567         |             |               |                        |
| GDMSRAT  |              | 0,577         |             |               |                        |
| GDMSDEP  |              | 0,231         |             |               |                        |
| CRIP2CA  |              |               | 0,505       |               |                        |
| CRIP2AR  |              |               | 0,376       |               |                        |
| SSASTOT  |              |               | 0,087       |               |                        |
| CSCYBEAV |              |               | 0,779       |               |                        |
| CSCYCOAV |              |               | 0,851       |               |                        |
| CRIP2ED  |              |               | 0,181       |               |                        |
| ADMQAV   |              |               |             | -0,685        |                        |
| ADMQPA   |              |               |             | -0,524        |                        |
| ADMQIM   |              |               |             | -0,253        |                        |
| GDMSAVO  |              |               |             | -0,417        |                        |
| GDMSPO   |              |               |             | -0,061        |                        |
| MDMQ2HYP |              |               |             | -0,659        |                        |
| MDMQ2PRO |              |               |             | -0,862        |                        |
| MDMQ2BP  |              |               |             | -0,833        |                        |
| MDMQ1TOT |              |               |             | 0,697         |                        |
| TOSCASHA |              |               |             |               | 0,993                  |
| PFQGUILT |              |               |             |               | 0,249                  |
| PFQSHAME |              |               |             |               | 0,13                   |
| TOSCABP  |              |               |             |               | -0,131                 |
| TOSCAGUI |              |               |             |               | 0,478                  |
| DSMTOT   |              |               |             |               | 0,526                  |
| SOGSTOT  |              |               |             |               | 0,349                  |
| VLBTOT   |              |               |             |               | 0,645                  |
| LBQTOT   |              |               |             |               | 0,713                  |

**Annexe C**  
**Matrice d'inter-corrélation entre les variables latentes et les variables observées:**  
**Groupe clinique: ADOLESCENTS**

Annexe C. Matrice d'inter-corrélation entre les variables latentes et les variables observées  
 Groupe clinique: ADOLESCENTS

| REL      | COPING_ADAPTE | DECISION_ADAPTE | COPING_INADA | DECISION_INADA | CULPABILITE/H JEU_PROB |       |
|----------|---------------|-----------------|--------------|----------------|------------------------|-------|
| TOSCAAP  | 0,066         |                 |              |                |                        |       |
| TOSCADET | 0,555         |                 |              |                |                        |       |
| TOSCAEXT | 0,851         |                 |              |                |                        |       |
| CRIP2SR  |               | 0,611           |              |                |                        |       |
| CRIP2PS  |               | 0,844           |              |                |                        |       |
| CRIP2SG  |               | 0,7             |              |                |                        |       |
| CRIP2PR  |               | 0,775           |              |                |                        |       |
| CRIP2LA  |               | 0,832           |              |                |                        |       |
| CSCYPRSO |               | 0,413           |              |                |                        |       |
| CSCYASSE |               | 0,234           |              |                |                        |       |
| GDMSENT  |               |                 | 0,374        |                |                        |       |
| ADMQSC   |               |                 | 0,148        |                |                        |       |
| MDMQ2VIG |               |                 | 0,356        |                |                        |       |
| GDMSRAT  |               |                 | 0,221        |                |                        |       |
| GDMSEDP  |               |                 | 0,3          |                |                        |       |
| CRIP2CA  |               |                 |              | 0,393          |                        |       |
| CRIP2AR  |               |                 |              | 0,325          |                        |       |
| SSASTOT  |               |                 |              | 0,315          |                        |       |
| CSCYBEAV |               |                 |              | 0,928          |                        |       |
| CSCYCOAV |               |                 |              | 0,746          |                        |       |
| CRIP2ED  |               |                 |              | 0,292          |                        |       |
| ADMQAV   |               |                 |              |                | 0,708                  |       |
| ADMQPA   |               |                 |              |                | 0,494                  |       |
| ADMQIM   |               |                 |              |                | 0,633                  |       |
| GDMSAVO  |               |                 |              |                | 0,593                  |       |
| GDMSSPO  |               |                 |              |                | 0,475                  |       |
| MDMQ2HYP |               |                 |              |                | 0,624                  |       |
| MDMQ2PRO |               |                 |              |                | 0,846                  |       |
| MDMQ2BP  |               |                 |              |                | 0,793                  |       |
| MDMQ1TOT |               |                 |              |                | 0                      |       |
| TOSCASHA |               |                 |              |                | 0,995                  |       |
| PFQGUILT |               |                 |              |                | 0,453                  |       |
| PFQSHAME |               |                 |              |                | 0,581                  |       |
| TOSCABP  |               |                 |              |                | 0,083                  |       |
| TOSCAGUI |               |                 |              |                | 0,112                  |       |
| DSMTOT   |               |                 |              |                |                        | 0,891 |
| SOGSTOT  |               |                 |              |                |                        | 0,809 |
| VLBTOT   |               |                 |              |                |                        | 0,813 |
| LBQTOT   |               |                 |              |                |                        | 0,786 |

**Annexe D**  
**Indices d'ajustements des mini-modèles d'équations structurelles estimés (comparaisons de moyennes latentes)**

## Annexe D

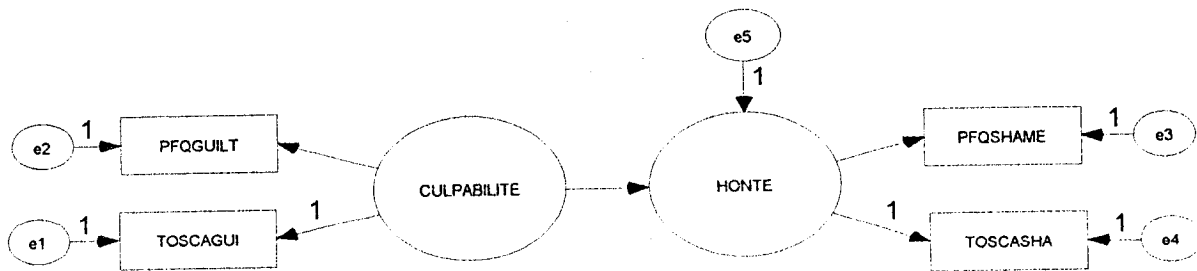
### Indices d'ajustement pour les sous-modèles du groupe non-clinique: ADOLESCENTS

| MODELE | RMSEA | GFI   | TLI    | CFI   | chi-carre | df |
|--------|-------|-------|--------|-------|-----------|----|
| 1      | 0,46  | 0,911 | -1,078 | 0,654 | 52,5      | 1  |
| 1.1    | 0,085 | 0,994 | 0,929  | 0,988 | 2,8       | 1  |
| 2      | 0,164 | 0,782 | 0,44   | 0,562 | 324,8     | 43 |
| 2.1    | 0,091 | 0,92  | 0,827  | 0,88  | 115,2     | 38 |
| 3      | 0,183 | 0,821 | 0,277  | 0,478 | 236,6     | 26 |
| 3.1    | 0,106 | 0,941 | 0,712  | 0,825 | 63,4      | 17 |
| 4      | 0,124 | 0,865 | 0,617  | 0,7   | 202,9     | 43 |
| 4.1    | 0,065 | 0,949 | 0,893  | 0,93  | 73,4      | 36 |
| 5      | 0,144 | 0,765 | 0,468  | 0,549 | 536,5     | 89 |
| 5.1    | 0,12  | 0,842 | 0,637  | 0,705 | 331,1     | 74 |
| 6      | 0,08  | 0,943 | 0,88   | 0,913 | 66        | 26 |
| 7      | 0,166 | 0,823 | 0,488  | 0,613 | 261,5     | 34 |
| 7.1    | 0,087 | 0,935 | 0,86   | 0,904 | 87,7      | 31 |
| 8      | 0,1   | 0,927 | 0,699  | 0,783 | 88,7      | 26 |
| 8.1    | 0,083 | 0,946 | 0,791  | 0,855 | 66,8      | 25 |
| 9      | 0,121 | 0,849 | 0,691  | 0,747 | 291,5     | 64 |
| 9.1    | 0,108 | 0,883 | 0,776  | 0,824 | 198,6     | 52 |
| 10     | 0,171 | 0,878 | 0,44   | 0,62  | 154,6     | 19 |
| 10.1   | 0,072 | 0,964 | 0,901  | 0,94  | 38,5      | 17 |

### Indices d'ajustement pour les sous-modèles du groupe clinique: ADOLESCENTS

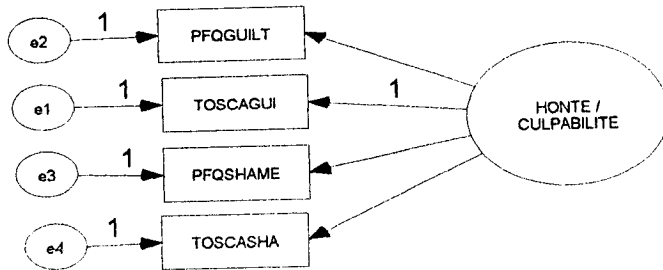
| MODELE | RMSEA | GFI   | TLI   | CFI   | chi-carre | df |
|--------|-------|-------|-------|-------|-----------|----|
| 1      | 0,107 | 0,992 | 0,923 | 0,987 | 3,5       | 1  |
| 1.1    | 0,073 | 0,99  | 0,964 | 0,988 | 4,3       | 2  |
| 2      | 0,191 | 0,77  | 0,44  | 0,562 | 382,8     | 43 |
| 2.1    | 0,149 | 0,847 | 0,659 | 0,752 | 232,2     | 40 |
| 3      | 0,185 | 0,822 | 0,488 | 0,63  | 218,4     | 26 |
| 3.1    | 0,105 | 0,938 | 0,848 | 0,908 | 57,1      | 17 |
| 4      | 0,184 | 0,764 | 0,558 | 0,654 | 356,3     | 43 |
| 4.1    | 0,107 | 0,901 | 0,851 | 0,9   | 127,8     | 37 |
| 5      | 0,181 | 0,689 | 0,444 | 0,529 | 722,3     | 89 |
| 5.1    | 0,162 | 0,747 | 0,557 | 0,641 | 566,8     | 85 |
| 6      | 0,126 | 0,911 | 0,878 | 0,912 | 114,6     | 26 |
| 7      | 0,191 | 0,794 | 0,638 | 0,727 | 301,1     | 34 |
| 7.1    | 0,126 | 0,89  | 0,841 | 0,891 | 137,9     | 31 |
| 8      | 0,166 | 0,849 | 0,723 | 0,8   | 181,2     | 26 |
| 8.1    | 0,14  | 0,895 | 0,804 | 0,864 | 130,3     | 25 |
| 9      | 0,185 | 0,7   | 0,624 | 0,691 | 538,7     | 64 |
| 9.1    | 0,176 | 0,723 | 0,66  | 0,725 | 485,4     | 63 |
| 10     | 0,124 | 0,917 | 0,874 | 0,915 | 81,8      | 19 |
| 10.1   | 0,115 | 0,938 | 0,916 | 0,948 | 49,9      | 13 |

Figure 8



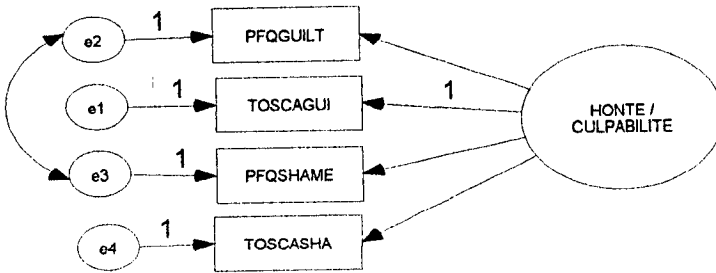
Modèle 1. Adolescents: populations clinique et non-clinique

Figure 9



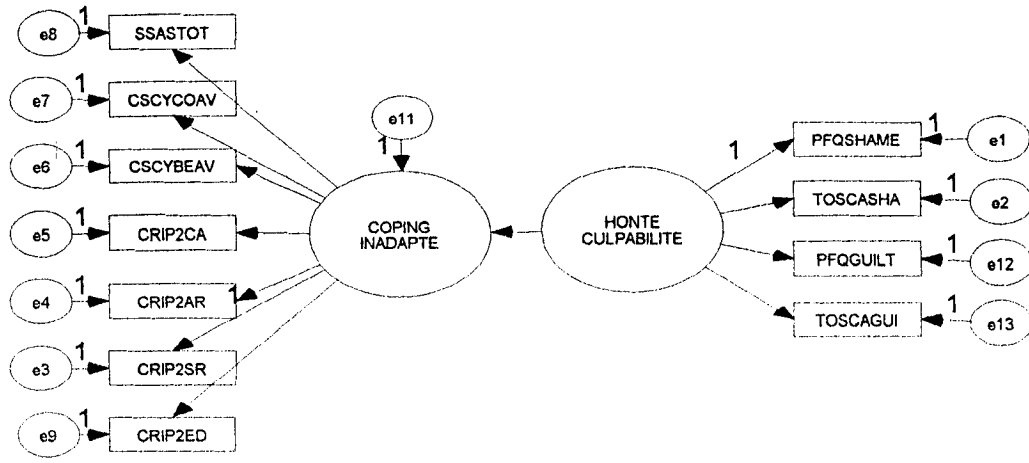
Modèle 1.1 Adolescents: population clinique

