

L comme LIRE...



■ Institut national de la santé publique du Québec (2010). **Surveillance des maladies infectieuses chez les utilisateurs de drogue par injection – Épidémiologie du VIH de 1995 à 2008 – Épidémiologie du VHC de 2003 à 2008.** Rapport, version électronique seulement.

Cette analyse, réalisée par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), est produite annuellement dans le but de mieux comprendre la transmission du VIH et de l'hépatite C parmi des personnes faisant usage de drogues par injection.

On constate à la lecture de ce rapport que la transmission du VIH et du virus de l'hépatite C demeure un problème aigu parmi les personnes vulnérables qui font usage de drogues par injection.

www.inspq.qc.ca

■ Institut de la statistique du Québec (2010). **Idees suicidaires et tentatives de suicide au Québec: un regard sur les liens avec l'état de santé physique ou mental et le milieu social.** Série Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. Zoom santé. Direction des statistiques de santé et direction des enquêtes longitudinales et sociales. Gouvernement du Québec.

L'enquête, réalisée à partir d'une quinzaine de variables, confirme certains constats d'enquêtes antérieures. Cependant, des informations en lien avec les idées suicidaires et l'utilisation des services de santé demeurent inquiétantes. De fait, un tiers des personnes ayant fait une tentative de suicide n'ont pas consulté un professionnel suite à leur geste... Or, nous savons que le risque de récidive est très présent après une première tentative.

www.isq.gouv.qc.ca

■ Ministère de la santé et des services sociaux (2010). **Attitudes de la population québécoise sur les personnes qui utilisent des drogues par injection et sur les interventions de réduction des méfaits.** Synthèse de cinq études. Direction du développement des individus et de l'environnement social & Direction générale de la santé publique. Québec.

En plus de présenter la synthèse de cinq études (dont celle dont il est fait mention dans le texte p.12: *Rien contre mais... juste pas dans ma cour!*), le document s'intéresse aux actions de communications futures qui seraient à mener. Un outil pour ceux et celles qui veulent travailler à influencer positivement les citoyens.

JEU PATHOLOGIQUE CHEZ LES MEMBRES DES PREMIÈRES NATIONS: FACTEURS DE RISQUES ET PROBLÈMES CONCOMITANTS

La fréquence du jeu de hasard s'est accrue au cours des dernières années, que ce soit au Québec, ailleurs dans le monde, ou encore dans les communautés des Premières Nations. La plus grande accessibilité du jeu, son acceptation et sa légalisation sont en partie responsables de ce plus grand intérêt, à travers les cultures et les sociétés (Abbott & Volberg, 1999; Cox et al., 2005). Bien que plusieurs individus prennent plaisir à jouer parce qu'ils y voient une façon de rêver, de relaxer ou de socialiser, le jeu peut toutefois devenir problématique pour certains d'entre eux (Ladouceur, 2000). Le jeu pathologique est un diagnostic psychiatrique classé dans les troubles du contrôle des impulsions du DSM-IV-TR (APA, 2000), une dépendance variant en sévérité et en durée (Abbott & Volberg, 1999; Ladouceur, 2000). Il s'agit d'un problème sérieux qui peut mener à différentes conséquences pour les individus, leurs familles et leurs communautés (Wardman et al., 2001). Parmi ces conséquences, sont retrouvés le démantèlement du réseau social et de la famille, la présence importante de d'autres pathologies telles que le suicide, de graves problèmes financiers et une plus grande probabilité d'être sans-abris (Suissa, 2007).

