

ASSOCIATION DES CENTRES
**DE RÉADAPTATION
EN DÉPENDANCE**
DU QUÉBEC



**LES SERVICES EN
JEU PATHOLOGIQUE
DANS LES CENTRES
DE RÉADAPTATION
EN DÉPENDANCE**

**GUIDE DE BONNES PRATIQUES
ET OFFRE DE SERVICES DE BASE**

ASSOCIATION DES CENTRES
**DE RÉADAPTATION
EN DÉPENDANCE**
DU QUÉBEC



LES SERVICES EN JEU PATHOLOGIQUE DANS LES CENTRES DE RÉADAPTATION EN DÉPENDANCE

GUIDE DE BONNES PRATIQUES
ET OFFRE DE SERVICES DE BASE

La rédaction de ce document
a été réalisée par :

Pierre Desrosiers

Conseiller aux affaires professionnelles,
Association des centres de réadaptation en
dépendance du Québec

Avec la collaboration de :

Christian Jacques

Chercheur, Centre québécois d'excellence
pour la prévention et le traitement du jeu
de l'Université Laval

L'Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec (ACRDQ) est une association d'établissements du réseau de la santé et des services sociaux. Ses membres sont des centres de réadaptation ou des organismes apparentés qui offrent des services spécialisés aux personnes, jeunes ou adultes, aux prises avec des problèmes d'alcoolisme, de toxicomanie ou de jeu pathologique. Il s'agit du seul réseau provincial entièrement dédié à ces personnes.

Les centres de réadaptation en dépendance (CRD), présents dans toutes les régions du Québec, offrent leurs services sur une base externe ou en hébergement. Il s'agit de services d'accueil, d'évaluation, de désintoxication, de réadaptation, de réinsertion sociale et professionnelle, de traitements de substitution, de services médicaux et de services de soutien à l'entourage.

L'ACRDQ offre des services de soutien à ses membres autant sur le plan clinique que sur le plan de la gestion et leur fournit une tribune de partage de leur expertise, de leurs connaissances, de leurs réalités. De plus, l'Association représente ses membres auprès des instances gouvernementales et auprès d'un vaste réseau de partenaires avec qui ils sont en relation.



TABLE DES MATIÈRES

1. Contributions	7
2. Introduction	9
3. Historique	10
4. Recension des écrits	
• Problématique du jeu pathologique	13
• Définition du jeu pathologique	13
• Prévalence	14
• Portrait des joueurs	17
• Typologies des joueurs pathologiques	18
• Impacts du jeu sur l'entourage	19
• Problématiques associées	21
• Recherche d'aide	22
• Meilleures pratiques	23
• Évaluation	23
• Traitement	29
5. Programme d'évaluation et de traitement des joueurs excessifs	37
• Programme initial	37
• Bonifications	40
• Développement de pratiques novatrices	43
6. Services en jeu pathologique dans les CRD	45
• État de situation du déploiement de l'offre de service en jeu pathologique dans les CRD à l'hiver 2007	45
• Organisation et intégration des services, adaptation du programme d'évaluation et de traitement des joueurs excessifs et pratiques prometteuses	45
7. Recommandations	51
• Intervention clinique	51
• Organisation de services	52
• Formation	53
• Recherche	54
8. Conclusion	55
9. Annexes	57
• Annexe 1	57
État de situation du déploiement de l'offre de service en jeu pathologique dans les CRD à l'hiver 2007	
• Annexe 2	65
Outils du programme d'évaluation et de traitement des joueurs excessifs	
10. Références	71

CONTRIBUTIONS

L'ACRDQ souhaite remercier pour leur contribution au présent document les membres du comité :

- **Lynne Duguay**, présidente, adjointe à la directrice générale et coordonnatrice des services externes de réadaptation, Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve
- **Denis Bourque**, psychologue, Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec
- **Pierre Desrosiers**, conseiller aux affaires professionnelles, ACRDQ
- **Christian Jacques**, chercheur, CQEPTJ de l'Université Laval
- **Chrystian Rousselle**, directeur des programmes cliniques, Maison Jean Lapointe
- **Mario Sirois**, conseiller clinique, Centre de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie de Chaudière-Appalaches
- **Sonia Tremblay**, agente de relations humaines, Le Tremplin

et pour leur collaboration à la recension des écrits :

- les assistants de recherche, CQEPTJ de l'Université Laval :
Priscilla Brochu
Julie Dufour
Annie Goulet
Daniel Lalande
Isabelle Smith
- **Magali Dufour**, professeure adjointe, Université de Sherbrooke

Autres contributions :

- Travaux de secrétariat : **Renée Auger**, ACRDQ
- Révision linguistique : **Jacinthe Rouisse**, ACRDQ
- Communications : **Lucie Mongrain**, ACRDQ
- Conception et mise en page : **Gilles Drouin**, INFO TYPO GRAPHIE

À toutes ces personnes, un grand merci.

Ce document est disponible en version PDF à l'adresse : www.acrdq.qc.ca

DÉPÔT LÉGAL 2009

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2009

Bibliothèque et Archives Canada, 2009

ISBN 978-2-921628-09-9 (version imprimée)

ISBN 978-2-921628-10-5 (version PDF)

Toute reproduction partielle ou totale de ce document est autorisée avec mention de la source.



INTRODUCTION

En mai 2007, la Table des responsables cliniques et la Table des directeurs généraux de l'Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec endossaient, dans la revue des objectifs annuels, l'objectif d'élaborer un guide de bonnes pratiques et une offre de services de base pour le traitement en jeu pathologique. Le Comité directeur de la démarche de normalisation de l'offre de service des centres de réadaptation en dépendance (CRD) a confié, à un comité d'experts, le mandat de définir un certain nombre de standards de qualité, de documenter les meilleures pratiques ainsi que de déterminer une offre de services de base en jeu pathologique en CRD.

Ainsi, l'Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec (ACRDQ) propose, dans ce document, une offre de services de base qui porte spécifiquement sur les services en jeu pathologique en CRD et précise les meilleures pratiques en prenant en compte les orientations du MSSS relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience. Cette offre de services de base est élaborée en cohérence avec l'Offre de service des CRD (Tremblay, Allaire, Dufresne, Lecavalier, Neveu, 2004) et l'Offre de service 2007-2012 pour le programme-services Dépendances du MSSS (Gouvernement du Québec, 2007) et elle s'inscrit dans le mouvement de modernisation du réseau caractérisé par la responsabilité populationnelle, la hiérarchisation des services, le partenariat et l'intégration des services.

Après une présentation du contexte historique ayant conduit à l'implantation des services en jeu pathologique dans les CRD, le document comprend quatre parties.

La première partie porte sur une recension des écrits de la problématique du jeu

pathologique ainsi que des meilleures pratiques reconnues en matière d'évaluation et de traitement.

La deuxième partie définit le *Programme d'évaluation et de traitement des joueurs excessifs* (Ladouceur, Boutin, Lachance, Doucet et Sylvain, 2000) qui a été élaboré pour soutenir l'intervention dans les centres de réadaptation en dépendance. Il inclut les bonifications apportées en cours d'implantation et le développement de pratiques novatrices.

La troisième partie présente l'état de situation sur le déploiement des services en jeu pathologique dans les centres de réadaptation en dépendance, et ce, en tenant compte de l'adaptation faite au programme initial d'évaluation et de traitement des joueurs excessifs, ainsi que les pratiques prometteuses en matière d'organisation et d'intégration de services, d'évaluation, de traitement, de stratégies pour atteindre la clientèle, de formation et de recherche.

Enfin, la dernière partie énonce une série de recommandations

visant à la fois l'intervention clinique, l'organisation de services ainsi que la formation et la recherche propres aux services en jeu pathologique.

Pour l'élaboration de ce document, le comité d'experts a bénéficié de la collaboration du personnel des centres de réadaptation en dépendance des diverses régions du Québec et celle du Comité directeur de la démarche de normalisation de l'offre de service des CRD. Les 18 centres offrant des services en jeu pathologique au Québec et membres de l'ACRDQ ont rempli, à l'hiver 2007 et au printemps 2008, deux questionnaires visant à établir un état de situation des services en jeu pathologique au sein de leur établissement. Les résultats détaillés de ces questionnaires sont présentés en annexe. Des groupes de discussion composés des membres de l'ACRDQ ont permis d'établir des consensus sur les pratiques éprouvées et prometteuses en jeu pathologique dans les CRD. Enfin, l'Institut universitaire sur les dépendances du Centre Dollard-Cormier a été mis à profit en contribuant à l'élaboration de la recension des écrits.

HISTORIQUE


Dans le cadre de la mise en place du Programme expérimental sur le jeu pathologique 2000–2003, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec a mandaté les centres de réadaptation en dépendance (CRD) pour offrir des services d'évaluation et de traitement aux personnes aux prises avec des problèmes de jeu pathologique. En l'occurrence, un des objectifs prioritaires du Plan d'action gouvernemental sur le jeu pathologique 2002–2005 (Gouvernement du Québec, 2002) consistait à offrir des services de soutien, de traitement et de réinsertion dans toutes les régions du Québec.

Toujours dans le cadre de l'implantation du Programme expérimental sur le jeu pathologique 2000–2003, le MSSS a mandaté, en 2000, le Centre québécois d'excellence pour la prévention et le traitement du jeu (CQEPTJ) de l'Université Laval pour offrir la formation sur le *Programme d'évaluation et de traitement des joueurs excessifs* aux centres identifiés pour dispenser les services de traitement aux joueurs pathologiques et à leurs proches. Ce programme a servi d'assise à l'expérimentation provinciale des services de traitement pour les joueurs pathologiques.

Dans l'optique de la mise en place de nouveaux services, le MSSS a également confié à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) le mandat d'effectuer une évaluation de monitoring visant à analyser l'implantation de ce programme. Ces travaux visaient notamment à déterminer des conditions propices à l'instauration de programmes de traitement et de réinsertion des joueurs pathologiques. Tous les centres de réadaptation en dépendance des régions identifiées comme sites pilotes par le Ministère ont collaboré à

cette démarche d'évaluation. Comme le mentionne l'INSPQ, le caractère expérimental du programme signifiait que le MSSS invitait ces régions à participer au développement d'un nouveau champ d'intervention et à l'évaluation de l'implantation de ce programme de traitement pour les joueurs pathologiques, et ce, pour notamment soutenir le développement futur du programme de traitement des joueurs pathologiques.