Figure 10



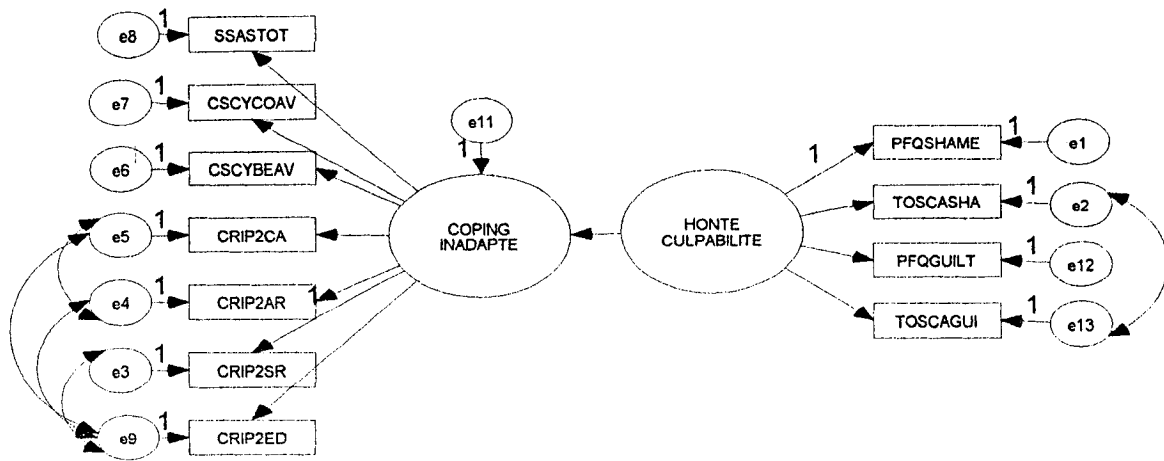
Modèle 1.1 Adolescents: population non-clinique

Figure 11



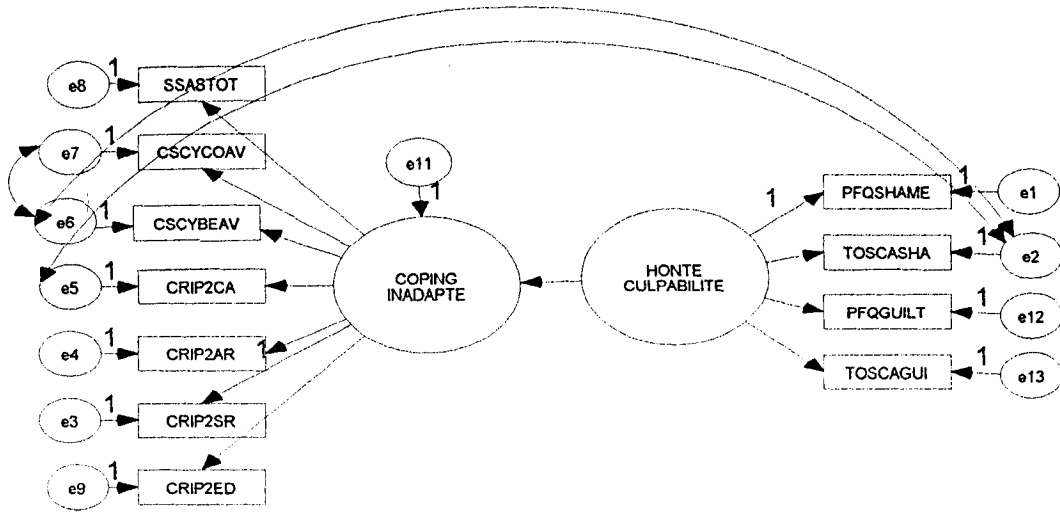
Modèle 2. Adolescents: populations clinique et non clinique

Figure 12



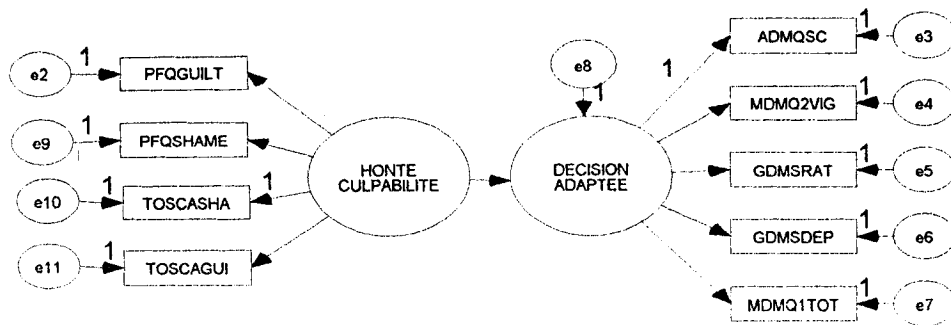
Modèle 2.1 Adolescents - pop. non clinique

Figure 13



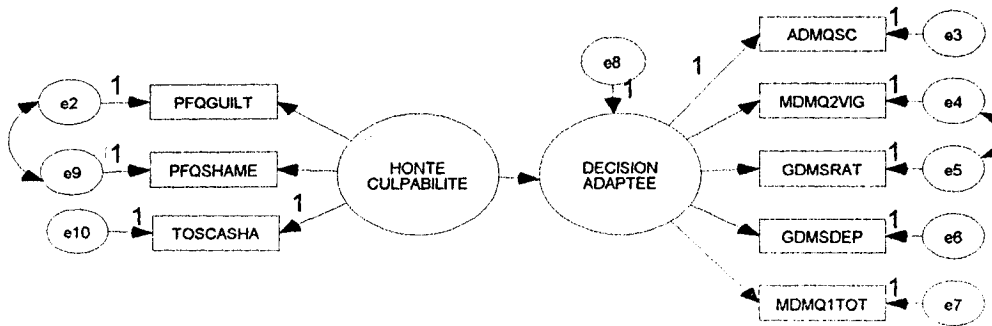
Modèle 2.1 Adolescents: pop. clinique

Figure 14



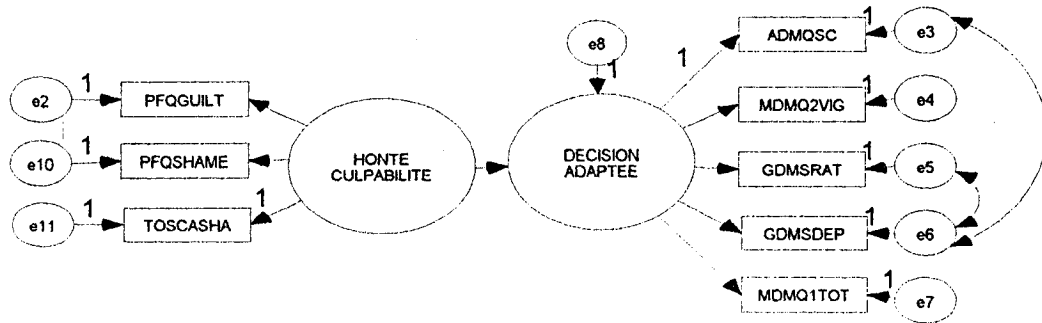
Modèle 3. Adolescents: populations clinique et non-clinique

Figure 15



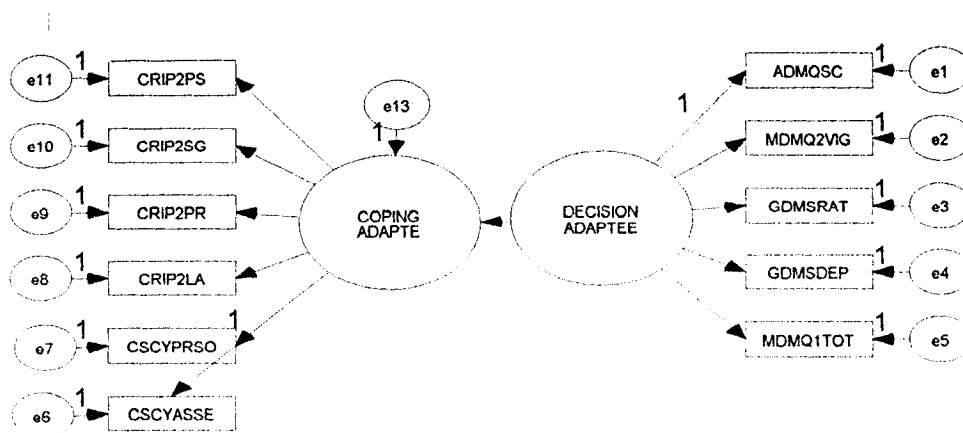
Modèle 3.1 Adolescents: pop. non-clinique

Figure 16



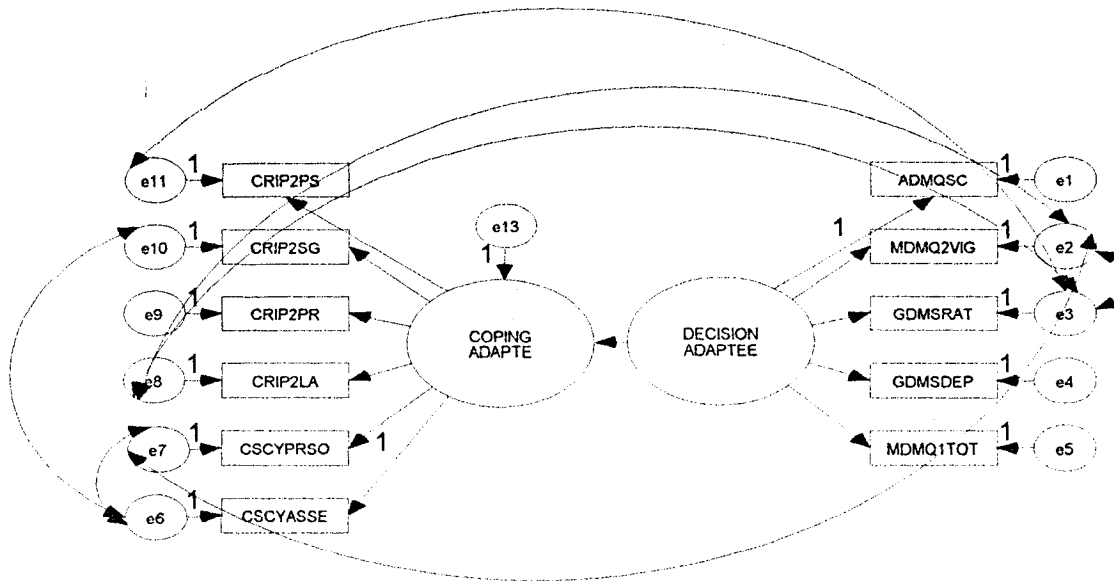
Modèle 3.1 Adolescents: pop. clinique

Figure 17



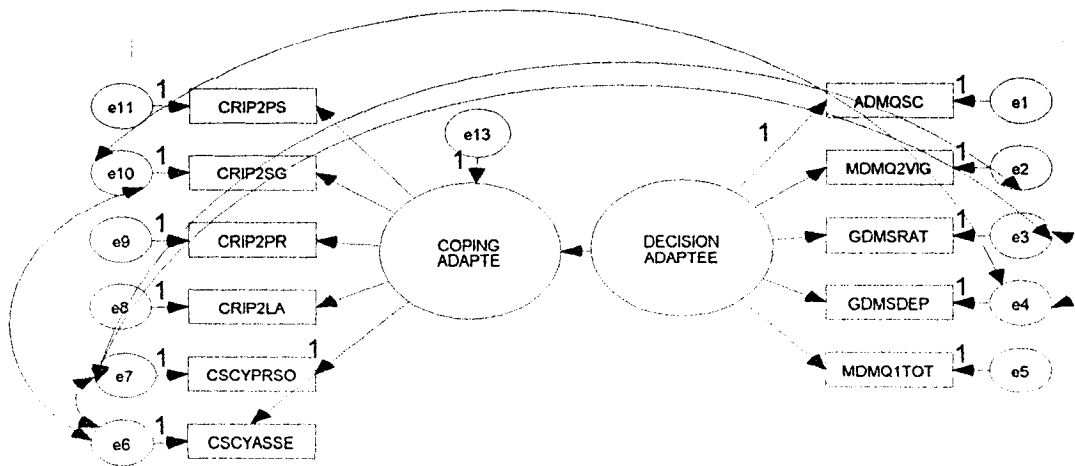
Modèle 4. Adolescents: populations clinique et non-clinique

Figure 18



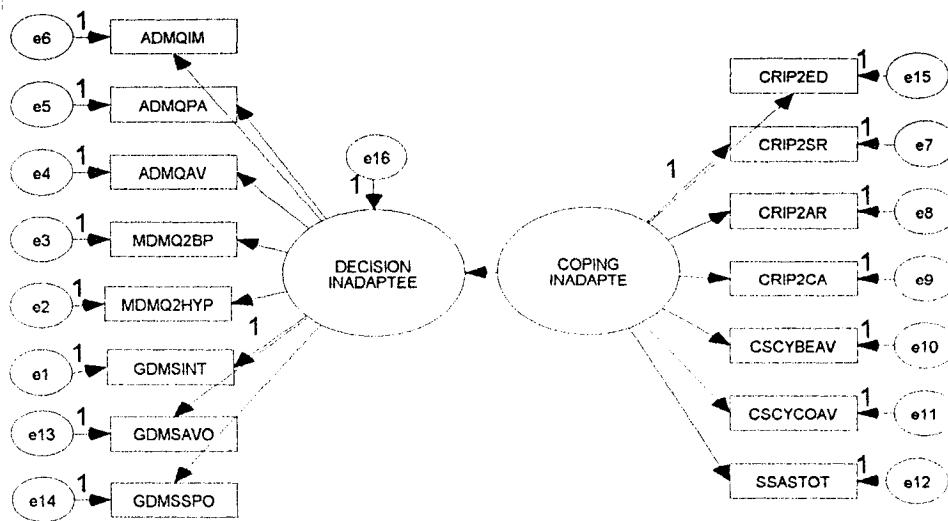
Modèle 4.1 Adolescents: pop. non clinique