Perspectives historiques et contemporaines du jeu

Les jeux de hasard font partie de l'histoire de l'humanité depuis fort longtemps dans diverses cultures et sociétés (Abbott & Volberg, 1999), notamment chez les peuples des Premières Nations (Williams et al., 2005). Dans ces communautés, les plus anciennes évidences du jeu remontent à 1000 ans avant l'arrivée des premiers Européens en Amérique. Plusieurs jeux de hasard étaient présents à cette époque, comme les ossements, les bâtons et les jeux de mains, où des prédictions exactes menaient à la victoire. Ces jeux traditionnels étaient pratiqués en guise de cérémonie ou lors de célé-

brations, par exemple pour plaire aux divinités afin de recevoir des bénéfices incontrôlables par les humains comme la pluie, la fertilité et la guérison (Culin, 1973; Williams et al., 2005). Puis, au cours des 15 dernières années, les casinos américains ont été introduits dans les communautés des Premières Nations dans l'espoir d'un renouveau économique (Williams et al., 2005). Les formes traditionnelles de jeux de hasard ont alors été remplacées par celles des Nord-Américains, soit le bingo, les loteries, les jeux de casinos, etc. et les gains sont devenus des gains d'argent.

Bien que le jeu soit présent depuis longtemps dans de nombreuses régions du monde, l'investigation systématique de la prévalence du jeu pathologique est plutôt récente. La prévalence est souvent rapportée comme étant une combinaison des joueurs pathologiques probables (ou problématiques) et des joueurs à risque, i.e., qui présentent des symptômes sérieux pouvant affecter leur santé, mais sans être pathologiques. Les résultats d'une méta-analyse portant sur un vaste échantillon d'adultes nord américains (comprenant 66 études) indiquent une moyenne probable de jeu pathologique de 1,46 % (0,92 – 2,01 IC), et une moyenne de 2,54 % (1,72 – 3,27) pour un problème de jeu de façon plus générale (Shaffer & Hall, 2001).

Dans la foulée, des études récentes se sont intéressées à la prévalence du jeu pathologique auprès des membres des Premières Nations. Ainsi, dans leur recension des écrits, Wardman et ses collègues (2001) concluent que les Premières Nations sont de 4 à 16 fois plus à risque de développer un problème de jeu pathologique que les individus de la population générale. Les résultats de deux études réalisées auprès des membres des communautés cris du Nord-du-Québec révèlent qu'environ 9,2 % de la population a un problème de jeu ou est à risque d'en développer un (Ancitil et Chevalier, 2008), ou encore que 8,6 % des participants



sont à risque élevé d'avoir une problématique sévère de jeu (Gill, 2009).

De plus, chez les membres des Premières Nations, différents facteurs de risque ont été associés au jeu pathologique: la pauvreté, le jeune âge de sa population, une plus grande exposition au jeu, une histoire d'abus dans l'enfance, de même qu'un niveau plus élevé de chômage et de dépendances à l'alcool et aux drogues (Dion et al., 2009; Volberg, 2001; Wardman et al., 2001).

Chez les personnes autochtones, la prévalence plus élevée de jeu pathologique a été expliquée, entre autres, par le cumul de différents facteurs de risque: la pauvreté, le jeune âge de sa population, une plus grande exposition au jeu, par exemple au bingo, une histoire de maltraitance dans l'enfance, de même qu'un niveau plus élevé de chômage et de dépendances à l'alcool et aux drogues (p. ex., Dion et al., 2009; Volberg, 2001; Wardman et al., 2001; Zitzow 1996b). Quelques chercheurs mentionnent des facteurs de risque qui seraient présents chez les personnes autochtones tels que la recherche de sensation, un manque d'activités récréatives et une préférence pour le jeu (Wardman et al., 2001; Zitzow, 1996b), bien qu'ils n'aient pas été validés dans certaines études (Gillis et al., 2008; Hewitt, 1994; Hewitt & Auger, 1995; McDougall et al., 2007). Des facteurs culturels comme les croyances, les valeurs et les effets de l'acculturation, pourraient également influencer les taux de prévalence auprès de certains groupes culturels, incluant les communautés autochtones (Raylu & Oei; 2004).

En somme, le jeu pathologique apparaît être plus prévalent chez les peuples autochtones que chez les non-autochtones. Toutefois, peu de données sont disponibles concernant la prévalence du jeu et ses facteurs associés chez les Premières Nations au Québec.