En février 2007, les chercheurs de l'Institut présentaient, à la Table des responsables cliniques de l'ACRDQ, le rapport synthèse portant sur l'évaluation du programme expérimental sur le jeu pathologique. Du monitoring évaluatif, il ressort notamment, comme souhaité par le MSSS, que l'application du programme a été teintée par les réalités régionales, par le fait qu'il a été implanté dans le réseau public en toxicomanie et dans le réseau communautaire et par la nature et le fonctionnement des services offerts soit en interne, en externe, en individuel ou en groupe. De plus, un des constats fait état que l'évaluation a porté sur les deux premières années de fonctionnement du programme et qu'entre-temps le



MSSS a mandaté le CQPTJ pour apporter des bonifications au programme de traitement initial.

En continuité avec ces travaux, la parution de l'Offre de service 2007-2012 pour le programme-services Dépendances du MSSS est venue préciser les rôles et les responsabilités des centres de santé et de services sociaux, des centres hospitaliers et des centres de réadaptation en dépendance. Elle confirme à ces derniers leurs responsabilités auprès des personnes qui présentent des problèmes d'abus ou de dépendance concernant l'alcool, les drogues et les jeux de hasard et d'argent, et ce, au regard de l'évaluation spécialisée, des services de désintoxication, des services de réadaptation, des services de réinsertion sociale et des services de soutien à l'entourage.

D'autre part, le Plan d'action interministériel 2006-2011 en toxicomanie (Gouvernement du Québec, 2006) a prévu de nombreuses actions visant à encadrer la prestation des services spécialisés de réadaptation en dépendance dans chacune des régions du Québec : préparation de cadres de référence, élaboration de guides

de bonnes pratiques et standards régissant l'accessibilité et la qualité des services, activités de formation à l'intention des intervenants aidant des clients aux besoins particuliers, etc.

Aussi, ce document s'inscrit dans ce contexte ainsi que dans la démarche de normalisation de l'Offre de service des centres de réadaptation en dépendance. Parmi les objectifs visés par la démarche figurent l'inventaire, par les centres, des écarts entre le déploiement actuel de l'offre de service dans chacune des régions du Québec et l'offre de service conjointement définie à l'automne 2004 ainsi que le développement de standards basés sur les meilleures pratiques.



RECENSION DES ÉCRITS

Cette section du document présente la recension des écrits sur la problématique du jeu pathologique ainsi que les meilleures pratiques en matière d'évaluation et de traitement. Il est important de souligner que la problématique du jeu pathologique est relativement jeune, la première reconnaissance du trouble dans le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* remonte à 1980 et les pratiques semblent bien plus à définir que définies. Bien que la science s'intéresse depuis peu à ce phénomène, la section qui suit permettra de mettre à jour les connaissances ainsi que les meilleures pratiques en devenir en matière de jeu pathologique.

PROBLÉMATIQUE DU JEU PATHOLOGIQUE

Avant de commencer cette recension des écrits, définissons ce que l'on entend par «jeux de hasard et d'argent». Selon Ladouceur et ses collaborateurs, (Ladouceur, Sylvain, Boutin et Doucet, 2000), trois conditions doivent être réunies pour parler d'un jeu de hasard et d'argent (JHA) : 1) le joueur doit miser une somme en argent ou un objet de valeur ; 2) la mise est irréversible, c'est-à-dire qu'une fois placée elle ne pourra être reprise ; 3) l'issue du jeu repose sur le hasard. Au Québec, lorsqu'on parle de JHA on peut faire référence, entre autres, aux billets de loterie, aux appareils de loterie vidéo, aux jeux qui se trouvent dans un casino, etc. Les JHA se doivent d'être distingués des jeux d'adresse pour lesquels la pratique et la rétroaction améliorent la performance et la confiance en soi (Ladouceur, Sylvain et coll., 2000), mais où le hasard peut parfois intervenir ! Le golf et le billard sont deux exemples de jeux d'habileté où parfois la chance peut aider à gagner. La ligne entre jeu d'habileté et jeu de hasard se trace plus difficilement pour

certaines jeux, dont le poker. Les adeptes de cette activité diront sans l'ombre d'un doute qu'ils participent à un jeu d'habileté, alors que certains chercheurs soutiendront que l'issue d'une partie de poker résulte davantage du hasard (Sévigny, Ladouceur, Lalande et Dufour, 2007). La question reste entière pour l'instant, mais un fait demeure, le hasard joue un rôle important dans l'issue d'une partie de poker même si le joueur peut minimiser le risque en jouant de manière stratégique (Sévigny et coll., 2007). La notion de hasard est complexe et souvent mal comprise. À ce titre, soulignons que certains joueurs omettent de mentionner qu'ils jouent à des jeux de hasard et d'argent lorsqu'ils achètent des billets de loterie (Ladouceur, Jacques, Chevalier, Sévigny, Hamel et Allard, 2004).

► Définition du jeu pathologique

Au cours des années, différentes conceptualisations du trouble de jeu pathologique ont émergé. En fait, depuis son inclusion dans la troisième version du *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, le DSM-III (American Psychiatric

Association, 1980), le diagnostic du jeu pathologique a subi plusieurs changements. Au tout début, dans les années 1960 et 1970, la liste des critères diagnostiques était dérivée de témoignages rétrospectifs de gens qui participaient aux Gamblers Anonymes (GA) ou aux programmes de traitement pour joueurs compulsifs aux États-Unis. Il concernait principalement les conséquences du jeu (American Psychiatric Association, 1980). Une insatisfaction par rapport aux critères du DSM-III a occasionné des changements lorsque celui-ci a été révisé en 1987. Le DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987) contenait ainsi moins d'éléments concernant les conséquences du jeu et plus d'éléments portant sur les comportements associés au jeu. De fait, l'ensemble des critères diagnostiques ressemblait davantage aux critères utilisés pour dépister les troubles de la dépendance à l'alcool. Aujourd'hui, les plus récentes versions du DSM, le DSM-IV et le DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 1994 ; 2000), reflètent toujours le cadre des dépendances, mais ont repris quelques éléments concernant

les conséquences négatives du jeu qui se trouvaient originellement dans le DSM-III (American Psychiatric Association, 1980). L'apport majeur du DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994), par rapport aux versions précédentes, aura été de développer des critères à partir d'études visant à déterminer les critères diagnostiques les plus discriminants, les rendant ainsi plus objectifs. Le DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994), ou le DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) qui reprend intégralement les critères du DSM-IV, est actuellement considéré comme «l'étalon d'or» du diagnostic des troubles psychiatriques.

Dans le DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994), le jeu pathologique se définit comme étant «une conduite de jeu répétée, persistante et inadaptée qui perturbe la vie personnelle, familiale ou professionnelle». Un individu doit répondre à au moins cinq des dix critères diagnostiques pour être considéré joueur pathologique (les critères diagnostiques sont présentés dans le tableau C de la page 24).

De façon générale, la communauté scientifique se réfère aux critères du DSM-IV pour qu'un individu soit considéré joueur pathologique. Toutefois, tous ne sont pas d'accord sur le nombre de critères nécessaires pour déterminer un joueur sans problème de jeu, un joueur à problèmes ou un joueur à risque. Même si cela n'est pas énoncé dans le DSM et donc ne correspond pas à un diagnostic

formel, la pratique courante en recherche veut qu'on considère un joueur comme étant «à problèmes», «problématique» ou «à risque» s'il répond à un nombre insuffisant de critères diagnostiques (c.-à-d. de un à quatre).

Par ailleurs, plusieurs chercheurs s'interrogent sur la justesse de l'utilisation de la notion même de «joueur à risque» telle qu'elle est opérationnalisée actuellement (Gambino, 2006 ; Ladouceur, Jacques et coll., 2004). Gambino (2006) résume bien dans son article toute l'ambiguïté que pose l'utilisation de cette expression. Pour lui, l'utilisation courante de l'expression «à risque» est erronée dans sa forme actuelle. Dépister des joueurs «à risque» à partir d'un nombre arbitraire de critères diagnostiques n'informe pas sur le sens épidémiologique du terme «à risque», soit sur la probabilité que l'individu risque de devenir un joueur pathologique au cours d'une période de temps donnée. Il suggère que la réponse à cette question provienne d'études établissant les facteurs de risque et de protection du jeu pathologique, non pas du nombre de critères auxquels répond l'individu en question. De manière globale, même les non-joueurs sont à risque de devenir des joueurs pathologiques, car leur historique ainsi que d'autres variables personnelles ou environnementales pourraient les rendre plus susceptibles que d'autres de jouer ou de jouer excessivement (Gambino, 2006). La population de «vrais» joueurs à risque demeure actuellement

mal connue étant donné le peu d'études longitudinales mettant en évidence les facteurs qui créent un risque pour les gens de développer un problème de jeu ou qui les protègent contre un tel sort.

► Prévalence

La majorité des études de prévalence conduites dans les pays industrialisés révèle qu'entre 60 et 90 % de la population adulte joue au moins à une forme de jeu de hasard et d'argent (JHA) (Abbott, Volberg et Rönnberg, 2004 ; Azmier, 2000 ; Canadian Partnership for Responsible Gambling, 2009 ; Lund, 2006 ; National Opinion Research Center, 1999 ; Productivity Commission, 1999 ; Wardle et coll., 2007). Au Québec, quatre adultes sur cinq rapportaient avoir joué à des JHA en 2001-2002 (Ladouceur, Jacques, Chevalier, Sévigny et Hamel, 2005). En accord avec les études provinciales les plus récentes, ce taux de participation s'avère comparable à celui des autres provinces canadiennes, exception faite de la Colombie-Britannique (Ipsos-Reid et Gemini Research, 2008) et de l'Ontario (Wiebe, Mun et Kauffman, 2006) qui affichent des taux de 73 % et 63 % respectivement. Bien que le taux global de participation aux JHA semble stagner ou décroître dans plusieurs juridictions, que ce soit dans différents États des États-Unis, dans certaines provinces canadiennes, en Angleterre ou en Nouvelle-Zélande, les revenus provenant des opérateurs de jeux tendent à augmenter. De fait, pour le Québec seulement, ils ont progressé de plus d'un milliard de dollars en 10 ans,

passant de 2 837 millions de dollars en 1997-1998 (Loto-Québec, 1998) à 3 850 millions de dollars en 2007-2008 (Loto-Québec, 2008). Un phénomène comparable s'observe dans plusieurs pays industrialisés – l'Angleterre, l'Australie, le Canada, les États-Unis, la Nouvelle-Zélande (Abbott, 2006; American Gaming Association, 2009; Azmier, 2005; Canadian Partnership for Responsible Gambling, 2009; Productivity Commission, 1999; Wardle et coll., 2007).