Figure 19



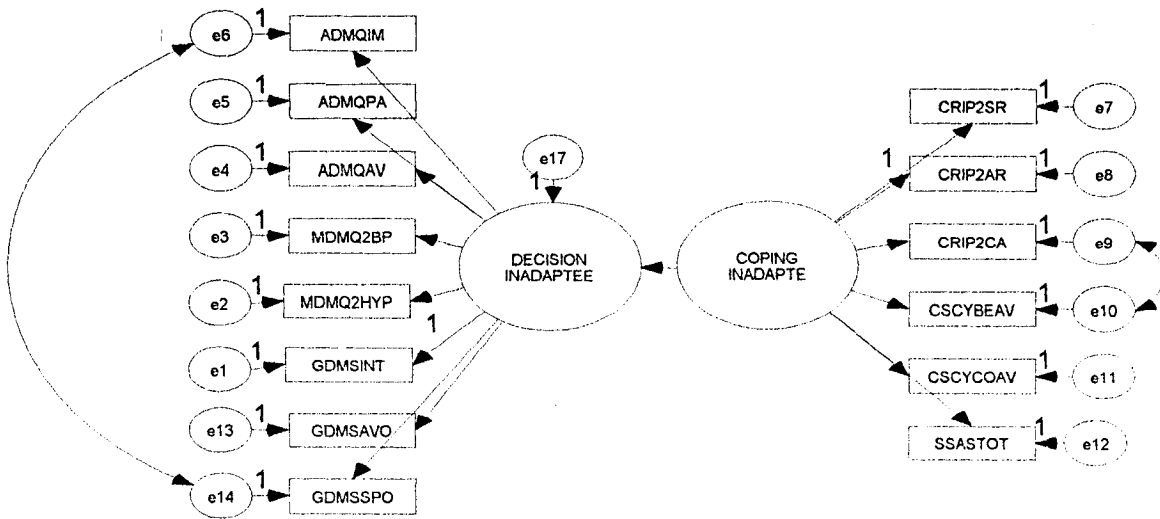
Modèle 4.1 Adolescents: pop. clinique

Figure 20



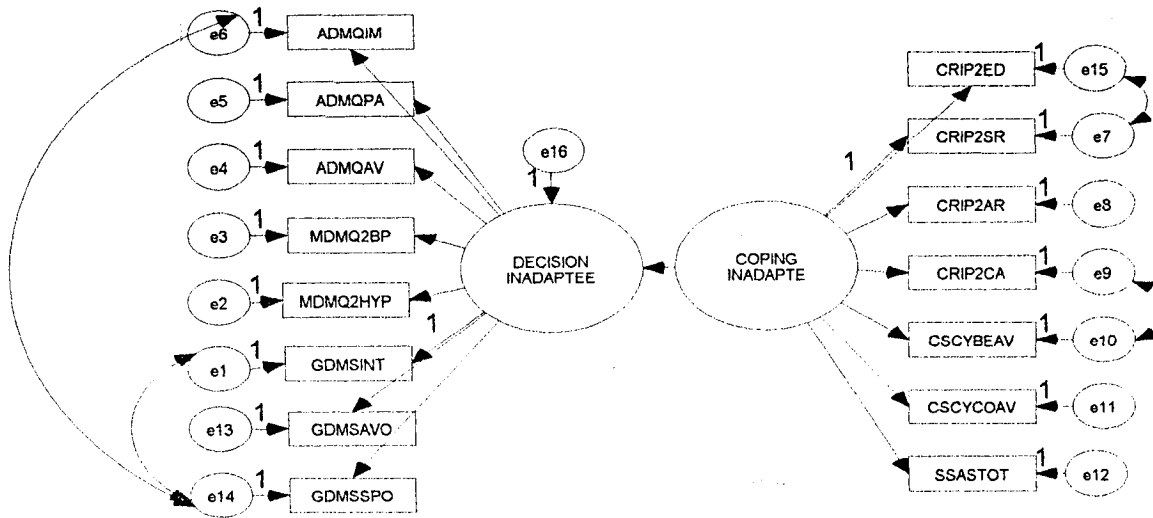
Modèle 5. Adolescents: populations clinique et non-clinique

Figure 21



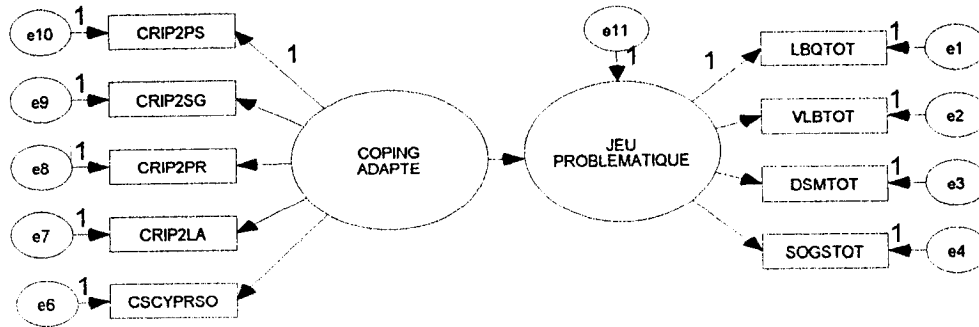
Modèle 5.1 Adolescents: pop. non-clinique

Figure 22



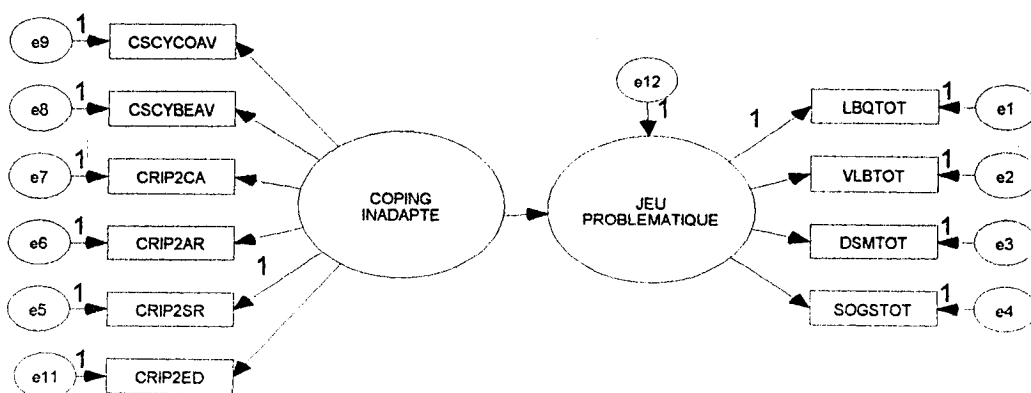
Modèle 5.1 Adolescents: pop. clinique

Figure 23



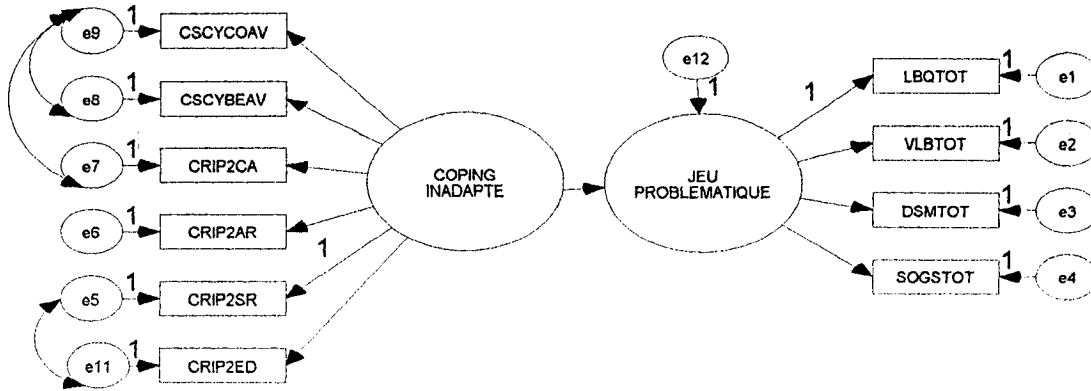
Modèle 6. Adolescents: populations clinique et non-clinique

Figure 24



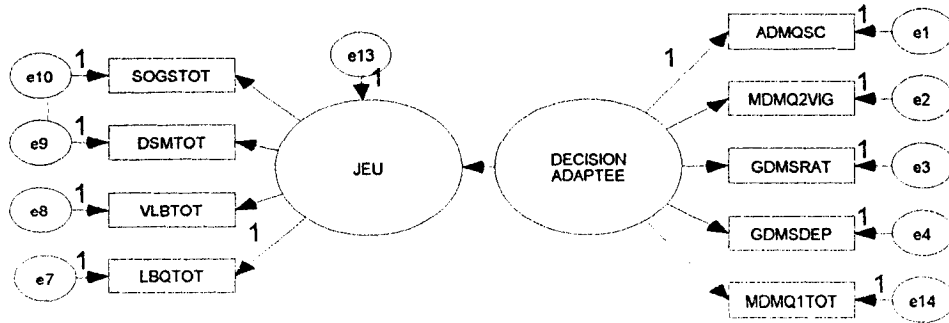
Modèle 7. Adolescents: populations clinique et non-clinique

Figure 25



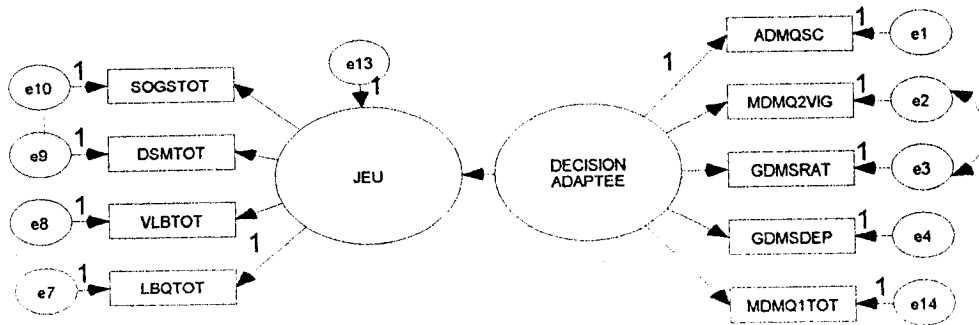
Modèle 7.1 Adolescents: populations clinique et non-clinique

Figure 26



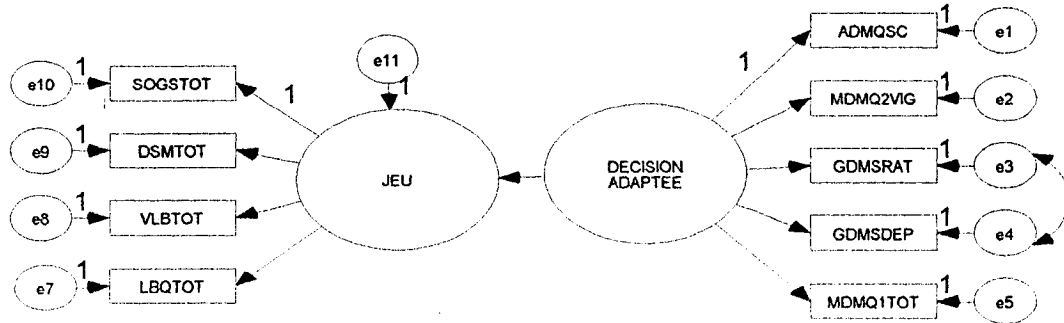
Modèle 8. Adolescents: populations clinique et non clinique

Figure 27



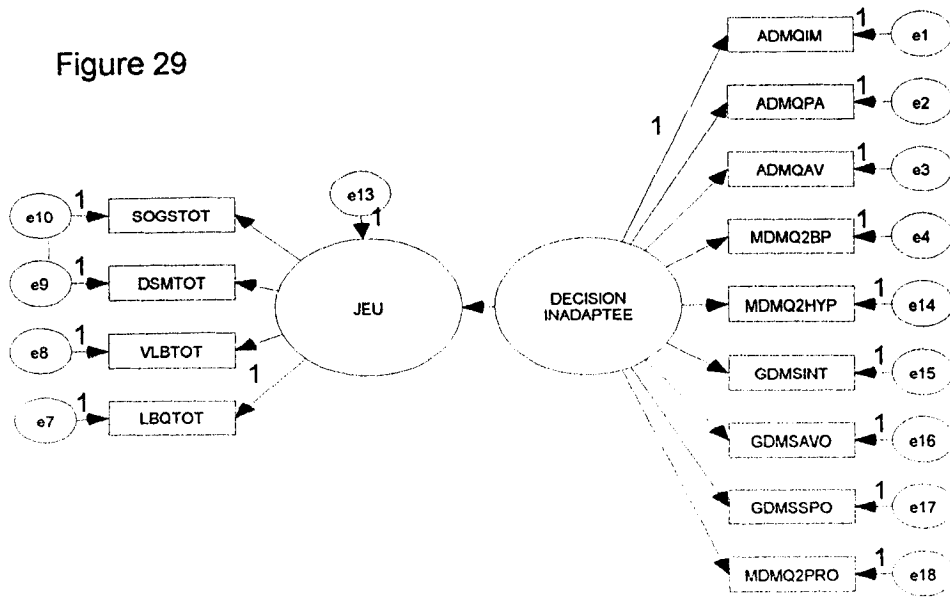
Modèle 8.1 Adolescents: pop. non clinique