Objectif et méthodologie

Dans ce contexte, notre étude vise à mieux comprendre les facteurs associés au jeu pathologique chez les membres des Premières Nations du Québec. Elle est en cours et le présent article fait état de résultats préliminaires. Jusqu'à maintenant, 145 membres des Premières Nations ont été rencontrés. Ils sont issus de deux communautés et de deux centres semi-urbains du Québec. Ces participants ont été sélectionnés au hasard grâce aux registres des conseils de bande (communautés) et des listes des Centres d'amitié autochtones (centres semi-urbains). Des intervieweurs ont rencontré chaque participant individuellement afin d'administrer le questionnaire oralement. Les questionnaires utilisés ont permis d'évaluer le jeu pathologique (*South Oaks Gambling Screen*; Ladouceur, 1991) mais aussi la consommation d'alcool (*Michigan Alcohol Screening Test*; MAST, adapté pour les Premières Nations, Philippe-Labbé, 2006), ainsi que la consommation de drogues (*Drug Abuse Screening Test*;

DAST, adapté pour les Premières Nations, Philippe-Labbé, 2006). De plus, les traumatisés vécus dans l'enfance, ont été évalués à partir d'une version traduite et adaptée du *Early Trauma Inventory Self-Report short-form* (ETISR-SF; Bremner, 2000) ainsi que la détresse psychologique (*Indice de détresse psychologique*; IDPSQ-14, Boyer et al., 1993).

Résultats et implications cliniques

Les résultats préliminaires indiquent que 13,8 % (n = 20) des 145 participants sélectionnés aléatoirement sont des joueurs pathologiques probables, ce qui représente une proportion importante comparativement à la population générale. Des tests de chi-carrés ont ensuite permis d'identifier les facteurs associés au jeu pathologique chez l'ensemble des répondants. Les participants ont été répartis en deux catégories: 1) les joueurs pathologiques (JP) ou 2) les non-joueurs ou les joueurs non pathologiques (NJP), selon leur score au SOGS. Les résultats obtenus jusqu'à présent ne permettent pas d'établir de lien statistiquement significatif entre les variables sociodémographiques étudiées (âge, sexe) et la pathologie du jeu.

Cependant, des relations significatives sont observées entre le jeu pathologique et les autres dépendances. Ainsi, les joueurs pathologiques ont une consommation problématique d'alcool dans une proportion de 75,0 % vs 28,7 % pour les non-joueurs pathologiques ($X^2 = 16,155$, $p < 0,001$). Pour les drogues, on observe que 60,0 % des joueurs pathologiques ont un problème vs 10,1 % des non-joueurs pathologiques ($X^2 = 29,865$, $p < 0,001$). La détresse n'est pas statistiquement associée à cette problématique: 35,0 % des joueurs pathologiques (comparativement à 23,0 % des non-joueurs) rapportent vivre de la détresse psychologique. Par contre, d'autres résultats indiquent que certains événements pénibles vécus avant l'âge de 18 ans sont reliés au jeu pathologique. En effet, avoir fréquenté un pensionnat (70,0 % JP vs 23,4 % NJP; $X^2 = 17,866$, $p < 0,001$), avoir été victime d'agression sexuelle (65,0 % JP vs 26,5 % NJP; $X^2 = 11,615$, $p < 0,01$) ou d'agression physique avant 18 ans (60,0 % JP vs 28,4 % NJP; $X^2 = 7,670$, $p < 0,01$) sont des facteurs associés au jeu pathologique à l'âge adulte.