• **Jeu pathologique chez les adultes**

Alors qu'une grande partie de la population joue aux JHA, une petite proportion développera

un problème de jeu pathologique, autour de 1% de la population générale (Wiebe et Volberg, 2007). Cette proportion de joueurs pathologiques semble s'être stabilisée au cours des dernières années, et ce phénomène s'observe dans plusieurs juridictions (États, provinces ou pays) (voir Abbott, 2006; Wiebe et Volberg, 2007). Les données provenant des deux dernières études provinciales conduites au Québec vont dans ce sens avec un taux de prévalence du jeu pathologique se situant autour de 1%, plus exactement 0,8% en 2002 (Ladouceur, Jacques et coll., 2005) et 1% en 1996 (Ladouceur, Jacques, Ferland et Giroux, 1999). La

situation de la prévalence du jeu pathologique d'une province canadienne à l'autre semble assez comparable en dépit du fait qu'il est impossible d'avoir un même point de comparaison dans le temps en utilisant les études provinciales. Ainsi, en fonction des différentes études les plus récentes (l'étude de prévalence la plus ancienne date de 2001, alors que la plus récente date de 2007), le pourcentage de joueurs pathologiques probables varie de 0,8 (pour l'Ontario) à 1,6 (pour la Nouvelle-Écosse). Ce qui placerait le Québec au niveau des provinces dont le pourcentage de joueurs pathologiques probables est le plus bas avec un taux observé en 2002 de 0,8 (voir le tableau A).

Tableau A

Prévalence courante du jeu à risque et du jeu pathologique probable pour chacune des provinces canadiennes

Province	C.-B. ¹	Alb. ²	Sask. ³	Man. ⁴	Ont. ⁵	Qc ⁶	N.-B. ⁷	N.-É. ⁸	I.-P.-É. ⁹	TN ¹⁰
Année du sondage	2007	2001	2001	2006	2005	2002	2001	2007	2005	2005
Nbre de répondants	(3000)	(1804)	(1848)	(6007)	(3604)	(8842)	(800)	(2500)	(1000)	(2596)
JAR (ICJE = 3 à 7)	3,7	3,9	4,7	4,7	2,6	0,9	1,8	0,9	0,7	2,2
JPP (ICJE = 8 +)	0,9	1,3	1,2	1,4	0,8	0,8	1,4	1,6	0,9	1,2

Note : La nomenclature utilisée pour parler des joueurs à risque et des joueurs pathologiques probables est très variable dans la littérature scientifique et s'avère souvent tributaire de l'outil utilisé (avec l'ICJE, on parlera des joueurs à problèmes pour parler des JPP et des joueurs avec un risque modéré pour parler des JAR). Comme toutes les provinces canadiennes ont utilisé l'ICJE dans leur dernière étude de prévalence, il est alors facile de déterminer le même point de coupure pour parler des différentes catégories de joueurs. Par contre, lorsqu'on souhaite faire des comparaisons avec d'autres juridictions, celles-ci peuvent devenir plus laborieuses en fonction de la multiplicité des nomenclatures utilisées et de l'utilisation de différents points de coupure en fonction des scores obtenus avec l'instrument de dépistage.

1. IPSOS-REID et GEMINI RESEARCH (2008). *British Columbia problem gambling prevalence study*, British Columbia, Ministry of Public Safety and Solicitor General.
2. SMITH, G. J. et WYNNE, H. J. (2002). *Measuring gambling and problem gambling in Alberta using the Canadian problem gambling index (CPGI): Final report, Alberta*, Alberta Gaming Research Institute.
3. WYNNE, H. J. (2002). *Gambling and problem gambling in Saskatchewan*, Ottawa, Ontario, Canadian Centre on Substance Abuse.
4. LEMAIRE, J., MACKAY, T.-L. et PATON, D. (2008). *Manitoba gambling and problem gambling 2006*, Addictions Foundation of Manitoba.
5. WIEBE, J., MUN, P. et KAUFFMAN, N. (2006). *Gambling and problem gambling in Ontario 2005*, Toronto, Ontario, Responsible Gambling Council.
6. LADOUCEUR, R., JACQUES, C., CHEVALIER, S., SÉVIGNY, S., HAMEL, D. et ALLARD, D. (2004). *Prévalence des habitudes de jeu et du jeu pathologique au Québec en 2002*, Québec et Montréal, Université Laval et Institut national de santé publique du Québec.
7. FOCAL RESEARCH CONSULTANTS LTD. (2001). *2001 Survey of gambling and problem gambling in New Brunswick*, Halifax, New Brunswick Department of Health & Wellness.
8. FOCAL RESEARCH CONSULTANTS LTD. (2008). *2007 adult gambling prevalence study*, Nova Scotia Health Promotion and Protection.
9. DOIRON, J. (2006). *Gambling and problem gambling in Prince Edward Island*, Prince Edward Island, Prince Edward Island Department of Health.
10. MARKET QUEST RESEARCH (2005). *2005 Newfoundland and Labrador gambling prevalence study*, Government of Newfoundland and Labrador, Department of Health and Community Services.

Ce constat est corroboré par l'étude de Cox et ses collaborateurs (Cox, Yu, Afifi et Ladouceur, 2005) portant sur les données pancanadiennes de 2002. Aux fins d'analyse, les joueurs pathologiques (score de 8 ou plus à l'Indice canadien du jeu excessif (ICJE)) et les joueurs à risque (score de 3 à 7 à l'ICJE) sont regroupés afin de procéder aux comparaisons interprovinciales. Le Québec (1,7%) et le Nouveau-Brunswick (1,5%) se distinguent alors du Manitoba (2,9%) et de la Saskatchewan (2,9%) en affichant des taux de joueurs à problèmes statistiquement plus bas.

Les données provenant des études de prévalence canadiennes sont également représentatives de la situation aux États-Unis et ailleurs dans le monde. L'enquête nationale la plus récente menée aux États-Unis (Kessler et coll., 2008) indique un taux de prévalence courante du jeu pathologique de 0,3%. En 1999, il a été estimé que 1,4% des citoyens américains étaient considérés joueurs pathologiques, tandis que 2,1% pouvaient être considérés à risque de développer la pathologie (Welte, Barnes, Wieczorek, Tidwell et Parker, 2002). Au cours des années, plusieurs études de prévalence ont été menées dans différents États des États-Unis et ont rapporté des taux variant entre 0,3% au Delaware et 3,5% au Nevada (voir Wiebe et Volberg [2007] pour une synthèse d'études de prévalence réalisées au Canada, aux États-Unis).

Ailleurs dans le monde, les études de prévalence utilisant des outils

de dépistage reconnus sont moins nombreuses. Les informations disponibles permettent toutefois d'estimer le taux de prévalence pour le jeu pathologique aux alentours de 1,0% (Wiebe et Volberg, 2007). Les taux varient selon le pays, le taux le plus faible (0,2%) étant observé en Norvège et en Suède et le taux le plus élevé (2,2%), à Hong-Kong (voir Wiebe et Volberg [2007]). De façon générale, les taux de prévalence du jeu pathologique semblent être demeurés relativement stables au Québec, au Canada et aux États-Unis aussi bien qu'ailleurs dans le monde depuis le début des années 1990 (Wiebe et Volberg, 2007).

• **Jeu pathologique chez les adolescents**

La plus récente méta-analyse des études de prévalence réalisées auprès des populations adolescentes (Shaffer et Hall, 2001) indiquerait que la prévalence à vie du jeu pathologique serait pratiquement le double (3,4%) de celle observée chez les adultes (1,9%). Concernant la prévalence courante, la proportion de joueurs pathologiques adolescents serait plus que le double de celle de la prévalence parmi les adultes (5,0% versus 1,5%) (Shaffer et Hall, 2001). Que les chiffres proviennent de méta-analyses ou des études de prévalence elles-mêmes (Gupta et Derevensky, 1998; Hardoon et Derevensky, 2002; Jacobs, 2000; Ladouceur, Jacques et coll., 1999; Ladouceur, Boudreault, Jacques et Vitaro, 1999; Ladouceur, Dubé et Bujold, 1994; Ladouceur, Jacques et coll., 2005; National Research Council, 1999), le constat est généralement le

même : les résultats révèlent une prévalence des problèmes de jeu pathologique supérieure chez la population adolescente comparativement à la population adulte.

Bien qu'il puisse correspondre à la réalité, ce taux de prévalence élevé apparaît douteux à plusieurs égards (pour une discussion approfondie, voir Ladouceur, Ferland, Poulin, Vitaro et Wiebe, 2005). En effet, plusieurs éléments militent en faveur d'une remise en question de la réelle signification des taux observés.

Brièvement, notons tout d'abord la faible demande des adolescents pour de l'information en rapport avec le jeu (Ladouceur, Ferland et coll., 2005) et les traitements (Hardoon, Derevensky et Gupta, 2003; Ladouceur, Blaszczyński et Pelletier, 2004). Dans un contexte où le problème serait si prévalent, les jeunes devraient être nombreux à rechercher de l'aide, mais tel n'est pas le cas. Les jeunes en traitement seraient tellement rarissimes que l'équipe travaillant au développement de l'Indice canadien des jeux de hasard et d'argent chez l'adolescent (ICJA) a dû renoncer à sa validation auprès d'un échantillon d'adolescents recevant un traitement, et ce, après avoir tenté en vain de trouver, à travers le Canada, des jeunes en traitement. (Wiebe, Wynne, Stinchfield et Tremblay, 2007).