Figure 28



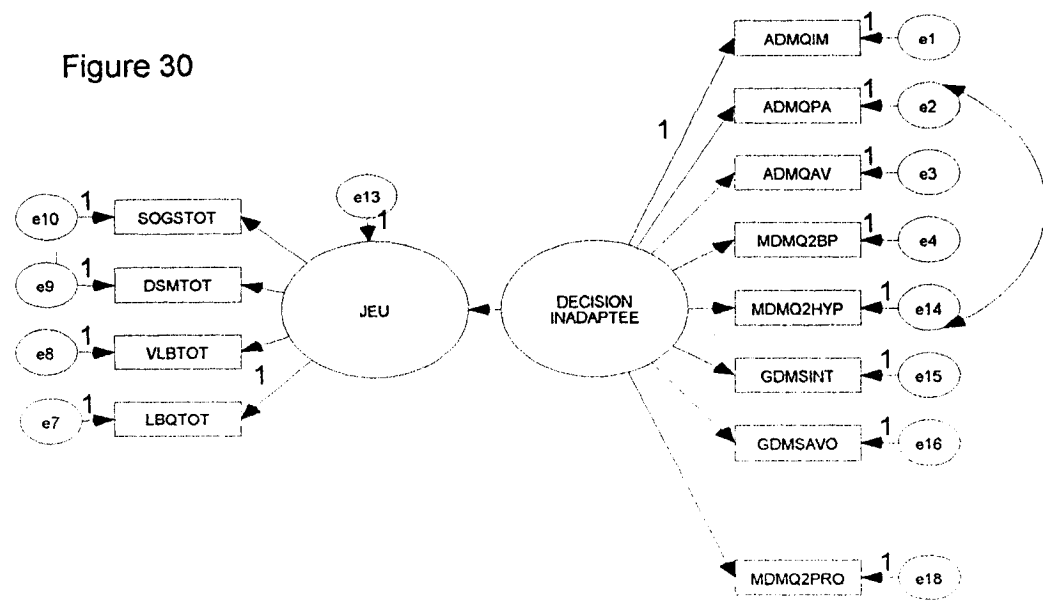
Modèle 8.1 Adolescents: pop. clinique

Figure 29



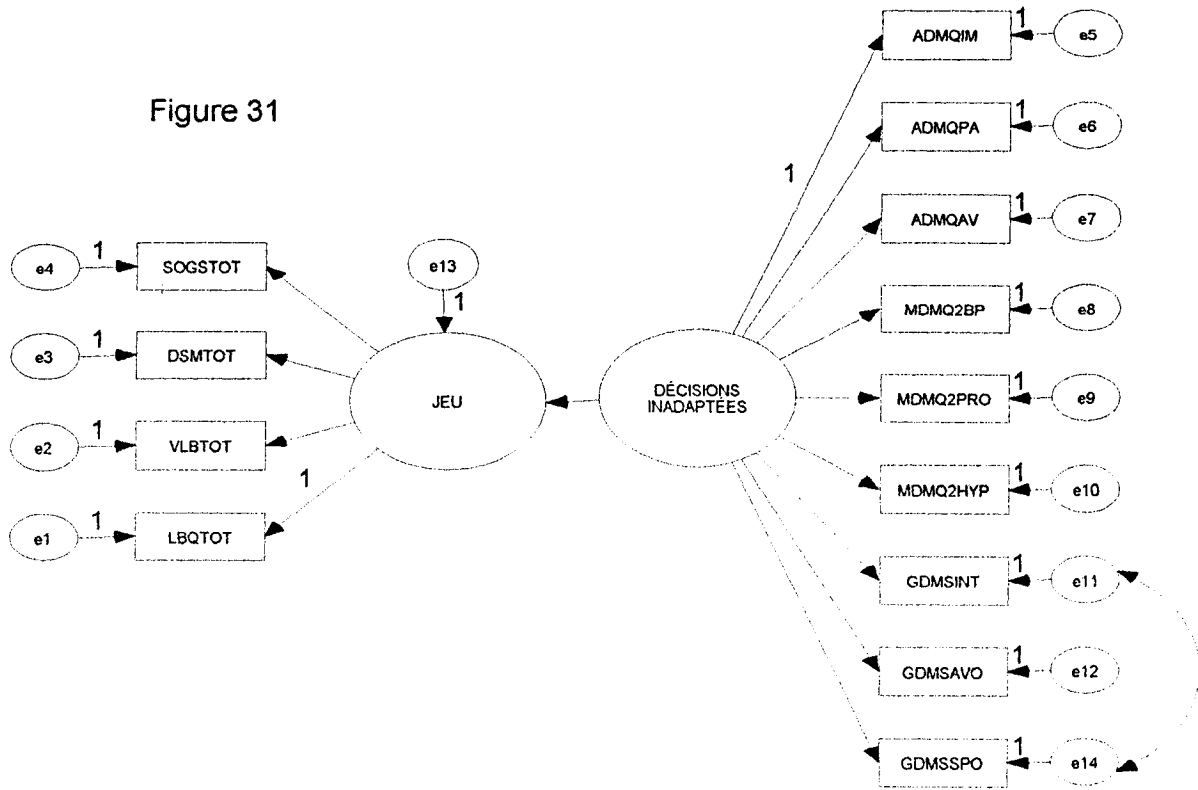
Modèle 9. Adolescents: populations clinique et non clinique

Figure 30



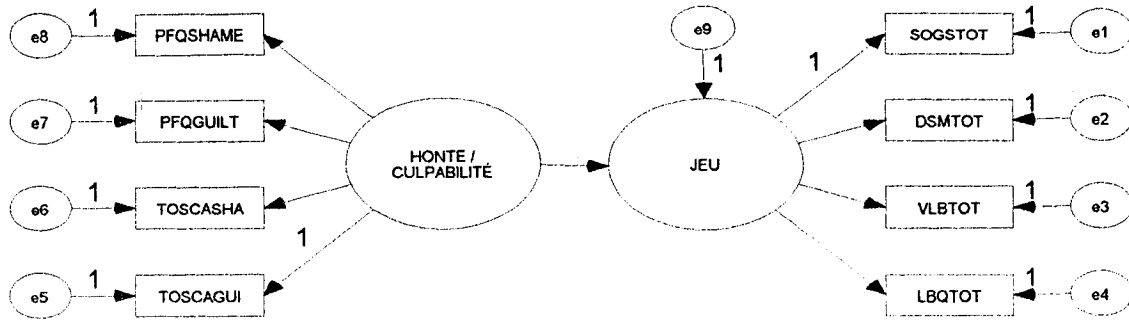
Modèle 9.1 Adolescents: pop. non clinique

Figure 31



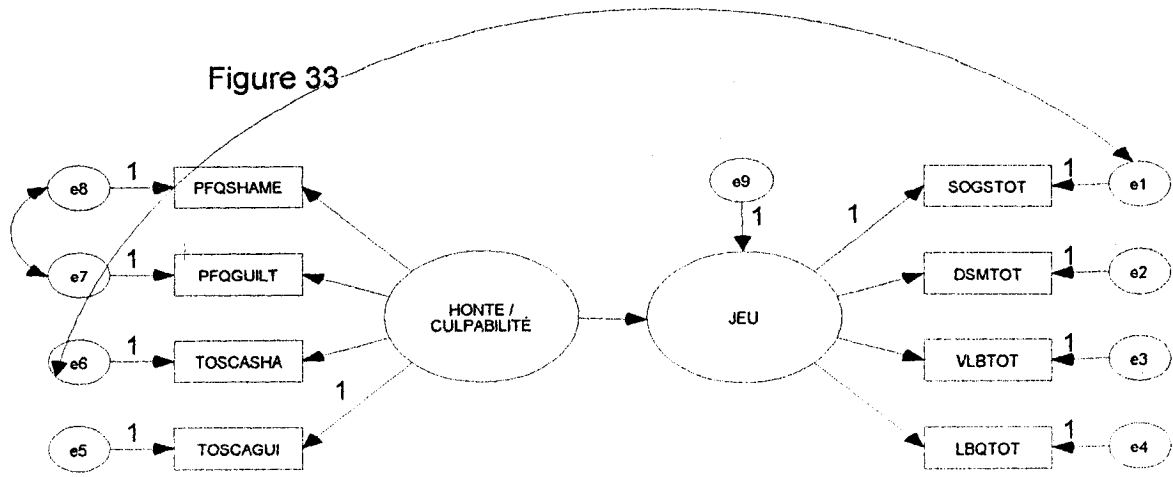
Modèle 9.1 Adolescents: pop. clinique

Figure 32



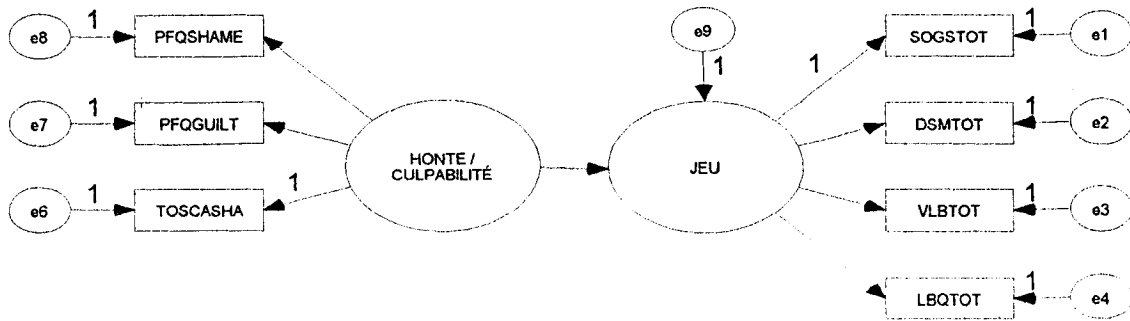
Modèle 10. Adolescents: populations clinique et non-clinique

Figure 33



Modèle 10.1 Adolescents: pop. non-clinique

Figure 34



Modèle 10.1 Adolescents: pop. clinique

**Annexe E**  
**Formulaires de consentement éclairé & texte de recrutement**

# Consent Form 12 to 15 years of age

*Please see attached text for additional information*

Yannick Mailloux  
University of Ottawa  
(819) 682-7782

Daniel Coulombe, Ph.D.  
University of Ottawa  
(613) 562-5800 extension 4844

I, \_\_\_\_\_ (*parent's, tutor's name*), authorise  
\_\_\_\_\_ (*participant's name*) to participate in the study on the  
precursors of problem gambling, directed by Yannick Mailloux, PhD student, and supervised by  
Dr. Daniel Coulombe, a professor at the School of Psychology at the University of Ottawa. **The  
objective of this study is to try to predict and explain the problem gambling  
developmental roots in order to better understand and treat gambling behaviors among  
an adolescent and a young adult population.**

By agreeing to participate in this study, my child will simply need to **answer a few  
questionnaires**. The questionnaires measure his (her) experience regarding feelings of shame  
and guilt, his (her) decision-making style, his (her) coping strategies and his (her) interests  
towards gambling. It will take him (her) about **40 to 60 minutes** to fill them out. All the  
information given in the questionnaires will be used for research purposes only. I understand  
that no personal information will be made public. In order to protect their confidentiality, they will  
be stored at the University of Ottawa in a place prepared especially for them. A code number  
will appear on his (her) answer sheet instead of his (her) name: this way, it will be completely  
anonymous. The only people who will have access to this data will be the researchers doing the  
study.

**The participation to this study is on a voluntary basis: my child can therefore  
choose to skip one of the questionnaires or skip a question if it makes him (her) feel  
uncomfortable. If a question should make him (her) feel uneasy he (she) can ask Yannick  
Mailloux for a referral or/and call the gambling help line at 1-800-461-0140. He (she) can  
also stop answering the questionnaires altogether, at any time should he (she) wish to  
do so, without being penalized in any way.**

**I can be certain that the information my child will provide by answering the  
questionnaires will be kept confidential.**

**To obtain more information or if I have any questions, I may contact Yannick  
Mailloux at (819) 682-7782 or Daniel Coulombe at (613) 562-5800 ext. 4844. Should you or  
your child have any questions about your or their rights as a participant in this study,**

you may contact Lise Frigault, Protocol Officer for Ethics in Research, at (613) 562-5800 ext. 1787 or at lfrigaul@uottawa.ca.

Parent's (tutor's) signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Researcher's signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

*I wish to obtain a copy of the findings of this study which will be available on September 1st 2001. Please send it to the following address:*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

***There are two copies to this consent form: I will keep one and the other will go to the research director. Thank you for your cooperation !***

*Researcher's copy*

## **Consent Form 12 to 15 years of age**

*Please see attached text for additional information*

Yannick Mailloux  
University of Ottawa  
(819) 682-7782

Daniel Coulombe, Ph.D.  
University of Ottawa  
(613) 562-5800 extension 4844

I, \_\_\_\_\_ (*parent's, tutor's name*), authorise  
\_\_\_\_\_ (*participant's name*) to participate in the study on the precursors of problem gambling, directed by Yannick Mailloux, PhD student, and supervised by Dr. Daniel Coulombe, a professor at the School of Psychology at the University of Ottawa. **The objective of this study is to try to predict and explain the problem gambling developmental roots in order to better understand and treat gambling behaviors among an adolescent and a young adult population.**

By agreeing to participate in this study, my child will simply need to **answer a few questionnaires**. The questionnaires measure his (her) experience regarding feelings of shame and guilt, his (her) decision-making style, his (her) coping strategies and his (her) interests towards gambling. It will take him (her) about **40 to 60 minutes** to fill them out. All the information given in the questionnaires will be used for research purposes only. I understand that no personal information will be made public. In order to protect their confidentiality, they will be stored at the University of Ottawa in a place prepared especially for them. A code number will appear on his (her) answer sheet instead of his (her) name: this way, it will be completely anonymous. The only people who will have access to this data will be the researchers doing the study.

