



**Ministère de la Santé
et des Services sociaux**

Portrait des familles SIPPE en 2022

Regard sur les données

Édition :

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Le présent document s'adresse spécifiquement aux intervenants du réseau québécois de la santé et des services sociaux et n'est accessible qu'en version électronique à l'adresse :

www.msss.gouv.qc.ca, section Publications

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépot légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2022

Bibliothèque et Archives Canada, 2022

ISBN : 978-2-550-91025-1 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2022

Rédaction	Annie Motard-Bélanger , coordonnatrice en périnatalité et petite enfance Direction du développement, de l'adaptation et de l'intégration sociale Ministère de la Santé et des Services sociaux
	Julie Fortier , conseillère en prévention et en promotion de la santé Direction du développement, de l'adaptation et de l'intégration sociale Ministère de la Santé et des Services sociaux
Direction	Anne-Marie Langlois , directrice Direction du développement, de l'adaptation et de l'intégration sociale Ministère de la Santé et des Services sociaux
	Julie Rousseau , directrice générale adjointe de la prévention et de la promotion de la santé Direction générale de la santé publique Ministère de la Santé et des Services sociaux
Évaluation, Analyses, et révision	Amélie Lampron , conseillère en évaluation Direction de l'évaluation Ministère de la Santé et des Services sociaux
	Annick Mercier , conseillère en évaluation Direction de l'évaluation Ministère de la Santé et des Services sociaux
	Elsa Bernatchez , biostatisticienne Direction de l'évaluation Ministère de la Santé et des Services sociaux
	Véronique Gingras , directrice Direction de l'évaluation Ministère de la Santé et des Services sociaux
Révision	Mariana De Moraes Pontual , conseillère en surveillance de l'état de santé Direction de la surveillance de l'état de santé Ministère de la Santé et des Services sociaux
	Émilie Dionne , responsable de l'évaluation du Programme national de santé publique (PNSP) et du soutien à la recherche en santé publique Direction de la planification et du développement en santé publique Ministère de la Santé et des Services sociaux
	Sophie Pomedio , conseillère en matière de suivi et de reddition de comptes Direction de la planification et du développement en santé publique Ministère de la Santé et des Services sociaux

Amélie Trépanier, directrice par intérim
Direction de la planification et du développement en santé
publique Ministère de la Santé et des Services sociaux

Julie Soucy, directrice
Direction de la surveillance de l'état de santé
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Maggie Vallières, conseillère en surveillance de l'état de santé
Direction de la surveillance de l'état de santé
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Remerciements

Nous souhaitons remercier les répondantes régionales SIPPE, les accompagnateurs et accompagnatrices clinique, les intervenants et intervenantes pivots ainsi que leurs gestionnaires qui ont collaboré activement à l'élaboration de ce portrait.

PORTRAIT DES FAMILLES DU PROGRAMME SIPPE

Regard sur les données

Mise en contexte

Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) s'inscrivent parmi les services de santé publique qui touchent à la promotion de la santé et à la prévention, au même titre que le suivi Olo ou la promotion d'une santé mentale positive. Ils sont offerts, avant l'apparition de situations problématiques, aux familles qui vivent en contexte de vulnérabilité socioéconomique.

Les SIPPE visent à soutenir la santé et le développement des jeunes enfants avant même leur naissance, soit dès la douzième semaine de grossesse. Ces services peuvent être offerts aux familles jusqu'à l'entrée à l'école de l'enfant. La pauvreté est le principal critère d'admissibilité au programme SIPPE. À ce critère s'ajoutent la sous-scolarité, l'isolement social ou la solitude des parents.

Méthodologie

Le présent portrait a été dressé dans le contexte de l'évaluation portant sur l'implantation du cadre de référence des SIPPE, actualisé en 2019. Il nous permet de mieux connaître les difficultés et les besoins des familles ainsi que les services fournis à celles-ci entre le 3 novembre 2021 et le 28 février 2022. Nous avons demandé aux intervenants-pivots des SIPPE de remplir un formulaire concernant les caractéristiques de chaque famille suivie. Par le biais de ces formulaires, les données relatives à 4 014 familles qui recevaient les services pendant la période définie ont été collectées dans 16 régions sociosanitaires du Québec.