En somme, les résultats de la présente étude indiquent non seulement une forte prévalence du jeu pathologique chez les répondants des Premières Nations de cette étude, mais également des taux élevés de différentes problématiques associées. Ces résultats concordent avec ceux d'autres études réalisées auprès des peuples des Premières Nations (Wardman et al., 2001) bien que la prévalence apparaisse plus élevée que les taux rapportés au Québec par Anctil et Chevalier (2008) et Gill (2009). Même si aucun lien de causalité n'a pu être établi, nos résultats révèlent que les joueurs pathologiques présentent des dépendances à l'alcool et aux



drogues en plus d'une histoire de traumatismes dans l'enfance, ce qui est conforme aux résultats obtenus dans d'autres études réalisées chez les Premières Nations (p. ex., Abbott & Volberg, 1999; Elia & Jacobs, 1993; Westermeyer et al., 2005). Contrairement à ce qui est retrouvé dans les écrits (Volberg, 1994; Cozzetto & Larocque, 1996; Wynne & McCready, 2005), l'âge et le sexe ne sont pas reliés au jeu pathologique.

En conclusion...

La collecte de données est toujours en cours pour cette recherche, aussi les résultats présentés ci-dessus sont sujets à changement. De plus, une fois la collecte finalisée, des analyses statistiques plus complexes seront réalisées afin d'avoir un meilleur portrait de la situation, et pour mieux comprendre cette prévalence élevée.

Néanmoins, les résultats obtenus jusqu'à présent suggèrent quelques pistes pour le traitement des joueurs pathologiques chez les membres des Premières Nations, comme l'utilisation d'une approche holistique et la considération de l'ensemble des facteurs pour comprendre et traiter les problématiques de jeu (Auger & Hewitt; 2000).

De plus, les joueurs pathologiques présentent souvent un profil complexe qui peut affecter l'accès et la rétention dans le traitement ainsi que les résultats atteints. Dans ce contexte, les modèles de traitement qui prennent en considération les comorbidités peuvent aider le rétablissement des joueurs pathologiques (Winters & Kushner, 2003). Finalement, puisque le jeu est en croissance dans plusieurs régions du monde, la prévention et l'éducation devraient non seulement cibler la population générale, mais également les membres des communautés des Premières Nations. Des recherches futures sont également nécessaires pour mieux comprendre la complexité des joueurs pathologiques.

JACINTHE DION, Ph.D.,
professeure adjointe,
Université du Québec à Chicoutimi

AMÉLIE ROSS, B.A.,
étudiante,
Université du Québec à Chicoutimi

DELPHINE COLLIN-VÉZINA, Ph.D.,
professeure adjointe,
Université McGill

Remerciements

Nous tenons à remercier le Centre de réadaptation Wapan, notamment la directrice Louise Généreux, pour son soutien et sa collaboration inestimable à la réalisation de ce projet; les intervieweurs; les participants; Mireille De La Sablonnière pour la recherche bibliographique de même qu'Audrey Gilbert et Sarah Buckell pour l'entrée de données. Cette étude a bénéficié d'une subvention des Agences régionales de la santé et des services sociaux de Lanaudière, de la Mauricie Centre-du-Québec, du Saguenay Lac-St-Jean et du Centre de réadaptation Wapan.

Références:

- ABBOTT, M. W., & VOLBERG, R. A. (1999). *Gambling and problem gambling in the community: An international overview and critique*. Wellington, NZ: Department of Internal Affairs.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV-TR)*. Washington, DC: Author.
- ANCTIL, M., & CHEVALIER, S. (2008). Habitudes de vie en matière de consommation d'alcool, de drogues et les pratiques de jeux de hasard et d'argent. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Cycle 2.1*. Québec: Institut national de santé publique du Québec.
- AUGER, D., & HEWITT, D. (2000). *Dream chaser: Alberta Aboriginal adult gambling prevalence study*. Edmonton, AB: Nechi Training, Research, & Health Promotions Institute.
- BOYER, R., PRÉVILLE, M., LÉGARÉ, G., & VALOIS, P. (1993). La détresse psychologique dans la population du Québec non-institutionnalisée. *La Revue canadienne de psychiatrie*, 38, 339-343.
- BREMNER, J.D., VERMETTEN, E., & MAZURE C. M. (2000). Development and preliminary psychometric properties of an instrument for the measurement of childhood trauma: The early trauma inventory. *Depression and Anxiety*, 12, 1-12.
- CULIN, S. (1973). *Games of the North American Indians*. New York: AMS Press.
- COX, B. J., YU, N., OLFREY, T., & LADOUCEUR, R. (2005). A national survey of gambling problems in Canada. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50, 213-217.
- COZZETTO, D. A., & LAROCQUE, B. W. (1996). Compulsive gambling in the Indian community: A North Dakota case study. *American Indian Culture and Research Journal*, 20, 73-86.
- DION, J., COLLIN-VÉZINA, D., DE LA SABLONNIÈRE, M., PHILIPPE-LABBÉ, M.-P., & GIFFARD, T. (2009). An exploration of the connection between child sexual abuse and gambling in aboriginal communities. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 10.1007/s11469-009-9234-0, online.
- ELIA, C., & JACOBS, D. F. (1993). The incidence of pathological gambling among Native Americans treated for alcohol dependence. *International Journal of the Addictions*, 28, 659-666.
- GILL, K.J. (2009, Septembre). The social and psychological impact of gambling in the Cree communities of Northern Quebec. Communication présentée au Colloque international Jeux et Dépendances, Montréal, Québec.
- GILLIS, A., McDONALD, J., & WEATHERLY, J. N. (2008). American Indians and non-Indians playing a slot-machine simulation: Effects of sensation seeking and payback percentage. *American Indian and Alaska Native Mental Health Research*, 15, 18-32.
- HEWITT, D. (1994). *Spirit of bingo land: A study of problem gambling among Alberta Native people*. Edmonton, AB: Nechi Training, Research, & Health Promotions Institute.
- HEWITT, D., & AUGER, D. (1995). *Firewatch on Aboriginal adolescent gambling*. Edmonton, AB: Nechi Training, Research, & Health Promotions Institute.
- LADOUCEUR, R. (1991). Prevalence estimates of pathological gamblers in Quebec. *Canadian Journal of Psychiatry*, 36, 732-734.
- LADOUCEUR, R. (2000). *Le Jeu excessif: Comprendre et vaincre le gambling*. Montreal: Éditions de l'Homme.
- McDUGALL, C. L., McDONALD, J., & WEATHERLY, J. N. (2007). The gambling behavior of American Indian and non-Indian participants: Effects of the actions and ethnicity of a confederate. *American Indian and Alaska Native Mental Health Research*, 14, 59-74.
- PHILIPPE-LABBÉ, M.-P. (2006). La résolution de la consommation problématique d'alcool et de drogues selon les femmes pekuakamiinuath ayant vécu ce problème. Mémoire de maîtrise inédit, Université du Québec à Chicoutimi.
- SHAFFER, H. J., & HALL, M. N. (2001). Updating and refining meta-analytic prevalence estimates of disordered gambling behaviour in the United States and Canada. *Canadian Journal of Public Health*, 92, 168-72.
- SUISSA, A. J. (2007). Gambling addiction as a pathology: Some markers for empowerment. *Journal of Addictions Nursing*, 18, 93-101.
- VOLBERG R. A. (1994). The prevalence and demographics of pathological gamblers: Implications for public health. *American Journal of Public Health*, 84, 237-241.
- VOLBERG, R. A. (2001). *Gambling and problem gambling in North Dakota: A replication study, 1992 to 2002*. Northampton, MA: Gemini Research, Ltd.
- WARDMAN, D., EL-GUEBALY, N., & HODGINS, D. (2001). Problem and pathological gambling in North American Aboriginal populations: A review of the empirical literature. *Journal of Gambling Studies*, 17, 81-100.
- WESTERMAYER, J., CANIVE, J., GARRARD, J., THURAS, P., & THOMPSON, J. (2005). Lifetime prevalence of pathological gambling among American Indian and Hispanic American veterans. *American Journal of Public Health*, 95, 860-866.
- WILLIAMS, R., WYNN, H., NIXON, G., & FRANK, L. (2005). Using participatory action research to study Canadian Aboriginal gambling. Paper presented at the 6th European Conference on Gambling Studies and Policy Issues. Malmö, Sweden.
- WINTERS, K. C., & KUSHNER, M. G. (2003). Treatment issues pertaining to pathological gamblers with a comorbid disorder. *Journal of Gambling Studies*, 19(3), 261-277.
- WYNN, H., & MCCREADY, J. (2005). *Examining gambling and problem gambling in Ontario Aboriginal communities: Final summary report*. Guelph, ON: Ontario Problem Gambling Research Centre.
- ZITZOW, D. (1996b). Comparative study of problematic gambling behaviors between American Indian and non-Indian adults in a northern plains reservation. *American Indian and Alaska Native Mental Health Research*, 7, 27-41.