**The participation to this study is on a voluntary basis: my child can therefore choose to skip one of the questionnaires or skip a question if it makes him (her) feel uncomfortable. If a question should make him (her) feel uneasy he (she) can ask Yannick Mailloux for a referral or/and call the gambling help line at 1-800-461-0140. He (she) can also stop answering the questionnaires altogether, at any time should he (she) wish to do so, without being penalized in any way.**

**I can be certain that the information my child will provide by answering the questionnaires will be kept confidential.**

**To obtain more information or if I have any questions, I may contact Yannick Mailloux at (819) 682-7782 or Daniel Coulombe at (613) 562-5800 ext. 4844. Should you or your child have any questions about your or their rights as a participant in this study,**

you may contact Lise Frigault, Protocol Officer for Ethics in Research, at (613) 562-5800 ext. 1787 or at lfrigaul@uottawa.ca.

Parent's (tutor's)  
signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Researcher's signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

*There are two copies to this consent form: I will keep one and the other will go to the research director. Thank you for your cooperation !*

*Participant's copy*

## **Consent Form** **12 to 15 years of age**

*Please see attached text for additional information*

Yannick Mailloux  
University of Ottawa  
(819) 682-7782

Daniel Coulombe, Ph.D.  
University of Ottawa  
(613) 562-5800 extension 4844

I, \_\_\_\_\_, agree to participate in the study on finding what causes an addiction to gambling, directed by Yannick Mailloux, PhD student, and supervised by Dr. Daniel Coulombe, a professor at the School of Psychology at the University of Ottawa. **The objective of this study is to try to predict and explain what causes problem gambling in order to better understand and treat gambling behavior among an adolescent population.**

If I agree to participate in this study, I will simply need to **answer a few questionnaires**. They will ask me about how I come to a decision, how I cope with problems, if I ever feel guilty or shameful in everyday life, and if I like to gamble (either for money or for fun). It will take me about **40 to 60 minutes** to fill them out. All the information given in the questionnaires will be used for research purposes only. I understand that no personal information will be made public. In order to protect their confidentiality, they will be stored at the University of Ottawa in a place prepared especially for them. A code number will appear on my answer sheet instead of my name: this way, it will be completely anonymous. The only people who will have access to this data will be the researchers doing the study (*for example, your parents or teachers will never have access to this information*).

**The participation to this study is on a voluntary basis: I can therefore choose to skip one of the questionnaires or skip a question if it makes me feel uncomfortable. If a question should make me feel uneasy and if I wish to speak to someone about it, I can ask Yannick Mailloux for a referral or/and call the gambling help line at 1-800-461-0140. I can also stop answering the questionnaires altogether, at any time should I wish to do so, without being penalized in any way.**

**I can be certain that the information I will provide by answering the questionnaires will be kept confidential.**

**To obtain more information or if I have any questions, I may contact Yannick Mailloux at (819) 682-7782 or Daniel Coulombe at (613) 562-5800 ext. 4844. Should you have any questions about your rights as a participant in this study, you may contact Lise Frigault,**

Protocol Officer for Ethics in Research, at (613) 562-5800 ext. 1787 or at [lfrigaul@uottawa.ca](mailto:lfrigaul@uottawa.ca).

*Since I am under 16 years of age, my parents (or tutor) will also have to consent. Therefore, I will need to bring home the other consent form, attached to this one so they can sign it. Then, I will bring the signed consent form back to school. After that, a member of the research team will come back to class and have us fill out the questionnaires.*

*Please sign here if you agree to be part of our research:*

---

Date: \_\_\_\_\_

Researcher's signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

*Thank you for your helpful cooperation !*

Ottawa, April 11, 2001

### **A STUDY ON GAMBLING AND TEENAGERS**

Hello, my name is Yannick Mailloux. I work as a clinician at the Roberts/Smart Centre and am a PhD candidate, in clinical psychology, at Ottawa University. My thesis, and this is the purpose of this letter, is on problem gambling among the adolescent population.

Did you know there are more teenagers who have a problem with gambling than there are adults? And that because they don't have a fixed income, they often turn to criminal activities to finance their addiction?

The objective of this study is to determine the parameters which could help us identify which teenager will develop an addiction and which will not. Once these variables have been identified, I plan to develop treatments aimed at getting to the root of the problem.

In order to do so, I need to gather as much information as possible; I am looking for a few hundred teenagers who will fill out a few questionnaires which will ask them about their emotions, their coping strategies, their decision making style and their gambling habits, if any. I am asking you to allow your teenager to participate in this study.

This study was approved by the **Ottawa University's Research and Ethics Committee** and by the **Board of directors of the Roberts/Smart Centre**.

This study is made on a voluntary basis and all the information gathered will remain confidential. No information given by your child will enable us to identify him or her. All questionnaires are filled out anonymously.

I thank you in advance for your collaboration; this study is important since it will help us to identify the signs and the reasons of addictive gambling among teenagers and your teenager's participation will help us tremendously.

For more information, please do not hesitate to contact me at 613.728.1946 extension 233.

Thank you.

  
Yannick Mailloux

## **Consent Form 12 to 15 years of age**

*Please see attached text for additional information*

Yannick Mailloux  
University of Ottawa  
(613) 728-1946 ext. 233

Daniel Coulombe, Ph.D.  
University of Ottawa  
(613) 562-5800 ext. 4844

I, \_\_\_\_\_ (*parent's, tutor's name*), authorise  
\_\_\_\_\_ (*participant's name*) to participate in the study on the precursors of problem gambling, directed by Yannick Mailloux, PhD student, and supervised by Dr. Daniel Coulombe, a professor at the School of Psychology at the University of Ottawa. The objective of this study is to try to predict and explain the problem gambling developmental roots in order to better understand and treat gambling behaviors among an adolescent and a young adult population.

By agreeing to participate in this study, my child will simply need to answer a few questionnaires. The questionnaires measure his (her) experience regarding feelings of shame and guilt, his (her) decision-making style, his (her) coping strategies and his (her) interests towards gambling. It will take him (her) about **40 to 60 minutes** to fill them out. All the information given in the questionnaires will be used for research purposes only. I understand that no personal information will be made public. In order to protect their confidentiality, they will be stored at the University of Ottawa in a place prepared especially for them. A code number will appear on his (her) answer sheet instead of his (her) name: this way, it will be completely anonymous. The only people who will have access to this data will be the researchers doing the study.

The participation to this study is on a voluntary basis: my child can therefore choose to skip one of the questionnaires or skip a question if it makes him (her) feel uncomfortable. If a question should make him (her) feel uneasy he (she) can ask Yannick Mailloux for a referral or/and call the gambling help line at 1-800-461-0140. He (she) can also stop answering the questionnaires altogether, at any time should he (she) wish to do so, without being penalized in any way.

I can be certain that the information my child will provide by answering the questionnaires will be kept confidential.

To obtain more information or if I have any questions, I may contact Yannick Mailloux at (613) 728-1946 ext. 233 or Daniel Coulombe at (613) 562-5800 ext. 4844. Should you or your child have any questions about your or their rights as a participant in

this study, you may contact Lise Frigault, Protocol Officer for Ethics in Research, at (613) 562-5800 ext. 1787 or at lfrigaul@uottawa.ca.

Parent's (tutor's)  
signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Researcher's signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

*I wish to obtain a copy of the findings of this study which will be available on September 1st 2001. Please send it to the following address:*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

***There are two copies to this consent form: I will keep one and the other will go to the research director. Thank you for your cooperation !***

*Researcher's copy*

## Consent Form 16 years and older

*Please see attached text for additional information*

Yannick Mailloux  
University of Ottawa  
(819) 682-7782

Daniel Coulombe, Ph.D.  
University of Ottawa  
(613) 562-5800 extension 4844

I, \_\_\_\_\_, agree to participate in the study on the precursors of problem gambling, directed by Yannick Mailloux, PhD student, and supervised by Dr. Daniel Coulombe, a professor at the School of Psychology at the University of Ottawa. **The objective of this study is to try to predict and explain the problem gambling developmental roots in order to better understand and treat gambling behavior among an adolescent and young adult population.**

By agreeing to participate in this study, I will simply need to answer a few **questionnaires today**. The questionnaires measure my experience regarding feelings of shame and guilt, my decision-making style, my coping strategies and my gambling habits. It will take me about **40 to 60 minutes** to fill them out. All the information given in the questionnaires will be used for research purposes only. I understand that no personal information will be made public. In order to protect their confidentiality, they will be stored at the University of Ottawa in a place prepared especially for them. A code number will appear on my answer sheet instead of my name: this way, it will be completely anonymous. The only people who will have access to this data will be the researchers doing the study.

**The participation to this study is on a voluntary basis: I can therefore choose to skip one of the questionnaires or skip a question if it makes me feel uncomfortable. If a question should make me feel uneasy I can ask Yannick Mailloux for a referral or/and call the gambling help line at 1-800-461-0140. I can also stop answering the questionnaires altogether, at any time should I wish to do so, without being penalized in any way.**

**I can be certain that the information I will provide by answering the questionnaires will be kept confidential.**

**To obtain more information or if I have any questions, I may contact Yannick Mailloux at (819) 682-7782 or Daniel Coulombe at (613) 562-5800 ext. 4844. Should you have any questions about your rights as a participant in this study, you may contact Lise Frigault, Protocol Officer for Ethics in Research, at (613) 562-5800 ext. 1787 or at [lfrigaul@uottawa.ca](mailto:lfrigaul@uottawa.ca).**

Participant's signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Researchers signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

*There are two copies to this consent form: I will keep one and the other will go to the research director. Thank you for your cooperation !*

*Participant's copy*

*I wish to obtain a copy of the findings of this study which will be available on October 1st 2002.  
Please send it to the following address:*

---

---

---

---

---

***There are two copies to this consent form: I will keep one and the other will go to the research director. Thank you for your cooperation !***

## A Study of Problem Gambling

Hello! My name is Yannick Mailloux. I am a Ph.D. student in clinical psychology at the University of Ottawa. I am conducting a research on gambling habits amongst teenagers and young adults. More precisely, the objective of this study is to **develop a statistical model that would conceptualize the developmental roots of problem gambling in order to better understand and treat problem gambling behaviors in teenagers and young adults.**

**If you agree to participate, your job would consist in answering a few questionnaires.** The questionnaires measure your shame-proneness, guilt proneness, decision-making styles, coping strategies and your involvement with gambling. It takes about **40 to 60 minutes** to fill them out. **All the information you give will be kept strictly confidential.**

**The participation to this study is on a voluntary basis: you can therefore stop (filling out the questionnaires) at any time, without being penalized in any way.** The participants' identity is kept anonymous -- you don't have to write your name anywhere-- and the confidentiality is guaranteed since we only use the questionnaires for research purposes.

Once you agree to participate in our study, you must read and sign the **consent form**, and have your parents sign it as well, if you're under 16 years of age. And if you wish to, **you may receive a copy of the results of our research some time around October 2002.**

**Annexe F**  
**Questionnaires utilisés pour la cueillette de données**

**IDENTIFICATION:**

1. Date of Birth

\_\_\_\_\_  
Day      Month      Year

2. Sex

- Male
- Female

3. Number of Children in your Family

- One (you're a single child)
- Two
- Three
- Four or more

4. Ethnicity

*Please indicate how you describe your ethnic background. Please choose one box and use the blank space if you need to qualify a choice or to specify a background not listed.*

- Aboriginal / First Nations
- Black / African origin
- Black / Caribbean
- Hispanic (e.g. Latin / South American origin)
- South Asian (e.g. India, Pakistan, Bangladesh, Sri Lanka, Nepal origin)
- East Asian (e.g. China, Vietnam, Thailand, Laos, Philippines, Japan, Korea origin)
- West Asian (e.g. Armenia, Iran, Syria, Turkey, Jordan, Israel origin)
- White (European origin; including Canadians or Americans of any original white European decent, such as British, German, Irish, Portuguese, Scandanavian)
- Mixed race
- Unknown
- Other (Specify): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. Do You Suffer From... (Check all that applies)

- Substance Abuse (alcohol, drugs, prescription medicine, etc.)
- Anxiety (General, phobias, etc.)
- Attention Deficit Disorder (ADD or ADHD)
- Depression
- Post-Traumatic Stress
- Other: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. Does a Member of your Family Suffer From... (Check all that applies)

- Substance Abuse (alcohol, drugs, prescription medicine, etc.)
- Anxiety (General, phobias, etc.)
- Attention Deficit Disorder (ADD or ADHD)
- Depression
- Post-Traumatic Stress
- Other: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7. If under any medication, please specify which ones:

\_\_\_\_\_

***Don't forget: Your answers are confidential. Thank you for your cooperation !***

## Situational Social Avoidance Scale

### “How often do you tend to avoid the following situations?”

Please, indicate your avoidance tendency on the scale of 1 to 7.