Ce nombre représente environ la moitié des familles ayant reçu les SIPPE en 2021-2022, selon les données d'I-CLSC. L'écart s'explique notamment par le fait que ce ne sont pas tous les intervenants-pivots qui ont retourné le formulaire, certains ayant pu être absents pendant la période de collecte. De plus, pour certaines familles, le suivi a pu se terminer avant la collecte des données alors que, pour d'autres, il a pu commencer après. Dans ce dernier cas de figure, les familles ne sont pas prises en compte dans le portrait, mais elles font partie des données I-CLSC.



Les SIPPE sont offerts aux familles avant l'apparition de problèmes. Par l'amélioration des conditions de vie des familles, ils visent à favoriser le développement optimal des enfants.

Répartition des familles dans les régions sociosanitaires du Québec

Le tableau suivant présente le nombre de familles recevant les SIPPE et faisant partie du portrait, dans seize régions du Québec.

Régions socio-sanitaires	Familles SIPPE (n)	Proportion de l'ensemble des familles du portrait (%)
Bas-Saint-Laurent	68	1,7
Saguenay–Lac- Saint-Jean	190	4,7
Capitale-Nationale	243	6,1
Mauricie-et- Centre-du-Québec	364	9,1
Estrie	340	8,5
Montréal	533	13,3
Outaouais	334	8,3
Abitibi- Témiscamingue	164	4,1
Côte-Nord	100	2,5
Nord-du-Québec	3	0,1
Gaspésie–Îles-de- la-Madeleine	102	2,5
Chaudière- Appalaches	146	3,6
Laval	163	4,1
Lanaudière	349	8,7
Laurentides	223	5,5
Montréal	692	17,2
Total	4 014	100,0

Près de la moitié des familles présentent des signes d'isolement social ou de solitude.



Dans 84 % des familles, seule la mère est désignée comme principale responsable de l'enfant, comparativement à 1,4 % des familles où il s'agit du père. Pour 11,4 % des familles, la mère et le père sont tous deux désignés comme principaux responsables de l'enfant.

Caractéristiques des familles

La majorité (70 %) des familles ont été admises dans le programme SIPPE en période prénatale. Près des trois quarts des principaux responsables de l'enfant (père, mère ou autre adulte) ne détiennent pas de diplôme d'études secondaires ou professionnelles.

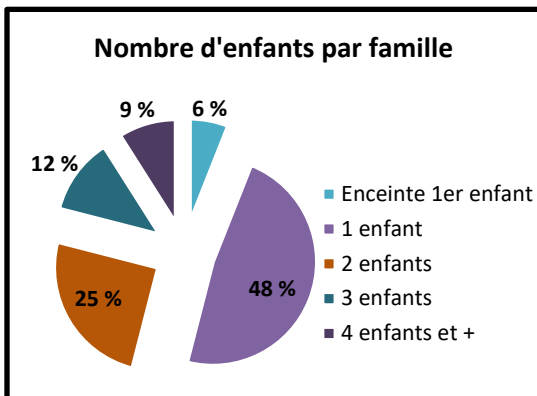


La personne significative qui soutient le principal responsable de l'enfant est uniquement le père biologique dans 45 % des familles, alors que ce sont uniquement les grands-parents dans 15 % des familles.