Un autre élément concerne la précision des instruments utilisés pour mesurer la pathologie du jeu chez les adolescents. En effet, que ce soit le *SOGS-RA* (Winters, Stinchfield et Fulkerson, 1993) ou

tout autre instrument, ils ont généralement été adaptés à partir de la version pour adultes. Pour cette raison et pour leur tendance à générer des faux positifs, plusieurs études remettent en question leur validité (Derevensky, Gupta et Winters, 2003; Ladouceur, 2001; Ladouceur, Bouchard et coll., 2000; Ladouceur, Ferland et coll., 2005; Lesieur, 2003).

Tous ces éléments contribuent d'une manière ou d'une autre au doute qui entoure les chiffres de prévalence élevés obtenus auprès des populations adolescentes. Il n'est pas impossible que l'adolescence en soi, avec toutes les particularités qu'elle comporte, rende difficile une juste évaluation de cette problématique. Par contre, il est nécessaire d'avoir un outil spécifiquement validé auprès des adolescents pour bien évaluer le phénomène du jeu pathologique. Des chercheurs canadiens, soutenus entre autres par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, s'attaquent d'ailleurs à cette tâche (voir Wiebe, Wynne et coll., 2007) en travaillant au développement de l'ICJA.

Bien qu'il semble difficile d'avoir un portrait fiable de la situation des problèmes de jeu chez les adolescents, un fait demeure : une certaine proportion des adolescents éprouvent des problèmes de jeu, et cette situation peut compromettre leurs études ainsi que leur avenir si cet état devient chronique avec le temps.

► **Portrait des joueurs**

Si l'on catégorise les joueurs selon le nombre de critères diagnostiques qu'ils endossent, c'est dans l'optique de pouvoir mieux intervenir auprès de ceux qui souffrent de problèmes de jeu et prévenir le développement de tels problèmes chez les autres. Du fait même, la catégorisation des différents types de joueurs suppose que tous ceux qui s'adonnent aux JHA ne font pas partie d'un groupe d'individus homogène. Les études menées auprès de joueurs pathologiques ainsi que les études de prévalence du jeu pathologique nous informent par rapport aux caractéristiques des individus aux prises avec un problème de jeu.

Certaines caractéristiques socio-démographiques particulières sont associées aux joueurs problématiques ou aux joueurs pathologiques probables de façon assez récurrente dans différentes études de prévalence provinciales conduites au Canada (voir Doiron, 2006; Ipsos-Reid et Gemini Research, 2008; Ladouceur, 1991; Ladouceur, Jacques et coll., 2004; Lemaire, MacKay et Patton, 2008; Omnifacts, 1993; Wiebe et coll., 2006). Par exemple, un joueur pathologique typique serait un homme, célibataire, séparé ou divorcé, âgé de moins de 35 ans, avec un faible revenu annuel et possédant un faible niveau de scolarisation.

Dans le cadre du programme expérimental sur le jeu pathologique du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, les données provenant des sites

expérimentaux indiquent que les usagers des services de traitement se composent principalement d'hommes dans une proportion de 2/3, de personnes âgées entre 35 et 44 ans (le groupe d'âge suivant étant celui des 45-54 ans), de personnes veuves, séparées ou divorcées et d'individus possédant une scolarité de niveau secondaire ou moindre (dans 70 % des cas). Finalement, comparativement à la population en général, les joueurs en traitement sont plus nombreux (71%) à occuper un emploi (Chevalier et coll., 2005).

Le profil des joueurs pathologiques est comparable aux États-Unis. Les joueurs pathologiques seraient davantage des hommes séparés ou divorcés que les joueurs sans problème (Petry, 2005). Pour sa part, une méta-analyse de Shaffer, Hall et Vander Bilt (1999) souligne que les joueurs pathologiques sont surreprésentés parmi les gens dont le revenu annuel est inférieur à 25 000 dollars. La proportion de joueurs pathologiques occupant un emploi serait toutefois comparable à celle des joueurs sans problème. Dans un article synthèse des études de prévalence menées aux États-Unis (National Research Council, 1999), les auteurs mentionnent que les joueurs pathologiques ont tendance à avoir un niveau d'éducation égal ou inférieur aux études secondaires. Les joueurs pathologiques sont généralement surreprésentés parmi ceux ayant un faible niveau d'éducation et parmi ceux dont le niveau socioéconomique est faible (Petry, 2005).

Le portrait des joueurs pathologiques observé dans les autres

pays s'apparente à celui dressé en Amérique du Nord (p. ex. : Bondolfi, Osiek et Ferrero, 2000, pour la Suisse ; Gøtestam et Johanson, 2003, pour la Norvège).

► Typologies des joueurs pathologiques

Au cours des vingt dernières années, différentes typologies des joueurs pathologiques ont été proposées afin de mieux comprendre la pathologie du jeu et de pouvoir offrir un traitement mieux adapté aux joueurs (p. ex. : Blaszczynski et Nower, 2002 ; Lesieur, 2001 ; McCormick, 1987 ; Stewart, Zack, Collins, Klein et Fragopoulos, 2008). Bien qu'aucune de ces typologies ne fasse consensus, les études suggèrent que les joueurs pathologiques ne font pas tous partie d'un groupe homogène. Il existerait plutôt des sous-groupes de joueurs pathologiques possédant des caractéristiques particulières.

À la fin des années 1980, McCormick (1987) avait identifié deux sous-types distincts de joueurs pathologiques : les joueurs déprimés de façon récurrente et les joueurs chroniquement sous-stimulés. Lesieur (2001) a quant à lui proposé différents regroupements de joueurs pathologiques en traitement, notamment les « impulsifs recherchant l'évasion », les « impulsifs modérés recherchant l'action » et les joueurs pathologiques « normaux ». Soulignant la nécessité d'un guide pratique pour l'intervention et la recherche sur le jeu pathologique, ainsi que l'absence d'un modèle conceptuel dans le domaine, Blaszczynski et Nower (2002)

ont proposé un modèle étiologique empiriquement vérifiable du jeu pathologique.

Selon leur conception, les joueurs pathologiques peuvent être catégorisés selon trois sous-groupes. Un premier sous-groupe de joueurs pathologiques qui n'a pas d'autre diagnostic psychiatrique. Ces gens sont autrement « normaux », mais ils se sont fait prendre dans l'engouement et l'attrait du jeu. Par des mécanismes de renforcement accrocheurs, ils sont devenus incapables de résister au jeu, incapables de se contrôler. Les auteurs nomment les joueurs de ce sous-groupe des joueurs conditionnés par le comportement. Ces individus seraient symptomatiques du jeu pathologique en raison des conséquences qui y sont liées seulement.

Le deuxième sous-groupe identifié par Blaszczynski et Nower regroupe les joueurs émotionnellement vulnérables. En plus d'être exposés aux mêmes mécanismes de renforcement que les joueurs du premier sous-groupe, ceux-ci présentent aussi un historique de dépression ou d'anxiété et une faible capacité de résolution de problèmes. Leurs expériences de vie, leurs antécédents familiaux, de même que d'autres variables développementales les ont rendus vulnérables affectivement. Ainsi, le jeu a pour fonction de répondre à certains besoins psychologiques et à moduler leurs états affectifs. Ces gens sont considérés trop fragiles pour exercer suffisamment de contrôle sur leur implication au jeu.

Le troisième sous-groupe rassemble les joueurs antisociaux et impulsifs, des gens grandement perturbés, souffrant souvent de problèmes neurologiques. Impulsifs et présentant plusieurs comportements inadaptés ayant un impact sur leur fonctionnement psychosocial, ils se caractérisent par de pauvres relations interpersonnelles, l'abus d'alcool ou de drogues et la criminalité. Leurs difficultés attentionnelles et leur impulsivité font en sorte qu'ils répondraient peu ou difficilement à l'intervention.

Dans une autre étude récente visant à mesurer les propriétés psychométriques d'un nouvel instrument évaluant les expériences personnelles des joueurs, Ledgerwood et Petry (2006) ont identifié deux sous-groupes de joueurs pathologiques. Un premier sous-groupe principalement constitué de joueurs jouant pour s'évader et un deuxième groupe caractérisé par l'égoïsme. Les auteurs font remarquer que leurs deux sous-groupes de joueurs présentent des similitudes avec deux des sous-groupes proposés par Blaszczynski et Nower (2002). Le groupe « évasion » serait caractérisé par un niveau élevé d'anxiété et de dépression, de pauvres stratégies d'adaptation, et le jeu leur fournirait une opportunité de dissociation et d'évasion par rapport à leurs émotions négatives, un peu à la manière du groupe « émotionnellement vulnérable » de Blaszczynski et Nower (2002). Le groupe « égotisme » serait caractérisé par l'impulsivité, un comportement antisocial et de recherche de sensation, tout

comme les « antisociaux et impulsifs » de Blaszczynski et Nower (2002). Ces résultats amènent un appui empirique partiel à la typologie de ces auteurs, malgré le fait que le sous-groupe de joueurs pathologiques conditionnés par l'environnement identifié par ces derniers n'ait pas été identifié dans l'étude Ledgerwood et Petry (2006).

Stewart et coll., (2008) ont proposé une autre typologie des joueurs pathologiques basée sur leurs motivations à jouer. Ils ont identifié trois sous-groupes de joueurs différents. Un premier sous-groupe joue pour le renforcement positif. Un deuxième sous-groupe joue surtout en fonction d'un renforcement négatif, c'est-à-dire pour éviter des émotions négatives, et un troisième groupe joue pour des raisons non liées à la régulation affective. Les auteurs font remarquer que leurs sous-groupes de joueurs présentent des similitudes avec d'autres typologies de joueurs pathologiques. La ressemblance entre ces typologies apporterait un appui à la présence de trois sous-groupes distincts de joueurs pathologiques.

Un portrait des joueurs pathologiques semble donc émerger, suggérant la présence d'au moins deux groupes de joueurs pathologiques distincts par rapport à leurs caractéristiques psychologiques. Un premier sous-groupe aurait tendance à être très émotif et à jouer pour réguler l'affect, tandis qu'un autre groupe aurait des traits antisociaux et serait davantage impulsif. Un troisième sous-groupe de joueurs

pathologiques moins sévères a été identifié, mais seulement dans quelques études. Plus de recherches permettront de confirmer la pertinence de les inclure dans un modèle conceptuel typologique. De façon concrète, les observations concernant la présence de sous-groupes de joueurs pathologiques peuvent servir à orienter des traitements particuliers pour ces joueurs et ainsi augmenter les chances que les joueurs en bénéficient davantage.