1= Almost never (AN)

2

3= Sometimes (S)

4

5= Often (O)

6

7= Almost always (AA)

|     |   | AN |   | S |   | O |   | AA |
|-----|---|----|---|---|---|---|---|----|
| 1.  | Eating and drinking with other people.  | 1  | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7  |
| 2.  | Being the focus of attention.   | 1  | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7  |
| 3.  | Talking to people in authority.   | 1  | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7  |
| 4.  | Being criticized or confronted by others.   | 1  | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7  |
| 5.  | Speaking or acting before an audience.  | 1  | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7  |
| 6.  | Mixing with strangers in social situations.   | 1  | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7  |
| 7.  | Asserting rights and saying “no” to others.   | 1  | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7  |
| 8.  | Confronting or disagreeing with others.   | 1  | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7  |
| 9.  | Being a group leader.   | 1  | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7  |
| 10. | Expressing ideas and feelings in class or to a relatively large group (over 20 people).         | 1  | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7  |
| 11. | Dealing with verbally aggressive people.  | 1  | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7  |
| 12. | Initiating conversation with an attractive person.  | 1  | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7  |
| 13. | Asking questions and asking for clarification in a relatively large group (over 20 people).     | 1  | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7  |
| 14. | Being uncertain and possibly making a mistake or saying a wrong thing in front of others.       | 1  | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7  |
| 15. | Being praised and getting compliments from others in a relatively large group (over 20 people). | 1  | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7  |

## PERSONAL FEELINGS QUESTIONNAIRE

For each of the following listed feelings, to the left of the item number, please place a number from 0 to 4, reflecting how common the feeling is for you.

4 = you experience the feeling continuously or almost continuously

3 = you experience the feeling frequently but not continuously

2 = you experience the feeling some of the time

1 = means that you experience the feeling rarely

0 = means that you never experience the feeling

- \_\_\_ 1. embarrassment
- \_\_\_ 2. mild guilt
- \_\_\_ 3. feeling ridiculous
- \_\_\_ 4. worry about hurting or injuring someone
- \_\_\_ 5. sadness
- \_\_\_ 6. self-consciousness
- \_\_\_ 7. feeling humiliated
- \_\_\_ 8. intense guilt
- \_\_\_ 9. euphoria
- \_\_\_ 10. feeling "stupid"
- \_\_\_ 11. regret
- \_\_\_ 12. feeling "childish"
- \_\_\_ 13. mild happiness
- \_\_\_ 14. feeling helpless, paralyzed
- \_\_\_ 15. depression
- \_\_\_ 16. feelings of blushing
- \_\_\_ 17. feeling you deserve criticism for what you did
- \_\_\_ 18. feeling laughable
- \_\_\_ 19. rage
- \_\_\_ 20. enjoyment
- \_\_\_ 21. feeling disgusting to others
- \_\_\_ 22. remorse

Vitaro, Ladouceur & Bujold's eight-item questionnaire  
Gambling measure

**Have you gambled over the last 12 months with your own money for each of the following:**

*Please, circle the appropriate number to the right of each item, using the 0-5 scale below.*

|                             | 0<br>Never | 1<br>Once or<br>twice | 2<br>less than<br>once a<br>month | 3<br>once a<br>month | 4<br>once a<br>week | 5<br>more than<br>once a week |
|-----------------------------|------------|-----------------------|-----------------------------------|----------------------|---------------------|-------------------------------|
| 1. <u>...lotteries</u>      | 0          | 1                     | 2                                 | 3                    | 4                   | 5                             |
| 2. <u>...slot machines</u>  | 0          | 1                     | 2                                 | 3                    | 4                   | 5                             |
| 3. <u>...bingo</u>          | 0          | 1                     | 2                                 | 3                    | 4                   | 5                             |
| 4. <u>...cards</u>          | 0          | 1                     | 2                                 | 3                    | 4                   | 5                             |
| 5. <u>...sports betting</u> | 0          | 1                     | 2                                 | 3                    | 4                   | 5                             |
| 6. <u>...other gambling</u> | 0          | 1                     | 2                                 | 3                    | 4                   | 5                             |

7. How much --your highest amount-- did you ever bet in one day? Circle the appropriate number:

- 0 = \$1 or less
- 1 = between \$1 and \$5
- 2 = between \$5 and \$10
- 3 = between \$10 and \$15
- 4 = more than \$15

8. Have you ever gambled with people other than family members over the last 12 months? Circle the appropriate number:

- 0 = never
- 1 = once or twice
- 2 = often
- 3 = very often

## GDMS Inventory

"Listed below are statements describing how individuals go about making *important decisions*. Please indicate whether you agree or disagree with each statement"

| 1                    | 2  | 3         | 4 | 5                 |                       |
|----------------------|--|-----------|---|-------------------|-----------------------|
| Strongly<br>disagree |  | Uncertain |   | Strongly<br>Agree |                       |
| 1.                   | I double-check my information sources to be sure I have the rights facts before making decisions                         |           |   |                   | 1    2    3    4    5 |
| 2.                   | I make decisions in a logical and systematic way.  |           |   |                   | 1    2    3    4    5 |
| 3.                   | My decision making requires careful thought.   |           |   |                   | 1    2    3    4    5 |
| 4.                   | When making a decision, I consider various options in terms of a specific goal.  |           |   |                   | 1    2    3    4    5 |
| 5.                   | When making decisions, I rely on my instincts.   |           |   |                   | 1    2    3    4    5 |
| 6.                   | When I make decisions, I tend to rely on my intuition.   |           |   |                   | 1    2    3    4    5 |
| 7.                   | I generally make decisions that feel right to me.  |           |   |                   | 1    2    3    4    5 |
| 8.                   | When I make a decision, it is more important for me to feel the decision is right than to have a rational reason for it. |           |   |                   | 1    2    3    4    5 |
| 9.                   | When I make a decision, I trust my inner feelings and reactions.   |           |   |                   | 1    2    3    4    5 |
| 10.                  | I often need the assistance of other people when making important decisions.   |           |   |                   | 1    2    3    4    5 |
| 11.                  | I rarely make important decisions without consulting other people.   |           |   |                   | 1    2    3    4    5 |

|     |   |   |   |   |   |   |
|-----|---|---|---|---|---|---|
| 12. | If I have the support of others, it is easier for me to make important decisions.                           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. | I use the advice of other people in making my important decisions.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. | I like to have to have someone to steer me in the right direction when I am faced with important decisions. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. | I avoid making important decisions until the pressure is on.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. | I postpone decision making whenever possible.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. | I often procrastinate when it comes to making important decisions.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. | I generally make important decisions at the last minute.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. | I put off making any decisions because thinking about them makes me uneasy.                                 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. | I generally make snap decisions.<br>I often make decisions on the spur of the moment                        | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. | I make quick decisions.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22. | I often make impulsive decisions.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23. | When making decisions, I do what seems natural at the moment.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

## THE DSM-IV-MR-J

by Sue Fischer

1. In the past year how often have you found yourself thinking about gambling or planning to gamble ?  
Never      Once or twice      Sometimes      Often
2. During the course of the past year have you needed to gamble with more and more money to get the amount of excitement you want ?  
Yes      No
3. In the past year have you ever spent *much* more money than you planned to on gambling ?  
Never      Once or twice      Sometimes      Often
4. In the past year have you felt bad or fed up when trying to cut down or stop gambling ?  
Never      Once or twice      Sometimes      Often      Never tried to cut down
5. In the past year how often have you gambled to help you to escape from problems or when you are feeling bad ?  
Never      Once or twice      Sometimes      Often
6. In the past year, after losing money gambling, have you returned another day to try and win back money you lost ?  
Never      Less than half the time      More than half the time      Every time
7. In the past year has your gambling ever led to: Lies to your family ?  
Never      Once or twice      Sometimes      Often
8. In the past year have you ever taken money from the following *without permission* to spend on gambling:...School dinner money or fare money ?  
Never      Once or twice      Sometimes      Often

8a. In the past year have you ever taken money from the following *without permission* to spend on gambling:...Money from your family ?

Never                      Once or twice                      Sometimes                      Often

8b. In the past year have you ever taken money from the following *without permission* to spend on gambling:... Money from outside the family ?

Never                      Once or twice                      Sometimes                      Often

9. In the past year has your gambling ever led to: Arguments with family / friends or others ?

Never                      Once or twice                      Sometimes                      Often                      N/A

9a. In the past year has your gambling ever led to: Missing school ?

Never                      Once or twice                      Sometimes                      Often                      N/A

## Adolescent Decision Making Questionnaire

*Please, circle the appropriate number to the right of each item, using the 1-4 scale below:*

|     |  | 1      |   | 2     |   | 3         |   | 4     |   |
|-----|--|--------|---|-------|---|-----------|---|-------|---|
|     |  | Always |   | Often |   | Sometimes |   | Never |   |
| 1.  | I feel confident about my ability to make decisions.   |        | 1 |       | 2 |           | 3 |       | 4 |
| 2.  | The decisions I made turn out well.  |        | 1 |       | 2 |           | 3 |       | 4 |
| 3.  | I think that I am a good decision maker.   |        | 1 |       | 2 |           | 3 |       | 4 |
| 4.  | I take a lot of care before make my choice.  |        | 1 |       | 2 |           | 3 |       | 4 |
| 5.  | I like to think about a decision before I make it.   |        | 1 |       | 2 |           | 3 |       | 4 |
| 6.  | When I make a decision, I feel that I made the best one possible.  |        | 1 |       | 2 |           | 3 |       | 4 |
| 7.  | I like to make decisions my self.  |        | 1 |       | 2 |           | 3 |       | 4 |
| 8.  | When I decide to do something, I get right on with it.   |        | 1 |       | 2 |           | 3 |       | 4 |
| 9.  | I panic if I have to make decisions quickly.   |        | 1 |       | 2 |           | 3 |       | 4 |
| 10. | I feel as if I'm under tremendous time pressure when making decisions.   |        | 1 |       | 2 |           | 3 |       | 4 |
| 11. | I can't think straight if I have to make a decision in a hurry.  |        | 1 |       | 2 |           | 3 |       | 4 |
| 12. | The possibility that some small thing might go wrong causes me to immediately change my mind about what I'm going to do. |        | 1 |       | 2 |           | 3 |       | 4 |
| 13. | I avoid making decisions.  |        | 1 |       | 2 |           | 3 |       | 4 |
| 14. | I'd rather let someone else make a decision for me so that it won't be my problem.                                       |        | 1 |       | 2 |           | 3 |       | 4 |

- |     |  |   |   |   |   |
|-----|--|---|---|---|---|
| 15. | I prefer to leave decisions to others.   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. | I don't like to take responsibility for making decisions.                              | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. | When faced with a decision, I go along with what others suggest.                       | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. | Whenever I get upset by having to make a decision, I choose on the spur of the moment. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. | I put a little effort into making decisions.   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. | When I'm forced to make a decision, I couldn't care which way I choose.                | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21. | I tend to drift into decisions without thinking about them.                            | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22. | I prefer to do what others choose because I don't like to be different.                | 1 | 2 | 3 | 4 |

## COPING SCALE FOR CHILDREN AND YOUTH

All children and teenagers have some problems they find hard to deal with and that upset them or worry them. We are interested in finding out what you do when you try to deal with a hard problem. Think about some problem that has bothered you or upset you in the past few months. It could be a problem with homework, teachers, parents, other kids, or anything else. Briefly describe what the problem is in the space below.

---

How much has this problem bothered you. Circle one of the answers.

1
2
3  
 a little bit                      a medium amount                      a great deal

Listed below are some ways that children and teenagers try to deal with their problems. Please tell us how often you have used these behaviors when you tried to deal with the problem you described above.

|  | Never | Sometimes | Often | Very Often |
|--|-------|-----------|-------|------------|
| 1. I asked someone in my family for help.  | 1     | 2         | 3     | 4          |
| 2. I tried not thinking about the problem.                                       | 1     | 2         | 3     | 4          |
| 3. I went on with my usual activities as if nothing was wrong.                   | 1     | 2         | 3     | 4          |
| 4. I thought about the problem and tried to figure out what I could do about it. | 1     | 2         | 3     | 4          |
| 5. I stayed away from things that reminded me about the problem.                 | 1     | 2         | 3     | 4          |
| 6. I tried not to feel anything inside me. I wanted to feel numb.                | 1     | 2         | 3     | 4          |
| 7. I pretended the problem wasn't very important to me.                          | 1     | 2         | 3     | 4          |

|     |   | <u>Never</u> | <u>Sometimes</u> | <u>Often</u> | <u>Very Often</u> |
|-----|---|--------------|------------------|--------------|-------------------|
| 8.  | I knew I had lots of feelings about the problem, but I just didn't pay any attention to them. | 1            | 2                | 3            | 4                 |
| 9.  | I took a chance and tried a new way to solve the problem.                                     | 1            | 2                | 3            | 4                 |
| 10. | I tried to get away from the problem for a while by doing other things.                       | 1            | 2                | 3            | 4                 |
| 11. | I made a plan to solve the problem and then I followed the plan.                              | 1            | 2                | 3            | 4                 |
| 12. | I pretended the problem had nothing to do with me.  | 1            | 2                | 3            | 4                 |
| 13. | I went over in my head some of the things I could do about the problem.                       | 1            | 2                | 3            | 4                 |
| 14. | I thought about the problem in a new way so that it didn't upset me as much.                  | 1            | 2                | 3            | 4                 |
| 15. | I went to sleep so that I wouldn't have to think about it.                                    | 1            | 2                | 3            | 4                 |
| 16. | When I was upset about the problem, I was mean to someone even though they didn't deserve it. | 1            | 2                | 3            | 4                 |
| 17. | I learned a new way of dealing with the problem.  | 1            | 2                | 3            | 4                 |
| 18. | I tried to pretend that the problem didn't happen.  | 1            | 2                | 3            | 4                 |
| 19. | I got advice from someone about what I should do.   | 1            | 2                | 3            | 4                 |

|     |  | <u>Never</u> | <u>Sometimes</u> | <u>Often</u> | <u>Very Often</u> |
|-----|--|--------------|------------------|--------------|-------------------|
| 20. | I hoped that things would somehow work out so I didn't do anything.            | 1            | 2                | 3            | 4                 |
| 21. | I tried to pretend that my problem wasn't real.                                | 1            | 2                | 3            | 4                 |
| 22. | I tried not to be with anyone who reminded me of the problem.                  | 1            | 2                | 3            | 4                 |
| 23. | I shared my feelings about the problem with another person.                    | 1            | 2                | 3            | 4                 |
| 24. | I tried to figure out how I felt about the problem.                            | 1            | 2                | 3            | 4                 |
| 25. | I figured out what had to be done and then I did it.                           | 1            | 2                | 3            | 4                 |
| 26. | I kept my feelings to myself.  | 1            | 2                | 3            | 4                 |
| 27. | I realized there was nothing I could do. I just waited for it to be over with. | 1            | 2                | 3            | 4                 |
| 28. | I decided to stay away from people and be by myself.                           | 1            | 2                | 3            | 4                 |
| 29. | I put the problem out of mind.   | 1            | 2                | 3            | 4                 |

## TOSCA - A

On the following pages, you will find descriptions of a variety of situations. After each situation, you will see several statements about different ways that people might think or feel.