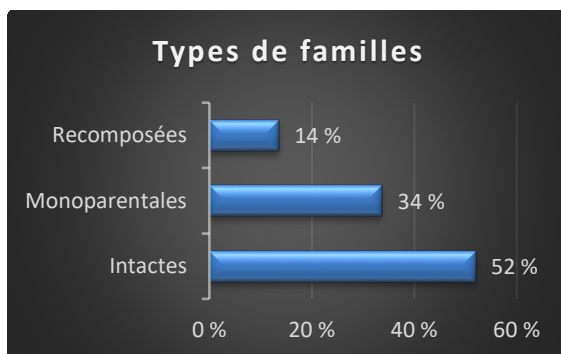
Un peu moins d'une personne sur cinq (18,4 %) désignée comme principale responsable de l'enfant n'a aucune personne significative pour la soutenir.

Nombre d'enfants

Le diagramme ci-dessous illustre la répartition des familles suivies dans le programme SIPPE selon le nombre d'enfants qui les composent. La majorité (48 %) des familles comptent un seul enfant et, dans 6 % des cas, la mère est enceinte de son premier enfant.



Ce sont 68 % des familles qui ont intégré le programme SIPPE avant ou après la naissance du premier enfant, alors que 29 % l'ont fait aux enfants suivants (données non illustrées).



Les familles intactes forment la majorité (52 %) des familles bénéficiant des SIPPE, tandis que les familles monoparentales et les familles recomposées représentent respectivement 34 % et 14 % des familles suivies.

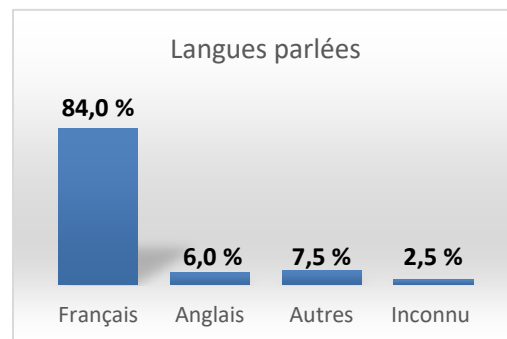
Immigration récente

Environ une famille sur cinq suivie dans le programme SIPPE a immigré au Québec il y a moins de 5 ans.



Ces familles immigrantes vivent surtout dans les régions de Montréal (25 %), de la Montérégie (15 %), de l'Estrie (12 %), de la Capitale-Nationale (10 %) et de Laval (9 %).

Si la majorité (84 %) des familles parlent seulement le français, 6 % s'expriment seulement en anglais. Une proportion de 7,5 % des familles ne parlent ni le français ni l'anglais.



Services de garde éducatifs à l'enfance (SGEE) et éducation préscolaire

Dans 42 % des familles, un ou plusieurs enfants reçoivent des SGEE, alors que 14 % attendent une place dans une installation offrant de tels services.

En ce qui concerne les services de prématernelle, 3,7 % des familles ont un enfant qui fréquente un service de maternelle 4 ans et, dans 0,5 % des familles, l'enfant bénéficie du programme Passe-Partout.

Nombre de difficultés par famille¹

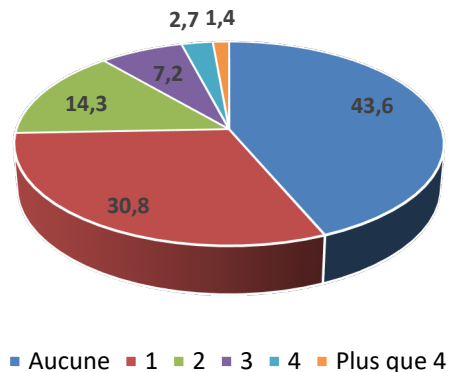
Certains parents ou principaux responsables de l'enfant suivis par l'entremise du programme SIPPE éprouvent une ou plusieurs difficultés qui peuvent, à l'occasion, nuire à l'exercice de leur rôle parental. Ces difficultés peuvent avoir fait l'objet de diagnostics, avoir été nommé par la famille ou identifié par le jugement clinique des intervenants.

Parmi les 4 014 familles incluses dans le portrait, 43,6 % ne connaissent aucune difficulté et la proportion de celles qui en éprouvent au moins une atteint 56,4 %.