► Impacts du jeu sur l'entourage

Le jeu pathologique peut occasionner une multitude de conséquences. La conséquence la plus évidente porte directement sur les finances du joueur (Ladouceur, Lachance et Fournier, 2009). Le jeu peut également nuire à la productivité du joueur au travail (Henriksson, 2001), occasionner des coûts aux services de santé (Walker, 2007), contribuer à certaines formes de crimes (Warfield, 2008 ; Blanco et coll., 2008) dont les crimes de nature économique (fraudes, vols, détournement de fonds, etc.) et avoir un impact important sur les proches du joueur. Étant donné que les centres de réadaptation en dépendance offrent des services pour les proches du joueur, nous limiterons à illustrer les conséquences que peuvent vivre ces personnes.

Les conséquences négatives associées aux habitudes de jeu du joueur touchent directement son entourage. Cinq à dix autres personnes, incluant les membres de la famille, les employeurs, les

amis ou les collègues de travail, s'en trouveraient affectées à des degrés divers (Productivity Commission, 1999).

Les conjointes figurent en première place parmi les personnes touchées par le jeu (Ciarrocchi et Reinert, 1993). Jusqu'à maintenant, les études qui s'intéressent aux conséquences du jeu sur les proches se réfèrent habituellement aux conjointes des joueurs (Darbyshire, Oster et Carrig, 2001). Certaines développeront des comportements de consommation (tabac, alcool, drogue, biens divers) (Lorenz et Shuttlesworth, 1983), alors que plusieurs d'entre elles se retrouvent mêlées aux problèmes financiers des joueurs en empruntant, en contractant une deuxième hypothèque ou en augmentant leur crédit personnel pour alléger les dettes familiales (Heineman, 1987 ; Ladouceur, Boisvert, Pépin, Loranger et Sylvain, 1994 ; Crisp, Thomas, Jackson et Thomason, 2001). En plus des problèmes conjugaux, certaines vivront des problèmes au travail, développeront des symptômes physiques ainsi que des problèmes légaux (Crisp, Thomas et coll., 2001).

Les enfants des joueurs subissent également plusieurs conséquences négatives (Duvarci et Varan, 2000). Ils peuvent avoir l'impression de perdre le parent joueur notamment en raison des absences fréquentes, des absences prolongées et de son imprévisibilité (Darbyshire et coll., 2001).

Les conséquences du jeu pathologique sur les proches des joueurs sont multiples, et la

détresse peut se manifester par différents symptômes (Boutin et Ladouceur, 2006). Le tableau B

résume les principales conséquences vécues par les proches des joueurs.

Tableau B :
Principales conséquences vécues par les proches de joueurs

Symptômes physiques

- Fatigue chronique¹
- Maux de dos¹
- Palpitations cardiaques¹
- Troubles gastro-intestinaux¹
- Insomnie¹
- Maux de tête¹
- Perte d'appétit¹

Symptômes psychologiques

- Achats impulsifs^{3, 4}
- Colère/ressentiment^{1, 2}
- Consommation excessive (alcool/drogues/tabac)^{3, 4}
- Désespoir/dépression²
- Épuisement¹
- Problèmes de jeu⁵
- Troubles alimentaires³
- Anxiété^{1, 2}
- Confusion²
- Culpabilité excessive¹
- Idées suicidaires²
- Solitude⁶

Problèmes financiers

- Gestion du budget familial⁶
- Difficultés au travail
- Menaces de crédateurs⁶
- Prêts d'argent au joueur⁷
- Réhypothèque⁶
- Augmentation des marges de crédit⁶
- Emprunts – Endettement⁶
- Perte des économies familiales⁷
- Remboursement de dettes communes⁶

Problèmes conjugaux et familiaux

- Divorce^{8, 9}
- Perte de la maison familiale¹²
- Scolarisation moindre des enfants^{4, 12}
- Insatisfaction sexuelle¹¹
- Perturbation des vacances, des loisirs¹²
- Violence conjugale¹⁰

Notes :

1. BOUTIN, C., et LADOUCEUR, R. (2006), *Y a-t-il un joueur dans votre entourage?*, Montréal, Les Éditions de l'Homme.
2. HODGINS, D. C., SHEAD, N. W., et MAKARCHUK, K. (2007), « Relationship satisfaction and psychological distress among concerned significant others of pathological gamblers », *Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(1), 65-71.
3. LORENZ, V. C., et SHUTTLESWORTH, D. E. (1983), « The impact of pathological gambling on the spouse of the gambler », *Journal of community psychology*, 11(1), 67-76.
4. ABBOTT, D. A., CRAMER, S. L., et SHERRETS, S. D. (1995), « Pathological gambling and the family: Practice implications », *Families in Society*, 76, 213-219.
5. CRISP, B. R., THOMAS, S. A., JACKSON, A. L., THOMASON, N. (2001), « Partners of problem gamblers who present for counseling: demographic profile and presenting problems », *Journal of Family Studies*, 7, 208-216.
6. HEINEMAN, M. (1987), « A comparison: The treatment of wives of alcoholics with the treatment of wives of pathological gamblers », *Journal of Gambling Behavior*, 3(1), 27-40.
7. LADOUCEUR, R., BOIVERT, J., PÉPIN, M., LORANGER, M., et SYLVAIN, C. (1994), « Social cost of pathological gambling », *Journal of Gambling Studies*, 10, 399-409.
8. SHAW, M. C., FORBUSH, K. T., SCHLINDER, J., ROSENMAN, E., BLACK, D.W. (2007). « *The effect of pathological gambling on families, marriages, and children* », *CNS Spectrums*, 12, 615-622.
9. National Opinion Research Center (1999). *Gambling impact and behavior study: Report to the National Gambling Impact Study Commission*, Chicago, IL: National Opinion Research Center at the University of Chicago.
10. KORMAN, L. M., COLLINS, J., DUTTON, D., DHAYANANTHAN, B., LITTMAN-SHARP, N., et SKINNER, W. (2007), « Problem gambling and intimate partner violence », *Journal of Gambling Studies*, 24, 13-23.
11. LORENZ, V. C., et YAFFEE, R. A. (1988), « Pathological gambling: Psychosomatic, emotional and marital difficulties as reported by the spouse », *Journal of Gambling Behavior*, 4(1), 13-26.
12. DARBYSHIRE, P., OSTER, C., CARRIG, H. (2001), « The experience of pervasive loss: Children and young people living in a family where parental gambling is a problem », *Journal of Gambling Studies*, 17, 23-45.

► **Problématiques associées**

Les joueurs pathologiques présentent de hauts niveaux de comorbidité avec d'autres problématiques, et ceci semble particulièrement présent chez les joueurs en traitement. Mais comme les joueurs en traitement peuvent présenter des caractéristiques particulières parce qu'ils recherchent de l'aide, ils peuvent ne pas être représentatifs de l'ensemble de la population des joueurs pathologiques. La comorbidité fait référence à la coexistence de deux ou de plusieurs troubles chez un même individu (Petry, 2005), peu importe la séquence temporelle d'apparition de ceux-ci. Selon Ibanez et ses collaborateurs (2001), près des deux tiers des joueurs pathologiques espagnols en traitement souffriraient d'au moins un autre trouble psychologique. Pelletier et ses collaborateurs (2006) constatent pour leur part que 64 % des joueurs pathologiques québécois souffriraient d'au moins un trouble de la personnalité au début de leur traitement. Toujours au Québec, Allard et Papineau (2006) révèlent que 49 % des usagers ont déclaré avoir été traités pour un ou des troubles concomitants autres que le jeu dans les 12 derniers mois et qu'à l'admission 25 % des usagers éprouvaient des problèmes de santé mentale, 21 % d'autres dépendances, 9 % une dépendance aux drogues et 19 % une dépendance à l'alcool.

Il existe une forte association entre une participation problématique au jeu et l'abus ou la dépendance à des substances telles que l'alcool, la

drogue et la nicotine chez les différentes populations de joueurs. Selon une étude réalisée dans des centres de traitement québécois (Ladouceur, Sylvain et coll., 2004), 70 % des joueurs ayant entamé un traitement en interne ou en externe rapportaient avoir déjà eu au moins une autre dépendance dans le passé, et 50 % d'entre eux présentaient toujours un problème de dépendance à au moins une substance lors de leur admission. Les joueurs suivant un traitement en interne étaient plus nombreux à présenter deux, voire trois dépendances concomitantes à leur problème de jeu (Ladouceur, Sylvain et coll., 2004). Des données populationnelles provenant d'une étude pancanadienne indiquent que plus le problème d'abus de substances (alcool et drogue) est sévère plus la prévalence des problèmes de jeu est élevée (Rush, Bassani, Urbanoski et Castel, 2008). La comorbidité à vie entre un désordre lié à l'usage d'une substance et le jeu pathologique peut atteindre 76 % (Kessler et coll., 2008). L'association entre le jeu et l'alcool est d'autant plus élevée lorsque la consommation d'alcool est importante, c'est-à-dire lorsqu'elle tend vers l'abus ou la dépendance (French, Maclean et Ettner, 2008).

Les résultats de certaines études suggèrent un effet d'interaction entre les problématiques liées au jeu et à l'alcool (Welte, Barnes, Wiczorek, Tidwell et Parker, 2001; Welte, Barnes, Wiczorek et Tidwell, 2004). Le jeu chez les personnes présentant un problème d'abus de substances telles que la marijuana, les

stimulants et les tranquillisants utilisés à des fins autres que médicales serait plus sévère que chez les personnes sans problème d'abus de ces substances. Cette sévérité accrue serait basée sur les motivations à jouer, l'âge des débuts au jeu et sur l'intensité et les types de jeux (Liu, Maciejewski et Potenza, 2009). Un lien entre le jeu et la consommation de nicotine est également observé dans la littérature. Dans un échantillon national analysé par Desai, Desai et Potenza (2007), la participation à des activités de jeu et le jeu pathologique sont significativement associés à la dépendance à la nicotine. De plus, le niveau de consommation de tabac serait associé à des problèmes de jeu plus sévères (plus de jours de jeu, plus d'argent dépensé au jeu, plus d'envies irrésistibles de jouer et moins de contrôle perçu sur le jeu) (Petry et Oncken, 2002; Grant et Potenza, 2005). Grant, Desai et Potenza (2009) ont obtenu un taux de joueurs pathologiques près de 5 fois plus élevé chez les dépendants à la nicotine (1,9 %) que chez les individus qui ne présentent pas de dépendance à cette substance (0,4 %).