As I read each situation, really imagine that you are in that situation now. Imagine how you might think or feel. After I read each statement to you, please indicate which circle describes how likely it is that the statement would be true for you. The largest circle (5) means that you are very likely to think or feel that way, and the smallest circle (1) means that you are not at all likely to think or feel that way.

### SAMPLE

#### A. You wake up early one morning on a school day.

- |  | not at all<br><u>likely</u> | <u>unlikely</u> | maybe<br>(half & half) | <u>likely</u> | very<br><u>likely</u> |
|--|-----------------------------|-----------------|------------------------|---------------|-----------------------|
| a) I would eat breakfast right away.                           | ①                           | ②               | <del>③</del>           | ④             | ⑤                     |
| b) I would try to do some extra chores before starting my day. | ①                           | <del>②</del>    | ③                      | ④             | ⑤                     |
| c) I would feel like staying in bed.                           | ①                           | ②               | ③                      | ④             | <del>⑤</del>          |
| d) I would wonder why I woke up so early.                      | <del>①</del>                | ②               | ③                      | ④             | ⑤                     |

In the above example, I've rated ALL of the answers by putting an X in the circle. I marked "maybe" for answer (a) because there have been a few times that I have woken up early and been hungry and eaten right away. For answer (b) I marked "unlikely" because I have only woken up early and decided to do extra chores once, so it is pretty unlikely that I would do that. For answer (c) I marked "very likely" because most of the time when I wake up, I like to stay in bed for a while, so it is very likely that I would do that. For answer (d) I marked "not at all likely" because I would never wonder why I woke up so early.

There are no right or wrong answers to these questions. We're simply interested in your own thoughts and ideas about these situations.

1. You trip in the cafeteria and spill your friend's drink.

- |  | not at all<br><u>likely</u> | unlikely | maybe<br>(half & half) | likely | very<br><u>likely</u> |
|--|-----------------------------|----------|------------------------|--------|-----------------------|
| a) I would be thinking that everyone is watching me and laughing.    | ①                           | ②        | ③                      | ④      | ⑤                     |
| b) I would feel very sorry. I should have watched where I was going. | ①                           | ②        | ③                      | ④      | ⑤                     |
| c) I wouldn't feel bad because it didn't cost very much.             | ①                           | ②        | ③                      | ④      | ⑤                     |
| d) I would think: "I couldn't help it. The floor was slippery."      | ①                           | ②        | ③                      | ④      | ⑤                     |

2. For several days you put off talking to a teacher about a missed assignment. At the last minute you talk to the teacher about it, and all goes well.

- |  | not at all<br><u>likely</u> | unlikely | maybe<br>(half & half) | likely | very<br><u>likely</u> |
|--|-----------------------------|----------|------------------------|--------|-----------------------|
| a) I would think: "I guess I'm more convincing than I thought."                    | ①                           | ②        | ③                      | ④      | ⑤                     |
| b) I would regret that I put it off.   | ①                           | ②        | ③                      | ④      | ⑤                     |
| c) I would feel like a coward.   | ①                           | ②        | ③                      | ④      | ⑤                     |
| d) I would think: "I handled that well."   | ①                           | ②        | ③                      | ④      | ⑤                     |
| e) I would think: "The teacher should have asked me about it first. It's her job." | ①                           | ②        | ③                      | ④      | ⑤                     |

3. While playing around, you throw a ball and it hits your friend in the face.

- |   | not at all<br>likely | unlikely | maybe<br>(half & half) | likely | very<br>likely |
|---|----------------------|----------|------------------------|--------|----------------|
| a) I would feel stupid that I can't even throw a ball.            | ①                    | ②        | ③                      | ④      | ⑤              |
| b) I would think: "Maybe my friend needs more practice catching." | ①                    | ②        | ③                      | ④      | ⑤              |
| c) I would think: "It was just an accident."                      | ①                    | ②        | ③                      | ④      | ⑤              |
| d) I would apologize and make sure my friend feels better.        | ①                    | ②        | ③                      | ④      | ⑤              |

4. You and a group of classmates worked very hard on a project. Your teacher singles you out for a better grade than anyone else.

- |  | not at all<br>likely | unlikely | maybe<br>(half & half) | likely | very<br>likely |
|--|----------------------|----------|------------------------|--------|----------------|
| a) I would think: "The teacher is playing favorites."                | ①                    | ②        | ③                      | ④      | ⑤              |
| b) I would feel alone and apart from my classmates.                  | ①                    | ②        | ③                      | ④      | ⑤              |
| c) I would feel that my hard work had paid off.                      | ①                    | ②        | ③                      | ④      | ⑤              |
| d) I would feel competent and proud of myself.                       | ①                    | ②        | ③                      | ④      | ⑤              |
| e) I would tell the teacher that everyone should get the same grade. | ①                    | ②        | ③                      | ④      | ⑤              |

5. You break something at a friend's house and then hide it.

- |   | not at all<br><u>likely</u> | <u>unlikely</u> | maybe<br><u>(half &amp; half)</u> | <u>likely</u> | very<br><u>likely</u> |
|---|-----------------------------|-----------------|-----------------------------------|---------------|-----------------------|
| a) I would think: "This is making me anxious. I need to either fix it or replace it." | ①                           | ②               | ③                                 | ④             | ⑤                     |
| b) I would avoid seeing that friend for a while.                                      | ①                           | ②               | ③                                 | ④             | ⑤                     |
| c) I would think: "A lot of things aren't made very well."                            | ①                           | ②               | ③                                 | ④             | ⑤                     |
| d) I would think: "It was only an accident."  | ①                           | ②               | ③                                 | ④             | ⑤                     |

6. At school, you wait until the last minute to plan a project, and it turns out badly.

- |  | not at all<br><u>likely</u> | <u>unlikely</u> | maybe<br><u>(half &amp; half)</u> | <u>likely</u> | very<br><u>likely</u> |
|--|-----------------------------|-----------------|-----------------------------------|---------------|-----------------------|
| a) I would feel useless and incompetent.                     | ①                           | ②               | ③                                 | ④             | ⑤                     |
| b) I would think: "There are never enough hours in the day." | ①                           | ②               | ③                                 | ④             | ⑤                     |
| c) I would feel that I deserve a bad grade.                  | ①                           | ②               | ③                                 | ④             | ⑤                     |
| d) I would think: "What's done is done."                     | ①                           | ②               | ③                                 | ④             | ⑤                     |

7. You wake up one morning and remember it's your mother's birthday. You forgot to get her something.

not at all                      maybe                      very  
likely   unlikely   (half & half)   likely   likely

- a) I would think: "It's not the gift that matters. All that really matters is that I care."      ①-----②-----③-----④-----⑤
- b) I would think: "After everything she's done for me, how could I forget her birthday?"      ①-----②-----③-----④-----⑤
- c) I would feel irresponsible and thoughtless.      ①-----②-----③-----④-----⑤
- d) I would think: "Someone should have reminded me."      ①-----②-----③-----④-----⑤

8. You walk out of a test thinking you did extremely well. Then you find out you did poorly.

not at all                      maybe                      very  
likely   unlikely   (half & half)   likely   likely

- a) I would feel that I should have done better. I should have studied more.      ①-----②-----③-----④-----⑤
- b) I would feel stupid.      ①-----②-----③-----④-----⑤
- c) I would think: "It's only a test."      ①-----②-----③-----④-----⑤
- d) I would think: "The teacher must have graded it wrong."      ①-----②-----③-----④-----⑤

9. You make a mistake at school and find out a classmate is blamed for the error.

not at all                      maybe                      very  
likely    unlikely (half & half)    likely                      likely

a) I would think: "The teacher does not like the classmate."

①-----②-----③-----④-----⑤

b) I would think: "Life is not fair."

①-----②-----③-----④-----⑤

c) I would keep quiet and avoid the classmate.

①-----②-----③-----④-----⑤

d) I would feel unhappy and eager to correct the situation.

①-----②-----③-----④-----⑤

10. You were talking in class and your friend got blamed. You go to the teacher and tell him the truth.

not at all                      maybe                      very  
likely    unlikely (half & half)    likely                      likely

a) I would think: "The teacher should have gotten the facts straight before he blamed my friend."

①-----②-----③-----④-----⑤

b) I would feel like I always get people in trouble.

①-----②-----③-----④-----⑤

c) I would feel good about setting the record straight.

①-----②-----③-----④-----⑤

d) I would be proud of myself for being an honest person.

①-----②-----③-----④-----⑤

e) I would think: "I'm the one who should get in trouble. I shouldn't have been talking in the first place."

①-----②-----③-----④-----⑤

11. You and your friend are talking in class and you get in trouble.

not at all                      maybe                      very  
likely   unlikely (half & half)   likely   likely

a) I would think: "I should know better.  
I deserve to get in trouble."

①-----②-----③-----④-----⑤

b) I would think: "We were only  
whispering."

①-----②-----③-----④-----⑤

c) I would think: "The teacher is  
unfair."

①-----②-----③-----④-----⑤

d) I would feel like everyone in the  
class was looking at me and they were  
about to laugh.

①-----②-----③-----④-----⑤

12. You make plans to meet a friend. Later you realize you stood them up.

not at all                      maybe                      very  
likely   unlikely (half & half)   likely   likely

a) I would think: "I'm inconsiderate."

①-----②-----③-----④-----⑤

b) I would think: "Well, they'll  
understand."

①-----②-----③-----④-----⑤

c) I would try to make it up to them  
as soon as possible.

①-----②-----③-----④-----⑤

d) I would think: "Someone distracted  
me just before I was supposed to  
meet my friend."

①-----②-----③-----④-----⑤

13. You volunteer to help raise money for a good cause. Later you want to quit, but you know your help is important.

- |  | not at all |          | maybe         |        | very   |
|--|------------|----------|---------------|--------|--------|
|  | likely     | unlikely | (half & half) | likely | likely |
| a) I would feel selfish and I'd think I am basically lazy.                         | ①          | ②        | ③             | ④      | ⑤      |
| b) I would think: "I was pressured into helping."                                  | ①          | ②        | ③             | ④      | ⑤      |
| c) I would think: "I should be more concerned about doing whatever I can to help." | ①          | ②        | ③             | ④      | ⑤      |
| d) I would feel great that I had helped.   | ①          | ②        | ③             | ④      | ⑤      |
| e) I would feel very satisfied with myself.  | ①          | ②        | ③             | ④      | ⑤      |

14. Your report card isn't as good as you wanted. You show it to your parents when you get home.

- |  | not at all |          | maybe         |        | very   |
|--|------------|----------|---------------|--------|--------|
|  | likely     | unlikely | (half & half) | likely | likely |
| a) I would think: "Everyone gets bad grades once in a while."                        | ①          | ②        | ③             | ④      | ⑤      |
| b) I would think: "I really didn't deserve the grades, it wasn't my fault."          | ①          | ②        | ③             | ④      | ⑤      |
| c) Now that I got a bad report card, I would feel worthless.                         | ①          | ②        | ③             | ④      | ⑤      |
| d) I would think: "I should listen to everything the teacher says and study harder." | ①          | ②        | ③             | ④      | ⑤      |



# South Oak Gambling Screen (SOGS) - Revised Adolescent

by Winters, Stinchfield & Fulkerson

1. Indicate how often, if at all, you have done these activities in your lifetime and in the past 12 months.

|   | LIFETIME |               | DURING PAST 12 MONTHS |                   |         |        |       |
|---|----------|---------------|-----------------------|-------------------|---------|--------|-------|
|   | Never    | At Least Once | Never                 | Less than Monthly | Monthly | Weekly | Daily |
| a. Played cards for money   | 0        | 0             | 0                     | 0                 | 0       | 0      | 0     |
| b. Flipped coins for money  | 0        | 0             | 0                     | 0                 | 0       | 0      | 0     |
| c. Bet on games of personal skill like pool, golf or bowling        | 0        | 0             | 0                     | 0                 | 0       | 0      | 0     |
| d. Bet on sports teams  | 0        | 0             | 0                     | 0                 | 0       | 0      | 0     |
| e. Bet on horse or dog races  | 0        | 0             | 0                     | 0                 | 0       | 0      | 0     |
| f. Played bingo for money   | 0        | 0             | 0                     | 0                 | 0       | 0      | 0     |
| g. Played dice games (such as craps or over and under)              | 0        | 0             | 0                     | 0                 | 0       | 0      | 0     |
| h. Played slot machines, poker machines, or other gambling machines | 0        | 0             | 0                     | 0                 | 0       | 0      | 0     |
| i. Played scratch tabs  | 0        | 0             | 0                     | 0                 | 0       | 0      | 0     |
| j. Played the lottery by picking numbers                            | 0        | 0             | 0                     | 0                 | 0       | 0      | 0     |
| k. Played pull tabs   | 0        | 0             | 0                     | 0                 | 0       | 0      | 0     |

2. What is the largest amount of money you have ever gambled in the past 12 months?

- \$1 or less
- More than \$1, up to \$10
- More than \$10, up to \$49
- \$50-\$99
- \$100-\$199
- \$200 or more

3. Do either of your parents play any games of chance for money?

- Yes
- No
- I don't know

If yes, which one?