De façon plus détaillée, 30,8 % des familles font face à une seule difficulté, 14,3 % des familles en affrontent deux et 7,2 % d'entre elles en cumulent trois. Enfin, dans environ 4 % des familles, on observe quatre difficultés et plus.

Dans 23 % des familles qui connaissent au moins une difficulté, les intervenants ont rapporté que la ou les difficultés éprouvées par le principal responsable de l'enfant nuisent à son rôle parental.

Nombre de difficultés par famille
(en %) (n = 4 014)

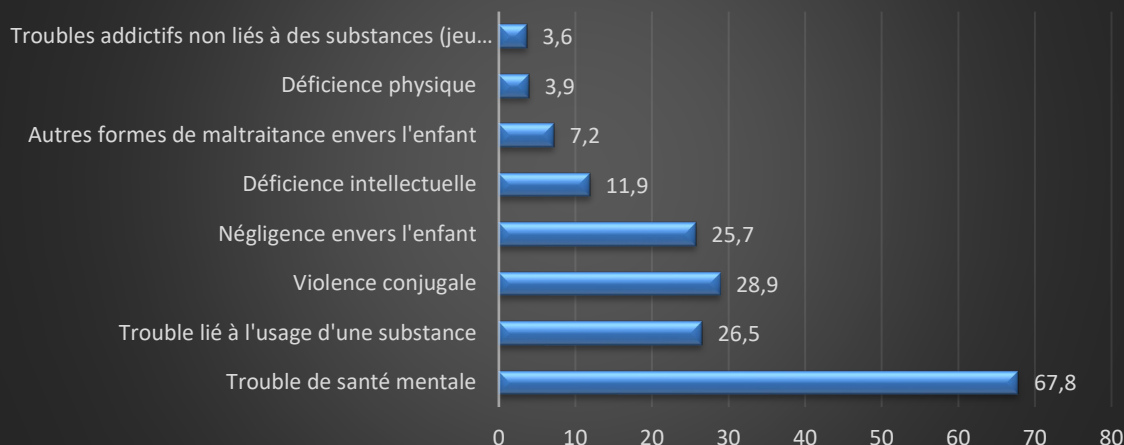


Types de difficultés

Les résultats présentés ici concernent uniquement les familles qui éprouvent au moins une difficulté (n = 2 264).

Étant donné que plus d'une difficulté peut affecter une famille, la somme des données illustrées par le graphique suivant dépasse 100 %.

Difficulté du principal responsable de l'enfant
(en %) (n = 2 264)



¹ Chacune des difficultés a été définie pour soutenir les intervenants dans la complétion de la grille (Annexe).

Les troubles de santé mentale constituent la difficulté prédominante, avec une proportion de 67,8 % des familles touchées par au moins une difficulté de ce type.

De plus, ce sont 26,5 % des principaux responsables de l'enfant qui souffrent d'un trouble lié à l'usage d'une substance psychoactive ou qui en présentent des indices.

La violence conjugale fait partie de la réalité de 28,9 % des familles dans lesquelles des difficultés ont été diagnostiquées ou sont soupçonnées.

Enfin, la négligence envers un ou plusieurs des enfants est soupçonnée ou confirmée dans près de 26 % des familles ayant des difficultés.

Autres services offerts

Bien que 38 % des principaux responsables de l'enfant suivis dans le cadre des SIPPE aient reçu un diagnostic ou présentent des indices de trouble de santé mentale, seulement 13,5 % reçoivent des services en santé mentale.



38 % des principaux responsables de l'enfant ont reçu un diagnostic ou présentent des indices de trouble de santé mentale



13,5 % des principaux responsables de l'enfant reçoivent des services en santé mentale

Environ 10 % des familles reçoivent, en plus des SIPPE, d'autres services, tels que ceux qui sont offerts par l'entremise des programmes Agir tôt ou Jeunes en difficultés.