De nombreuses études établissent un lien entre le jeu pathologique, les idéations suicidaires et les tentatives de suicide (Frank, Lester et Wexler, 1991; Hodgins, Mansley, et Thygesen, 2006; Ibanez et coll., 2001; Kezwer, 1995; Lester et Jason, 1989; Newman et Thompson, 2003, 2007; Penfold, Hatcher, Sullivan et Collins, 2006a; Petry et Kiluk, 2002;

Schwarz et Lindner, 1992; Sullivan, 1994), et le risque suicidaire pourrait être accru lorsqu'il y a présence d'abus d'alcool (Penfold, Hatcher, Sullivan et Collins, 2006b). La dernière étude de prévalence québécoise indique que 15 % des joueurs problématiques affirment avoir songé au suicide dans les 12 mois précédant l'enquête (Ladouceur, Jacques, et coll., 2004), et 36 % de ces joueurs lient cette pensée suicidaire à leurs problèmes de jeu. Conformément aux résultats provenant d'une enquête canadienne, les joueurs pathologiques auraient 3,4 % plus de risque de faire une tentative de suicide que les gens provenant de la population générale (Newman et Thompson, 2007). Les joueurs en traitement affichent des taux d'idéation suicidaire (35 %–81 %) et de tentatives suicidaires (4 %–40 %) encore plus élevés (Battersby, Tolchard, Scurrah et Thomas, 2006; Beaudoin et Cox, 1999; Kaush, 2003; Ladouceur, Sylvain et coll., 2004; Ledgerwood et Petry, 2004; Maccallum et Blaszczyński, 2003; Petry et Kiluk, 2002). Ces pourcentages dépassent ceux observés auprès de la population générale, du moins au Québec où 14,4 % de la population aurait des idées suicidaires et 3,5 % aurait tenté de se suicider (Kairouz, Boyer, Nadeau, Perreault et Fiset-Laniel, 2008).

En ce qui a trait aux troubles anxieux, dans la population générale, entre 11 % et 15 % des gens en souffriraient (Kairouz et coll., 2008; Regier et coll., 1990), ce qui s'avère être des taux définitivement plus bas

que chez les joueurs pathologiques où ceux-ci varieraient entre 26,7 % (Bland, Newman, Orn et Stebelsky, 1993) et 41,3 % (Petry, Stinson et Grant, 2005). Plusieurs troubles comorbides s'observent également auprès d'échantillons de joueurs pathologiques provenant d'enquêtes populationnelles, que ce soit les troubles de l'humeur (50 % à 56 %), de la personnalité (61 %) ou du contrôle des impulsions (42 %) (voir Kessler et coll., 2008; Petry, Stinson et Grant, 2005). D'autres études ont également fait ressortir des taux supérieurs de certains troubles psychiatriques chez des joueurs en traitement, comme les troubles somatoformes (Black et Moyer, 1998), le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (Specker, Carlson, Christenson et Marcotte, 1995), les troubles d'adaptation (Ibanez et coll., 2001), les troubles des conduites (Black et Moyer, 1998; Blaszczyński et McConaghy, 1994), les troubles psychotiques (Bellaire et Caspari, 1992; Specker, Carlson, Edmonson, Johnson et Marcotte, 1996; Taber, McCormick, Russo, Adkins et Ramirez, 1987).

► Recherche d'aide

Peu de joueurs pathologiques consulteraient pour leur problème de jeu, à peine 3 % selon les données de la Commission présidentielle des États-Unis (National Opinion Research Center, 1999). Ce chiffre atteindrait 7 à 12 % selon les données de Slutske (2006). De plus, parmi ceux-ci, 50 % abandonneront (Ladouceur, Sylvain et coll., 2004). La littérature scientifique relève de nombreuses barrières au comportement de recherche

d'aide, entre autres certaines variables sociodémographiques. Par exemple, les plus jeunes tendent à consulter moins facilement (Benenson et Koulnararian, 2008; Shewchuk et coll., 1977; Toler, 2008), de même que les individus peu scolarisés (Shewchuk et coll., 1977). Aussi, être un homme (Benenson et Koulnararian, 2008; Cooperstock, 1979; Krogh, 2007; Mahalik, Good et Englar-Carlson, 2003; Pederson et Vogel, 2007; Smith, Braunack-Mayeya, Wittert et Warin, 2007) ou faire partie d'une minorité ethnique sont d'autres variables sociodémographiques associées à un faible taux de consultation (Toler, 2008).

Vogel, Wester et Larson (2007) décèlent également des facteurs d'évitement de la recherche d'aide, soit la peur de la stigmatisation sociale (Crisp, Gelder, Rix, Meltzer et Rowlands, 2000; Deane et Chamberlain, 1994; Evans et Delfabbro, 2005; Freedenthal et Stiffman, 2007; Hepworth et Paxton, 2007; Jesse, Dolbier et Blanchard, 2008; Pulford et coll., 2009; Sibicky et Dovidio, 1986; Stefl et Prosperi, 1985), la peur du traitement (Kushner et Sher, 1989), la peur des émotions (Komiya, Good et Sherrod, 2000), l'anticipation de résultats négatifs (Tinsley, Brown, de St. Aubin et Lucek, 1984), l'obligation de se révéler (Jourard, 1964), les normes sociales liées au processus de consultation (Angermeyer, Matschinger et Riedel-Heller, 2001) et une faible estime de soi (Fisher, Nadler et Whitcher-Alagna, 1982; Nadler, 1991). Certains facteurs structurels tels le coût des services ou de faibles

connaissances par rapport à la santé mentale (Hepworth et Paxton, 2007), de même que l'image (négative) des psychologues véhiculée dans la société (Vogel, Gentile et Kaplan, 2008) peuvent constituer des barrières additionnelles. Dans une recension des écrits portant sur les barrières à la recherche d'aide chez les joueurs à problèmes, Suurvali et ses collaborateurs (2009) identifient l'intention de s'occuper de son problème, la culpabilité (l'embarras ou le stigmate) et la minimisation ou la non-reconnaissance du problème comme les barrières les plus communes.

Une association positive existerait aussi entre la sévérité du problème et la propension à rechercher de l'aide (Augeraud, Debeugny, Marchand et Magon, 2006; Cellucci, Krogh et Vik, 2006; George-Conception, 2008; Hepworth et Paxton, 2007; Lane et Addis, 2005; Petry, 2005; Rollins et Holden, 1977). À ce titre, la recherche d'aide chez les joueurs pathologiques serait davantage provoquée par une crise que par un processus graduel de reconnaissance du problème (Evans et Delfabbro, 2005). Les lignes d'aide téléphoniques constituent un moyen rapide d'obtenir de l'aide quand la motivation est maximale (Clifford, 2008). À ce titre, les interventions brèves (Bien, Miller et Tonigan, 1993; Chick, Ritson, Connaughton et Stewart, 1988; Petry, Weinstock, Ledgerwood et Morasco, 2008), motivationnelles (Miller et Rollnick, 2006) ou bibliothérapeutiques (Apodaca et Miller, 2003) semblent prometteuses

(Dickerson, Hinchy et England, 1990; Freidenberg, Blanchard, Wulfert et Malta, 2002; Hodgins, Currie et el-Guebaly, 2001; Robson, Edwards, Smith et Colman, 2002).

Certains facteurs favorisent toutefois la recherche d'aide, comme la pression sociale et l'aide provenant de la famille (Ballon, Kirst et Smith, 2004; Cabassa, 2007; Gossop, 1978) ou des pairs (Ballon et coll., 2004), la tendance à somatiser la détresse (Kong et Lu, 2008), ainsi que des croyances sociales moins restrictives ou autoritaires (Jackson, 2007). L'offre d'aide (Edwards et coll., 1977; Fung et Wong, 2007), le fait d'être bien avisé des services et des couvertures d'assurance (Eisenberg, Golberstein et Gollust, 2007), la confidentialité (Chew-Graham, Rogers et Yassin, 2003; Dervic et coll., 2006), la prise en considération de la culture des individus (Goldston et coll., 2008; Gonzalez-Eastep, 2008; Hwang, Myer, Abe-Kim et Ting, 2008), les informations écrites (Berner, Leiber, Kriston, Stodden et Günzler, 2008), des relations patients-thérapeute plus compatissantes (Ballon et coll., 2004), un premier contact soutenant (Ballon et coll., 2004; Clifford, 2008; Evans et Delfabbro, 2005; Wang et coll., 2005), une diversité dans les options de traitement, des traitements améliorés et un accès facilité à ceux-ci agissent aussi à titre de promoteurs de la recherche d'aide (Ballon et coll., 2004).

Dans la majorité des États où le jeu est légalisé, des efforts ont

été tentés pour attirer les joueurs vers des lignes téléphoniques d'aide, mais rien ne démontre que ces manières de procéder sont efficaces: aucune campagne ne semble avoir fait l'objet d'évaluation scientifique visant à apprécier leur efficacité (Gouvernement du Québec, 2002).

MEILLEURES PRATIQUES

À partir d'une recension des écrits, cette section présente, lorsqu'elles ont été établies, les meilleures pratiques en matière d'évaluation et de traitement concernant le jeu pathologique.

► Évaluation

De façon générale, à la suite d'une détection positive, il est recommandé d'entreprendre une évaluation complète afin de poser un diagnostic précis, d'évaluer le niveau de fonctionnement psychosocial de l'individu et de proposer un plan de traitement ou de soutien (Petry, 2005; Santé Canada, 2002; Stinchfield, Govoni et Frisch, 2007). Il est donc fortement suggéré de collecter ces informations au moyen d'une entrevue clinique en face-à-face en utilisant une diversité d'instruments pertinents pour orienter l'individu vers un traitement et des objectifs de traitement adaptés à ses besoins spécifiques.