PNP... Petites nouvelles pharmaceutiques COUP D'ŒIL SUR LES NOUVELLES TENDANCES...

■ **BZP et TFMPP**: émergence de deux substances donnant lieu à un usage abusif (Party Pills, Funk Pills, Pure Pills)

La BZP (benzylpipérazine) et la TFMPP (trifluorométhylphénylpipérazine) appartiennent à la famille des pipérazines, un vaste groupe de substances dont plusieurs molécules sont utilisées dans un but thérapeutique. Actuellement ces deux substances n'ont pas d'indication thérapeutique mais elles présentent des effets psychoactifs et elles sont consommées dans un cadre festif, principalement sous forme de comprimés.

La BZP possède des effets stimulants analogues à ceux de l'amphétamine, ce qui explique sa popularité comme drogue d'abus. Elle est moins puissante que la méthamphétamine ou la méthylènedioxyméthamphétamine (ecstasy), mais en augmentant les doses on peut obtenir des effets semblables aux dérivés amphétaminiques plus

puissants. L'association entre la BZP et la TFMPP produirait des sensations proches de la MDMA ou ecstasy.

Ces substances sont souvent présentées comme des produits naturels ou des solutions légales de remplacement au MDMA. Toutefois, ces produits sont loin d'être naturels, en fait ils sont totalement synthétiques et ils peuvent entraîner plusieurs effets, encore mal connus, mais qui ne sont pas sans risques pour le consommateur. Les effets suivants ont été rapportés: anxiété, agitation, palpitations, vomissements, maux de tête, bouffées de chaleur, fièvre, confusion, symptômes urinaires, insomnie et convulsions. Ces effets peuvent s'aggraver lorsque ces substances sont consommées avec de l'alcool ou d'autres drogues. Les symptômes apparaissent environ 2 heures après l'ingestion, les effets persistent habituellement pendant 12 à 24 heures, mais ils peuvent se prolonger jusqu'à 72 heures.

Ces substances ne sont actuellement pas réglementées au Canada mais depuis 2008 Santé Canada évalue la possibilité d'ajouter certains dérivés de pipérazine aux annexes de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*. La BZP est illégale dans certains pays depuis plusieurs années.

■ **SPICE**: un substitut au cannabis!

Le SPICE est un mélange d'herbes susceptibles d'être fumées. Il est disponible sur internet et dans divers magasins spécialisés. Vendus à titre d'encens, les produits «SPICE» (aussi appelé Gorilla, Sence) contiennent pas moins de 14 ingrédients d'origine végétale. Des tests récents indiquent que certains échantillons de SPICE contiennent aussi des cannabinoïdes synthétiques. Ces ingrédients ne figurent pas sur l'emballage et les usagers peuvent donc les consommer à leur insu.

Les cannabinoïdes de synthèse possèdent le même mécanisme d'action que le THC, lequel est le principe actif du cannabis. Des études auraient démontré que le JHW-018, un cannabinoïde de synthèse retrouvé dans le SPICE, aurait une intensité d'action aussi