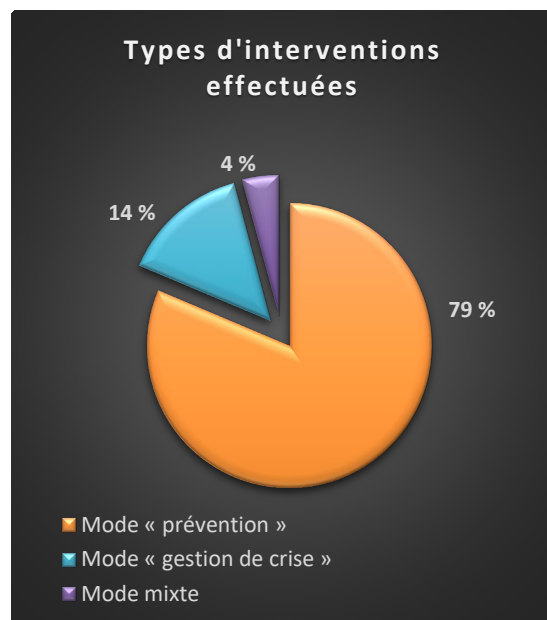
Ce sont 9 % des familles qui reçoivent également des services de la Direction de la protection de la jeunesse.

Nature des interventions

Les intervenants-pivots ont déclaré que leurs actions étaient majoritairement de nature préventive (ex. : soutien à l'alimentation de l'enfant, établir une routine, développer un lien d'attachement sécurisant) auprès d'environ 80 % des familles recevant des SIPPE.

Toutefois, ce n'est pas le cas pour 14 % des familles, auprès desquelles les intervenants ont mentionné agir majoritairement dans un contexte de gestion de crise (ex. : situations urgentes, désorganisation).

Les interventions sont mixtes, relevant à la fois de la prévention et de la gestion de crise, auprès de 4 % des familles.



Analyse et conclusion

Les données contenues dans ce portrait mettent en lumière non seulement les caractéristiques des familles suivies, mais aussi certains facteurs de vulnérabilité – tels que la sous-scolarité, l'isolement social et la présence de difficultés – s'observant dans plusieurs de ces familles.

De plus, il ressort du présent portrait que la majorité des interventions effectuées dans le cadre des SIPPE s'inscrivent dans l'axe préventif, soit avant l'apparition de problèmes.

La majorité des familles ont commencé à bénéficier des SIPPE avant ou après la naissance du premier enfant. Il faut dire que les parents d'un premier enfant sont en général plus réceptifs aux interventions et qu'il est donc davantage possible d'agir de façon préventive auprès d'eux.

Les difficultés vécues par les parents peuvent avoir des conséquences néfastes sur la qualité de la relation avec leur enfant. Elles peuvent également affecter négativement le développement global d'un enfant, d'où l'importance que les parents ou les responsables des enfants obtiennent les services dont ils ont besoin dans un délai raisonnable.

La nature des difficultés nécessite la collaboration entre les équipes SIPPE et celles d'autres programmes-services offerts dans les établissements de santé et de services sociaux afin que les familles puissent obtenir le soutien approprié. À ce sujet, le Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026 contient une mesure visant à « prioriser l'accès aux services en santé mentale et en

dépendance pour les parents d'enfants suivis par le réseau de la santé et des services sociaux lorsque l'absence de ces services pourrait limiter la portée des interventions offertes à ces enfants et à leur famille ».

La co-intervention est un accompagnement partagé entre l'intervenant SIPPE et un intervenant spécialisé (ex. : en santé mentale, en dépendance) lorsque la situation vécue par la famille dépasse l'expertise de l'équipe SIPPE. Pour favoriser la co-intervention et l'orientation des familles vers les bons services à leur offrir en complément des SIPPE, des mécanismes facilitant la collaboration entre les différentes directions devraient être mis en place dans chaque établissement.