À ce jour, les seuls critères reconnus pour établir le diagnostic du jeu pathologique sont ceux du DSM-IV (APA, 1994) reproduits dans leur intégralité

dans le DSM-IV-TR (APA, 2000). Lorsque le jeu fait l'objet d'une pratique inadaptée, persistante et répétée, comme le démontre

la présence d'au moins cinq des dix critères contenus dans le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*

(APA, 2000), le clinicien pourra établir le diagnostic de jeu pathologique.

Tableau C

Critères diagnostiques du jeu pathologique se trouvant dans le DSM-IV

A. Pratique inadaptée, persistante et répétée du jeu, comme en témoignent au moins cinq des manifestations suivantes :

1. Préoccupation par le jeu (p. ex. : préoccupation par la remémoration d'expériences de jeu passées ou par la prévision de tentatives prochaines ou par les moyens de se procurer de l'argent pour jouer)
2. Besoin de jouer avec des sommes d'argent croissantes pour atteindre l'état d'excitation désiré
3. Efforts répétés mais infructueux pour contrôler, réduire ou arrêter la pratique du jeu
4. Agitation ou irritabilité lors des tentatives de réduction ou d'arrêt de la pratique du jeu
5. Joue pour échapper aux difficultés ou pour soulager une humeur dysphorique (p. ex. : des sentiments d'impuissance, de culpabilité, d'anxiété, de dépression)
6. Après avoir perdu de l'argent au jeu, retourne souvent jouer un autre jour pour recouvrer ses pertes (pour «se refaire»)
7. Ment à sa famille, à son thérapeute ou à d'autres pour dissimuler l'ampleur réelle de ses habitudes de jeu
8. Commet des actes illégaux, tels que falsifications, fraudes, vols ou détournement d'argent pour financer la pratique du jeu
9. Met en danger ou perd une relation affective importante, un emploi ou des possibilités d'études ou de carrière à cause du jeu
10. Compte sur les autres pour obtenir de l'argent et se sortir de situations financières désespérées causées par le jeu

B. La pratique du jeu n'est pas mieux expliquée par un épisode maniaque

Pour poser le diagnostic de jeu pathologique, le comportement de jeu ne doit pas être mieux expliqué par un épisode maniaque, chose que peu d'instruments, outre l'entrevue clinique, réussissent à couvrir. Même sur le plan clinique, il n'est pas certain que cet aspect soit systématiquement couvert.

Hormis les critères diagnostiques du DSM-IV, aucune direction formelle n'est proposée dans la littérature scientifique quant à l'instrument d'évaluation du jeu pathologique à prioriser. Par contre, dans leur revue de la littérature portant sur l'évaluation et le traitement des joueurs pathologiques,

George et Murali (2005) dressent la liste (voir le tableau D) des principaux aspects que devrait couvrir l'évaluation d'un joueur pathologique.

Tableau D

Éléments devant faire l'objet de l'évaluation d'un joueur pathologique

- **Description complète de l'histoire psychiatrique :**
 - histoire de la plainte actuelle
 - problèmes psychiatriques passés
 - situation familiale et relationnelle
 - traitements déjà suivis
 - histoire de la personne
- **Évaluation détaillée du comportement de jeu :**
 - initiation
 - progression
 - fréquence actuelle (nombre de jours par semaine ou nombre d'heures par jour)
 - sévérité actuelle (argent dépensé au jeu en proportion avec le revenu annuel)
 - types de jeux joués
 - facteurs de maintien
 - caractéristiques de la « dépendance »
- **Évaluations des conséquences :**
 - financières
 - interpersonnelles
 - professionnelles
 - sociales
 - juridiques
- **Raisons de la consultation, motivation à changer et attentes face au traitement**
- **Évaluation du risque suicidaire**
- **Évaluation des troubles comorbides des axes I et II incluant les troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives**
- **Examen général du fonctionnement mental**

Notre recension des instruments d'évaluation nous a permis de relever pas moins de sept instruments utilisant les critères diagnostiques du DSM-IV à l'intérieur de leur grille d'évaluation et couvrant de manière variable les différents éléments précisés par George et Murali (2005).

- L'Entrevue diagnostique sur le jeu pathologique – révisée (EDJP-R: Ladouceur, Dumont et coll., 2000);
- Le Gambling Treatment Outcome Monitoring System (GAMTOMS: Stinchfield et Winters, 2001; Stinchfield, Winters, Botzet, Jerstad et Breyer, 2007);
- Le Global Appraisal of Individual Needs (GAIN: Dennis, 1999; Dennis,

- Titus, White, Unsicker et Hodgkins, 2003; Dennis, Titus, White et Unsicker, 2007);
- Le Diagnostic Interview for Gambling Severity (DIGS: Winters, Specker et Stinchfield, 1997);
 - Le Gambling Behavior Interview (GBI: Stinchfield, 2002, 2003; Stinchfield, Govoni et Frisch, 2005);
 - Le Gambling Assessment Module (GAM: Cunningham-Williams et coll., 2005);
 - Le Structured Clinical Interview for Pathological Gambling (SCI-PG: Grant, Steinberg, Kim, Rounsaville et Potenza, 2004).

Plusieurs de ces instruments sont intéressants dans la mesure où ils ne limitent pas leur

évaluation au diagnostic du jeu pathologique, mais tentent de couvrir un spectre beaucoup plus large afin d'aider le clinicien dans sa démarche d'évaluation. Ils présentent tous certaines lacunes qui limitent leur portée ou leur utilisation, principalement dans les milieux francophones. En effet, la plupart ne sont pas disponibles en français ou, s'ils le sont, certains n'ont pas obtenu de validation, ce qui fait que leurs propriétés psychométriques sont méconnues. Comme le soulignent notamment Georges et Murali (2005), le choix des cliniciens quant aux instruments d'évaluation à utiliser devrait se fonder sur les qualités psychométriques de ces instruments, sur la population à évaluer ainsi que sur les

buts de l'évaluation, soit le motif de consultation des joueurs, soit les buts de l'étude s'il s'agit d'un contexte de recherche.

Deux instruments feront l'objet d'une présentation plus systématique. L'*Entrevue diagnostique sur le jeu pathologique révisée* (Ladouceur, Dumont et coll., 2000) est déjà implantée et largement utilisée à la satisfaction des centres de réadaptation en dépendance du Québec. La batterie d'instruments GAIN (Global Appraisal of Individual Needs) (Dennis, 1999; Dennis, Titus, White, Unsicker et Hodgkins, 2003; Dennis, Titus, White et Unsicker, 2007) sera, au cours des prochaines années, sous la responsabilité de l'ACRDQ, traduite en français et déployée comme outil d'évaluation en dépendance dans l'ensemble des centres de réadaptation en dépendance au Québec. La description qui suit concerne la version complète du GAIN (GAIN-I).

Le lecteur désireux d'en connaître davantage sur les autres instruments d'évaluation mentionnés plus haut pourra consulter le chapitre de Stinchfield, Gavoni et Frisch (2007).

L'*Entrevue diagnostique sur le jeu pathologique révisée* (Ladouceur, Dumont et coll., 2000), telle que proposée dans le cadre du programme expérimental, se réfère aux critères diagnostiques du DSM-IV pour poser le diagnostic du jeu pathologique. Elle consiste en

une entrevue clinique semi-structurée permettant l'investigation de plusieurs sphères de la vie du joueur. Cette entrevue permet de comprendre le problème de jeu actuel du client de même que l'historique des difficultés et les conséquences multiples qui y sont liées. Par ailleurs, elle permet d'aborder les antécédents médicaux et psychiatriques du client de même que ses habitudes de consommation de substances et la présence d'idéations suicidaires actuelles ou passées. Bien qu'elle couvre plusieurs aspects intéressants sur le plan clinique, ses propriétés psychométriques sont inconnues.

Le GAIN (Dennis et coll., 2007), dans sa version complète (GAIN-I), couvre une grande partie des informations que Georges et Murali (2005) répertorient comme des éléments essentiels à recueillir au cours de l'évaluation des joueurs. Ainsi, toutes les informations relatives à l'histoire psychiatrique du patient (histoire de la plainte actuelle, problèmes psychiatriques passés, situation familiale et relationnelle, traitements antérieurs et histoire personnelle) sont couvertes par cet instrument. Le GAIN est aussi un outil avec lequel il est possible de recueillir des informations sur les attitudes du client face au traitement (raisons de consultation, motivation et attentes face aux traitements); informations également soulignées par Georges et Murali, comme étant cruciales au cours de l'évaluation. Le risque suicidaire, les troubles comorbides sur l'axe I (incluant

les troubles liés à l'utilisation de drogues et d'alcool) et sur l'axe II (troubles de la personnalité), et le fonctionnement mental du client sont également des éléments que couvre cet instrument. De façon générale, on peut constater que le GAIN est un outil complet qui aborde bon nombre de caractéristiques qui sont primordiales, selon Georges et Murali, pour l'évaluation détaillée des joueurs.

Toutefois, le GAIN ne permet pas de couvrir en détail les informations concernant les comportements de jeu du patient (initiation, progression, sévérité du problème actuel, types de jeux joués, facteurs de maintien, conséquences). En effet, les problèmes de jeu sont évalués à partir d'une échelle comprenant dix questions dichotomiques qui se réfèrent aux critères diagnostiques du DSM-IV. Ainsi, cette échelle permet indirectement et de façon très brève d'évaluer les conséquences du jeu, mais pas de façon plus détaillée qu'à l'aide des critères diagnostiques du DSM-IV. Deux échelles optionnelles de cet instrument permettent indirectement d'évaluer les conséquences financières du jeu: l'*échelle de problèmes financiers* et l'*échelle d'instabilité financière*. La première examine plusieurs types de difficultés liées à l'argent, telles que des problèmes de budgétisation, l'insuffisance du revenu ou les divers problèmes en rapport avec la loi pour non paiement de facture, par exemple, les emprunts divers contractés, la fréquentation

des services publics, etc. La seconde échelle s'intéresse aux difficultés financières éprouvées récemment, à leur durée et aux problèmes liés aux jeux de hasard et d'argent, s'il y a lieu. Cette échelle est composée de trois questions à réponse courte. Elle examine le nombre de jours au cours desquels des problèmes financiers se sont présentés. Elle s'intéresse également à la dernière fois (s'il y a lieu) et au nombre de jours où la personne a joué pour de l'argent, de la drogue, des faveurs sexuelles ou d'autre chose. Ainsi, les deux échelles optionnelles, bien qu'elles ne s'appliquent pas spécifiquement aux problèmes de jeu, permettent de collecter des informations qui revêtent une grande importance.