- Mother only
- Father only
- Both mother and father

4. Do you think that either of your parents gamble too much?

- Yes
- No
- I don't know

If yes, which one?

- Mother only
- Father only
- Both mother and father

5. In the past 12 months, how often have you gone back another day to try to win back the money you lost?
- Every time
  - Most of the time
  - Some of the time
  - Never
6. In the past 12 months when you were betting, have you ever told others you were winning money when you really weren't winning?
- Yes
  - No
7. Has your betting money, in the past 12 months, ever caused any problems for you such as arguments with family and friends, or problems at school or work?
- Yes
  - No
8. In the past 12 months, have you ever gambled more than you had planned to?
- Yes
  - No
9. In the last 12 months, has anyone criticized your betting or told you that you had a gambling problem, regardless of whether you thought it was true or not?
- Yes
  - No
10. In the past 12 months, have you ever felt bad about the amount you bet, or about what happens when you bet money?
- Yes
  - No
11. Have you ever felt, in the past 12 months, that you would like to stop betting money but didn't think you could?
- Yes
  - No
12. In the last 12 months, have you ever hidden from family or friends any betting slips, I.O.U.s, lottery tickets, money that you've won, or other signs of gambling?
- Yes
  - No
13. In the past 12 months, have you had money arguments with family or friends that centered on gambling?
- Yes
  - No
14. In the past 12 months, have you borrowed money to bet and not paid it back?
- Yes
  - No

15. In the past 12 months, have you ever skipped or been absent from school or work due to betting activities?

\_\_\_\_\_ Yes

\_\_\_\_\_ No

16. Have you borrowed money or stolen something in order to bet or to cover gambling debts in the last 12 months?

\_\_\_\_\_ Yes

\_\_\_\_\_ No

If yes, mark from whom or where you got the money or goods (mark all that apply):

A. \_\_\_\_\_ Parents

B. \_\_\_\_\_ Brother(s) or sister(s)

C. \_\_\_\_\_ Other relatives

D. \_\_\_\_\_ Friends

E. \_\_\_\_\_ Loan sharks

F. \_\_\_\_\_ You sold personal or family property

G. \_\_\_\_\_ You passed a bad check on your checking account

H. \_\_\_\_\_ You stole from someone

## **Coping Response Inventory - Youth Form**

by Rudolf H. Moos, Ph.D.

### **Part 1**

This booklet contains questions about how you deal with important problems that come up in your life. Please think about the most important problem or stressful situation you have experienced in the last 12 months (for example, a problem with your parents, a problem at school, a serious illness or accident, or the death of a family member or a friend). Briefly describe the problem in the space provided in Part 1 of this sheet. If you have not experienced a major problem, list a minor problem that you have had to deal with. Then answer each of the 10 questions about the problem or situation (listed below) by circling the appropriate response:

|  |    |    |    |    |
|--|----|----|----|----|
| Circle "DN" if your response is Definitely No  | DN | MN | MY | DY |
| Circle "MN" if your response is Mainly No      | DN | MN | MY | DY |
| Circle "MY" if your response is Mainly Yes     | DN | MN | MY | DY |
| Circle "DY" if your response is Definitely Yes | DN | MN | MY | DY |

Describe the problem or situation:

---

---

---

---

- |     |   |    |    |    |    |
|-----|---|----|----|----|----|
| 1.  | Have you ever faced a problem like this before ?                        | DN | MN | MY | DY |
| 2.  | Did you know this problem was going to happen to you ?                  | DN | MN | MY | DY |
| 3.  | Did you have enough time to get ready to deal with this problem ?       | DN | MN | MY | DY |
| 4.  | When this problem happened, did you think of it as a threat ?           | DN | MN | MY | DY |
| 5.  | When this problem happened, did you think of it as a challenge ?        | DN | MN | MY | DY |
| 6.  | Was this problem caused by something you did ?                          | DN | MN | MY | DY |
| 7.  | Was this problem caused by something someone else did ?                 | DN | MN | MY | DY |
| 8.  | Did anything good come out of dealing with this problem ?               | DN | MN | MY | DY |
| 9.  | Has this problem or situation been worked out ?                         | DN | MN | MY | DY |
| 10. | If the problem has been worked out, did it turn out all right for you ? | DN | MN | MY | DY |

## Part 2

Read each item carefully and indicate how often you took that action to deal with the problem you described in Part 1. Circle the appropriate response on the answer sheet:

|  |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|
| Circle "N" if your response is <b>NO</b> , Not at all.     | N | O | S | F |
| Circle "O" if your response is <b>YES</b> , Once or Twice. | N | O | S | F |
| Circle "S" if your response is <b>YES</b> , Sometimes.     | N | O | S | F |
| Circle "F" if your response is <b>YES</b> , Fairly often.  | N | O | S | F |

There are 48 items in Part 2. Please answer each question as accurately as you can. If an item does not apply to you, please write **NA (Not Applicable)**. If you do not wish to answer a question, please circle the number of that question to indicate that you have decided to skip it.

- |     |   |   |   |   |   |
|-----|---|---|---|---|---|
| 1.  | Did you think of different ways to deal with the problem ?                            | N | O | S | F |
| 2.  | Did you tell yourself things to make yourself feel better ?                           | N | O | S | F |
| 3.  | Did you talk with a parent or other family member about the problem?                  | N | O | S | F |
| 4.  | Did you decide on one way to deal with the problem and do it ?                        | N | O | S | F |
| 5.  | Did you try to forget the whole thing ?   | N | O | S | F |
| 6.  | Did you feel that time would make a difference – that the only thing to do was wait ? | N | O | S | F |
| 7.  | Did you get involved in new activities ?  | N | O | S | F |
| 8.  | Did you take it out on other people when you felt angry or sad ?                      | N | O | S | F |
| 9.  | Did you try to step back from the problem and think about it ?                        | N | O | S | F |
| 10. | Did you tell yourself that things could be worse ?                                    | N | O | S | F |
| 11. | Did you talk with a friend about the problem ?  | N | O | S | F |
| 12. | Did you know what had to be done and try hard to make things work ?                   | N | O | S | F |
| 13. | Did you try not to think about the problem ?  | N | O | S | F |
| 14. | Did you realize that you had no control over the problem ?                            | N | O | S | F |

- |     |   |   |   |   |   |
|-----|---|---|---|---|---|
| 15. | Did you try to make new friends ?   | N | O | S | F |
| 16. | Did you take a chance and do something risky ?  | N | O | S | F |
| 17. | Did you go over in your mind what you would say or do ?   | N | O | S | F |
| 18. | Did you try to see the good side of the situation ?   | N | O | S | F |
| 19. | Did you talk with an adult like a teacher, coach, counselor, clergyman, or doctor ?                 | N | O | S | F |
| 20. | Did you decide what you wanted and try to get it?   | N | O | S | F |
| 21. | Did you daydream or imagine things being better than they were ?                                    | N | O | S | F |
| 22. | Did you think that the outcome would be decided by fate ?   | N | O | S | F |
| 23. | Did you begin to read more often for enjoyment ?  | N | O | S | F |
| 24. | Did you yell or shout to let off the steam ?  | N | O | S | F |
| 25. | Did you think about how things might turn out ?   | N | O | S | F |
| 26. | Did you keep thinking about how you were better off than other people with the same problems ?      | N | O | S | F |
| 27. | Did you look for help from other kids or groups with the same type of problem ?                     | N | O | S | F |
| 28. | Did you try at least two different ways to solve the problem ?                                      | N | O | S | F |
| 29. | Did you put off thinking about the situation, even though you knew you would have to at some point? | N | O | S | F |
| 30. | Did you accept the problem because nothing could be done to change it ?                             | N | O | S | F |
| 31. | Did you begin to spend more time in fun activities, like sports, parties, and going shopping ?      | N | O | S | F |
| 32. | Did you cry to let your feelings out ?  | N | O | S | F |
| 33. | Did you try to make sense out of why this problem happened to you ?                                 | N | O | S | F |
| 34. | Did you try to tell yourself that things would get better ?   | N | O | S | F |
| 35. | Did you ask a friend to help you solve the problem?   | N | O | S | F |
| 36. | Did you try to do more things on your own ?   | N | O | S | F |
| 37. | Did you wish the problem would go away or somehow be over with ?                                    | N | O | S | F |

|     |  |   |   |   |   |
|-----|--|---|---|---|---|
| 38. | Did you expect the worst possible outcome ?  | N | O | S | F |
| 39. | Did you try to keep busy with school or other things to help you cope ?                        | N | O | S | F |
| 40. | Did you do something that you didn't think would work, but at least you were doing something ? | N | O | S | F |
| 41. | Did you think about the new hardships that would be placed on you ?                            | N | O | S | F |
| 42. | Did you think about how this situation could change your life for the better ?                 | N | O | S | F |
| 43. | Did you ask for sympathy and understanding from someone ?                                      | N | O | S | F |
| 44. | Did you take things a day at a time, one step at a time ?                                      | N | O | S | F |
| 45. | Did you try to deny how serious the problem really was ?                                       | N | O | S | F |
| 46. | Did you lose hope that things would ever be the same ?   | N | O | S | F |
| 47. | Did you find new ways to enjoy life ?  | N | O | S | F |
| 48. | Did you listen to music as a way to cope?  | N | O | S | F |

## Melbourne Decision Making Questionnaires

These questionnaires measure the way people usually approach decision making; therefore the answer that is true for you is the correct answer.

Please, check in the number that best describes the way you feel. **If, it is ...**

- ...**Not true for me**, I'll check number **0**;
- ...**Sometimes true**, I'll check number **1**;
- ...**True for me**, I'll check number **2**.

### DMQI

|    |   | Not | Some | True |
|----|---|-----|------|------|
| 1. | I feel confident about my ability to make decisions.  | 0   | 1    | 2    |
| 2. | I feel inferior to most people making decisions.  | 0   | 1    | 2    |
| 3. | I think that I am a good decision maker.  | 0   | 1    | 2    |
| 4. | I feel so discouraged that I give up trying to make decisions.                                      | 0   | 1    | 2    |
| 5. | The decisions I make turn out well.   | 0   | 1    | 2    |
| 6. | It is easy for other people to convince me that their decision rather than mine is the correct one. | 0   | 1    | 2    |

### DMQII

|    |  | Not | Some | True |
|----|--|-----|------|------|
| 1. | I like to consider all the alternatives.   | 0   | 1    | 2    |
| 2. | I avoid making decisions.  | 0   | 1    | 2    |
| 3. | I waste a lot of time on trivial matters before getting to the final decision.         | 0   | 1    | 2    |
| 4. | Whenever I face a difficult decision I feel pessimistic about finding a good solution. | 0   | 1    | 2    |
| 5. | I try to find out the disadvantages of all alternatives.                               | 0   | 1    | 2    |
| 6. | I do not make decisions unless I really have to.                                       | 0   | 1    | 2    |
| 7. | I feel as if I am under tremendous time pressure when making decisions.                | 0   | 1    | 2    |
| 8. | Even after I have made a decision I delay acting upon it.                              | 0   | 1    | 2    |

|     |  | Not | Some | True |
|-----|--|-----|------|------|
| 9.  | I consider how best to carry out a decision.   | 0   | 1    | 2    |
| 10. | When making a decision I like to collect a lot of information.                                     | 0   | 1    | 2    |
| 11. | I prefer to leave decision to others.  | 0   | 1    | 2    |
| 12. | The possibility that some small thing might go wrong causes me to swing abruptly in my preference. | 0   | 1    | 2    |
| 13. | When I have to make a decision I wait a long time before starting to think about it.               | 0   | 1    | 2    |
| 14. | I do not like to take responsibility for making decisions.   | 0   | 1    | 2    |
| 15. | I try to be clear about my objectives before choosing.   | 0   | 1    | 2    |
| 16. | If a decision can be made by me or another person I let the other person make it.                  | 0   | 1    | 2    |
| 17. | I delay making decisions until it is too late.   | 0   | 1    | 2    |
| 18. | I cannot think straight if I have to make a decision in a hurry.                                   | 0   | 1    | 2    |
| 19. | I take a lot of care before choosing.  | 0   | 1    | 2    |
| 20. | I prefer that people who are better informed decide for me   | 0   | 1    | 2    |
| 21. | I putt off making decisions.   | 0   | 1    | 2    |
| 22. | After a decision is made I spend a lot of time convincing myself it was correct.                   | 0   | 1    | 2    |

## The Lie / Bet Questionnaire

by Johnson, Hamer, Nora et al.

1. Have you ever had to lie to people important to you about how much you gambled ?

YES \_\_\_\_\_

NO \_\_\_\_\_

2. Have you ever felt the need to bet more and more money ?

YES \_\_\_\_\_

NO \_\_\_\_\_