Enfin, le fait que plusieurs enfants des familles suivies par l'entremise des SIPPE attendent une place dans un SGEE souligne l'importance de travailler en collaboration avec les acteurs du réseau des SGEE pour favoriser l'intégration des enfants qui vivent dans un contexte de vulnérabilité. En effet, pour ces enfants, le fait de recevoir des SGEE tôt dans la vie est associé à des bienfaits indéniables, notamment la réduction des écarts, sur le plan de la performance scolaire, par rapport aux enfants issus de la classe moyenne.

En plus d'ouvrir des pistes de réflexion, les données du présent portrait visent à nourrir les travaux en lien avec les SIPPE menés aux paliers provincial et régional aux fins de l'amélioration, de façon continue, de ces services.

ANNEXE : définition des difficultés du principal responsable de l'enfant

Afin d'avoir une compréhension commune des difficultés du principal responsable de l'enfant et de la façon de compléter la grille, voici les définitions qui ont été fournies aux intervenants. Pour remplir la grille, les intervenants utilisaient les renseignements dont ils disposaient sur les familles : diagnostic à la suite d'une évaluation ou soupçons de la présence d'un problème sur la base des observations et du jugement clinique des intervenants.

Négligence envers l'enfant

La négligence est un état de carence conséquent à l'absence de soins requis pour la sécurité et le développement physique, psychologique, affectif et social de l'enfant. Elle résulte d'une perturbation de la relation parent-enfant et du rapport famille-environnement. Elle entraîne des impacts négatifs sur le développement et la sécurité de l'enfant, ce qui peut se manifester notamment par des comportements dysfonctionnels et elle peut également avoir une incidence traumatique¹.

Ne pas considérer la négligence situationnelle (lié à un événement perturbateur : divorce, perte d'emploi, etc.²).

Plus spécifiquement, la négligence peut se présenter sous différentes formes, selon la nature **des gestes d'omission**³ :

- **Physique**
Non satisfaction des besoins alimentaires, vestimentaires, d'hygiène ou de logement, compte tenu des ressources disponibles.
- **Des soins de santé**
Les soins requis en matière de santé physique ou mentales ne sont pas assurés.
- **Éducative**
Défaut de répondre aux besoins essentiels d'éducation (apprentissage, connaissances, scolarisation, permissivité en ce qui a trait à l'absentéisme scolaire chronique), de surveillance ou d'encadrement, compte tenu des besoins de l'enfant.
- **Affective ou psychologique**
Il peut notamment y avoir indifférence, non approbation, isolement, etc.

Autres formes de maltraitance

- **Mauvais traitements psychologiques**
Lorsque l'enfant subit, de façon grave ou continue, des comportements de nature à lui causer un préjudice de la part de ses parents ou d'une autre personne et que ses parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour mettre fin à la situation. Ces comportements se traduisent notamment par de l'indifférence, du dénigrement, du rejet affectif, de l'isolement, des menaces, de l'exploitation, entre autres si l'enfant est forcé à faire un travail

¹ Définition proposée par le **Programme d'aide personnelle, familiale et communautaire : Nouvelle génération (PAPFC)** développée par le Groupe de recherche et d'intervention en négligence (GRIN) de l'Université du Québec à Trois Rivières.

² Arinka-Sabina Jancarik, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, Je tisse des liens gagnants, Guide d'implantation d'un programme d'intervention en négligence en Montérégie, 2012.

³ Selon les experts consultés dans le cadre des Chantiers d'optimisation des SIPPE, il se dégage un certain consensus concernant les principales catégories de négligence. Les formes reprises ici sont identifiées à partir de la LPJ, art. 38 b 1 et du Rapport du comité d'experts sur la révision de la loi sur la protection de la jeunesse.

disproportionné par rapport à ses capacités, ou par l'exposition à la violence conjugale ou familiale.

▪ **Abus sexuels/Abus physiques**

Lorsque l'enfant subit des gestes à caractère sexuel, avec ou sans contact physique, des sévices corporels ou est soumis à des méthodes éducatives déraisonnables de la part de ses parents ou d'une autre personne et que ses parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour mettre fin à la situation.

Lorsque l'enfant encourt un risque sérieux de subir des gestes à caractère sexuel (avec ou sans contact physique), des sévices corporels ou d'être soumis à des méthodes éducatives déraisonnables de la part de ses parents ou d'une autre personne et que ses parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour mettre fin à la situation.

Problèmes de santé mentale/troubles mentaux

Le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-V)⁴ divise les problèmes de santé mentale en 22 grandes catégories, comme les troubles anxieux, les troubles dépressifs, les troubles de la personnalité, les troubles neurodéveloppementaux, etc. De plus, chaque grande catégorie de trouble mental se subdivise en de multiples troubles mentaux : dépression, dysthymie, trouble bipolaire, trouble obsessionnel-compulsif, personnalité limite (borderline), anorexie, etc. Ces troubles incluent également les maladies qui affectent plusieurs enfants vulnérables tels que : les troubles du spectre de l'autisme (TSA), le déficit de l'attention/hyperactivité (TDA/H), les troubles spécifiques des apprentissages, les troubles moteurs, etc. Puisqu'ils sont nombreux et présents à divers degrés, définir chacun de ces problèmes de santé mentale s'avère plutôt fastidieux et peu pertinent pour les besoins de cet exercice.

Déficiência intellectuelle

« La déficiencia intellectuelle fait référence à des limitations substantielles dans le fonctionnement actuel d'un individu. Elle est caractérisée par un fonctionnement intellectuel significativement inférieur à la moyenne, et concomitant à des limitations reliées dans au moins deux des domaines suivants d'habiletés adaptatives : la communication, les soins personnels, les habiletés domestiques, les habiletés sociales, l'utilisation des ressources communautaires, l'autonomie, la santé et le travail. La déficiencia intellectuelle se manifeste avant l'âge de 18 ans. »⁵

« On parle de la déficiencia intellectuelle lorsque des limites intellectuelles et adaptatives affectent la capacité de la personne à faire face aux défis de la vie quotidienne dans sa communauté. Les personnes ayant une déficiencia intellectuelle peuvent également présenter des incapacités ou des déficiencias physiques (motrices, sensorielles), des problèmes de santé physique ou mentale, de l'autisme et d'autres troubles envahissants du développement, ou encore, des troubles de comportement. »⁶

Déficiência physique

⁴ American Psychiatric Association, *Manuel Diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5e édition*, Marc-Antoine Crocq et Julian Daniel Guelfi, Paris, 2015.

⁵ 6Association américaine sur le retard mental, Retard mental, définition, classification et systèmes de soutien, 1992, Baltimore, AARM, 1992, 179 p.

⁶ Ministère de la Santé et des Services sociaux. De l'intégration sociale à la participation sociale, Politique de soutien aux personnes présentant une déficiencia intellectuelle, à leurs familles et aux autres proches, Québec, 2001, 111 p.

La déficience physique fait référence à des limitations substantielles dans le fonctionnement actuel d'un individu lié à un ou plusieurs handicaps physiques. La déficience physique peut se caractériser par une déficience de l'audition, de la vision, du langage ou de la motricité. Elle peut être de naissance ou peut survenir à tout moment de la vie. Cette déficience, qui est permanente, empêche la réalisation d'activités courantes ou l'exercice de rôles sociaux.

Violence conjugale

La violence conjugale comprend les agressions psychologiques, verbales, physiques et sexuelles ainsi que les actes de domination sur le plan économique. Elle ne résulte pas d'une perte de contrôle, mais constitue, au contraire, un moyen choisi pour dominer l'autre personne et affirmer son pouvoir sur elle. Elle peut être vécue dans une relation maritale, extra-conjugale ou amoureuse, à tous les âges de la vie.

Trouble lié à l'usage d'une substance

Le DSM-V⁷ présente le trouble lié à l'usage d'une substance comme un mode d'utilisation problématique d'une substance psychoactive conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance cliniquement significative, caractérisé par la présence d'au moins deux des manifestations suivantes observées au cours d'une période de 12 mois :

- La substance est souvent prise en plus grande quantité ou sur une période plus prolongée que prévue;
- Il y a un désir persistant, ou des efforts infructueux pour diminuer ou contrôler l'usage de la substance;
- Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir et utiliser la substance ou à récupérer de ses effets;
- Envie impérieuse (craving) ou fort désir ou besoin pressant d'utiliser la substance;
- Usage répété de la substance conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou au domicile;
- Usage continu de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, causés ou exacerbés par les effets de son utilisation;
- Des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importants sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation de la substance;
- Usage répété de la substance dans des situations où cela peut être dangereux physiquement;
- L'usage de la substance est poursuivi bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par la substance;
- Tolérance (ou accoutumance) définie par l'un des symptômes suivants : 1). Besoin de quantités notablement plus fortes de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré. 2). Effet notablement diminué en cas d'usage continu de la même quantité de substance;

⁷ American Psychiatric Association, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5^e édition, Marc-Antoine Crocq et Julian Daniel Guelfi, Paris, 2015.

- Sevrage caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes : 1). Syndrome de sevrage caractéristique de la substance. 2). La substance (ou une substance très proche) est prise pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.

Pour le bien du portrait, prendre note que **nous excluons la dépendance au tabac.**

Troubles addictifs non liés à des substances

Trouble lié au jeu d'argent : Pratique inadaptée, persistante et répétée conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance, cliniquement significative (et non expliquée par un épisode maniaque), comme en témoigne chez le sujet, la présence d'au moins quatre des manifestations suivantes au cours d'une période de 12 mois :

- Besoin de jouer avec des sommes d'argent croissantes pour atteindre l'état d'excitation désiré;
- Agité ou irritable lors des tentatives de réduction ou d'arrêt de la pratique du jeu;
- Efforts répétés, mais infructueux pour contrôler, réduire ou arrêter la pratique du jeu;
- Est préoccupé par le jeu;
- Joue souvent lors des sentiments de souffrance/mal-être;
- Après avoir perdu de l'argent au jeu, retourne souvent jouer un autre jour pour recouvrer ses pertes (pour « se refaire »);
- Ment pour dissimuler l'ampleur réelle de ses habitudes de jeu;
- Met en danger ou a perdu une relation affective importante, un emploi ou des possibilités d'étude ou de carrière à cause du jeu;
- Compte sur les autres pour obtenir de l'argent et se sortir de situations financières désespérées dues au jeu.

Cyberdépendance⁸ : Le trouble d'utilisation d'Internet n'a pas été retenu comme diagnostic officiel du DSM-V, car des études supplémentaires sont nécessaires. Les critères pourraient se définir (dans un objectif plus de recherche que de diagnostic clinique) ainsi :

- Préoccupation concernant le jeu sur Internet;
- Symptômes de sevrage lorsqu'Internet n'est pas accessible;
- Tolérance : besoin de passer une quantité croissante de temps au jeu sur Internet;
- Tentative infructueuse de contrôler l'utilisation du jeu sur Internet;
- Utilisation excessive d'Internet malgré la connaissance de problèmes psychosociaux négatifs;
- Perte d'intérêts, de passe-temps antérieurs, de divertissements, et ce, à l'exception de l'utilisation du jeu sur Internet;
- Utilisation du jeu sur Internet pour fuir ou soulager une humeur dysphorique;
- Compromission ou perte d'une relation importante, un emploi ou une opportunité d'éducation ou de carrière à cause de l'utilisation du jeu sur Internet.

⁸ Ajout : <http://www.psychomedia.qc.ca/sante-mentale/2012-10-07/addiction-a-internet-criteres-diagnostiques-dsm-5>.



msss.gouv.qc.ca