Outre ce que font ces deux instruments, voici d'autres aspects à considérer dans l'évaluation des joueurs. Afin de bien comprendre les dimensions entourant les comportements de jeu (intensité, fréquence, types de jeux joués, durée des séances de jeu et consommation de substances avant, pendant ou après la séance), une grille d'autonotation des comportements de jeu pourra être remplie en cours d'évaluation et tout au long du traitement (Ladouceur, Sylvain et coll., 2000). L'information ainsi recueillie permettra au clinicien et au joueur d'évaluer l'impact du traitement sur l'évolution des habitudes de jeu. Certains milieux cliniques ont développé leur propre grille, alors que d'autres utilisent le G-TLFB (Weinstock, Whelan et Meyers, 2004), instrument validé et

reconnu dans les milieux anglophones. Le G-TLFB n'est pas validé en français, mais il peut servir de guide quant aux informations à collecter au cours de l'autonotation des comportements de jeu.

Les raisons sous-tendant la consultation, la motivation à changer et les attentes face au traitement sont également essentielles pour faire une bonne évaluation du joueur (Georges et Murali, 2005). L'examen des raisons de consulter actuellement (c.-à-d. «pourquoi maintenant») peut être un bon indicateur pour le clinicien de la motivation du client à s'engager dans le traitement. Le client pourra, par le fait même, informer le clinicien de ses attentes à l'égard du traitement. Certains instruments validés sont disponibles pour évaluer la motivation au changement (p. ex. : *Readiness to change questionnaire* [RCQ], Rollnick, Heather, Gold et Hall, 1992), mais à ce stade-ci l'utilisation d'un instrument validé n'est peut-être pas indispensable. En effet, une entrevue clinique non structurée est un bon moyen de recueillir ces informations puisqu'elle permettra au joueur d'exprimer en ses propres mots ses motivations, mais aussi son ambivalence devant le changement de même que ses attentes face au traitement. Une autre façon d'évaluer la motivation au changement est l'utilisation d'une grille interrogeant les joueurs quant aux avantages et aux désavantages associés au fait de jouer et de ne pas jouer à des jeux de hasard et d'argent, telle qu'elle

est présentée dans le *Programme d'évaluation et de traitement des joueurs excessifs* (Ladouceur et coll., 2000). En plus de documenter l'ambivalence et la motivation des joueurs à changer leurs comportements de jeu, cet outil est à même d'amener une prise de conscience de cette ambivalence et peut donc solliciter la motivation des joueurs. Cet instrument n'a cependant pas fait l'objet d'une évaluation spécifique dans le cadre d'une intervention motivationnelle.

Comme le jeu pathologique est souvent associé à une fréquence plus grande de troubles d'abus/dépendance aux substances (alcool, drogues) (Black et Moyer, 1998 ; Ladd et Petry, 2003), de troubles de l'humeur (Ibanez et coll., 2001) et de troubles anxieux (Ibanez et coll., 2001), le clinicien doit aussi porter une attention particulière à la présence possible de ces troubles et d'autres problématiques psychiatriques (Georges et Murali, 2005).

Dans une perspective d'évaluation approfondie du problème de jeu, la consommation d'alcool et de substances avant, pendant et après les séances de jeu est une information précieuse à obtenir puisqu'elle est à même d'influencer les comportements de jeu. En effet, la consommation d'alcool avant une séance de jeu permet de réduire les inhibitions, ce qui peut amener le joueur à jouer plus d'argent et plus longtemps que prévu. Cette information peut facilement être intégrée à la grille d'autonotation des

comportements de jeu mentionnée précédemment. Outre les problèmes de consommation d'alcool et de drogues, la détection des autres troubles mentaux sur l'axe I est cruciale dans le cadre d'une évaluation de joueurs. En 2005, le Comité permanent sur les troubles concomitants de l'ACRDQ publiait un document intitulé *Trousse de dépistage d'un trouble mental chez la clientèle présentant un trouble lié à la consommation ou au jeu*. Ce document a d'ailleurs fait l'objet d'un travail de révision en 2008, ce qui en fait un document de référence très actuel. Il est élaboré en deux parties: la première partie comprend les mesures pouvant directement être mises en application et qui sont contenues sous la rubrique « Procédures et instruments de dépistage et d'évaluation »; la seconde partie cible les instruments de dépistage qui doivent être traduits, validés ou adaptés, et elle est intitulée « Instruments à ajuster pour le dépistage des troubles concomitants ». Nous invitons donc les cliniciens ou tout intervenant des centres de réadaptation ou des services de première ligne à consulter ce document pour la sélection d'instruments permettant le dépistage rapide des troubles de l'axe I comorbides au jeu pathologique.

Enfin, toujours dans le cadre d'une évaluation approfondie du jeu pathologique, Georges et Murali (2005), Steinberg (1993), l'équipe de Santé Canada (2002) ainsi que les signataires du « Banff, Alberta Consensus » en

matière de recherche sur le traitement du jeu pathologique (Walker et coll., 2006) rapportent qu'il peut être pertinent et souhaitable d'obtenir des informations additionnelles sur le comportement du joueur en provenance d'une tierce personne (amis, famille, conjoint). Pour ce faire, le consentement du joueur doit être préalablement obtenu. Le fait de faire participer les proches du joueur à son évaluation permet de les préparer à une implication éventuelle dans le processus thérapeutique. Recueillir la perspective des proches quant au problème de jeu du patient permet aussi au clinicien de préciser et d'élargir sa compréhension de la problématique (Steinberg, 1993). Si cela est possible, le clinicien est invité à procéder à l'observation des interactions familiales. Cette stratégie constitue un moyen efficace de collecter de précieuses informations quant à la dynamique familiale et aux déficits et aux forces interpersonnels du joueur. En sollicitant la participation de l'entourage du joueur, le clinicien pourra, de plus, être assuré de la collaboration de la famille au maintien du joueur dans le traitement, et un travail commun pourra être envisagé pour détecter les signes d'une rechute éventuelle (Steinberg, 1993). Par ailleurs, cela pourrait être un moment propice pour offrir des services aux proches.

Enfin, il est recommandé au clinicien d'utiliser différents questionnaires brefs autorapportés, élaborés afin

d'évaluer les construits entourant le jeu pathologique dont celui liés aux croyances, en complément à l'évaluation diagnostique (Georges et Murali, 2005). Ainsi, cela permet d'obtenir rapidement des informations concernant, par exemple, les attitudes, les croyances, les cognitions, les comportements liés au jeu, les situations à risque de jouer et le sentiment d'efficacité personnelle à contrôler les habitudes de jeu; différents instruments brefs peuvent être utilisés. Aucune direction n'est mentionnée dans la littérature actuellement disponible quant au nombre et à la nature des instruments autorapportés à utiliser. Une sélection parcimonieuse de ces instruments complémentaires à l'évaluation diagnostique est nécessaire afin de ne pas surcharger les clients d'un amalgame de questionnaires. Lorsqu'ils sont bien sélectionnés, ces instruments peuvent être réutilisés en cours de traitement de façon à évaluer les progrès du client. Les questionnaires autoadministrés peuvent être remplis à la maison par les clients, puis ramenés au clinicien à la rencontre d'évaluation suivante, ce qui permet de réduire considérablement le temps consacré à l'évaluation. Le clinicien devra simplement s'assurer au préalable que le client comprend bien les questionnaires de façon à les remplir adéquatement. Il existe plusieurs outils auto-administrés. Il y a ceux du *Programme d'évaluation et*

de traitement des joueurs excessifs (voir l'annexe 2) ainsi que plusieurs instruments¹ qui ne sont pas validés en français (voir la liste ci-dessous) :

- Kassinove's Gambling Attitudes Scale (GAS ; Kassinove, 1998) ;
- Gambling Attitudes and Belief Survey (GABS ; Breen et Zuckerman, 1999) ;
- Gambler's Belief Questionnaire (GBQ ; Steenbergh, Meyers, May et Whelan, 2002) ;
- Informational Biases Scale (IBS ; Jefferson et Nicki, 2003) ;
- Gambling Metacognition Questionnaire (GMCQ ; Millar, 2004) ;
- Gambling Self-Efficacy Questionnaire (GSEQ ; May, Whelan, Steenbergh et Meyers, 2003) ;
- Gambling Abstinence Self-Efficacy Scale (GASS ; Hodgins, Peden et Makarchuk, 2004) ;
- Gambling Refusal Self-Efficacy Questionnaire (GRSEQ ; Casey, Oei, Melville, Bourke, Newcombe, 2008) ;
- Inventory of Gambling Situations (IGS ; Wess et Petry, 2008) ;
- Gambling Motives Questionnaire (GMQ ; Stewart et Zack, 2008) ;
- Temptations for Gambling Questionnaire (TGQ ; Holub, Hodgins et Peden, 2005) ;
- Gambling Timeline Followback (G-TLFB ; Hodgins et Makarchuk, 2003).

En résumé, pour obtenir une évaluation complète du joueur, le clinicien devrait :

- effectuer une entrevue semi-structurée complète en face-à-face ;

- fonder son jugement clinique sur les critères diagnostiques du jeu pathologique, tels que décrits dans le DSM-IV ;
- documenter l'histoire de jeu, les problèmes de jeu actuels et les conséquences (physiques, monétaires, occupationnelles, relationnelles et judiciaires) qui y sont liées ;
- examiner le risque suicidaire et procéder au dépistage des troubles psychiatriques comorbides, incluant la consommation de substances ;
- explorer les différentes sphères de vie du client, de façon à comprendre les difficultés qui y sont vécues et à les mettre en relation avec le problème de jeu actuel ;
- évaluer la motivation du client au changement, ses attentes face au processus thérapeutique ainsi que ses expériences de thérapie passées ;
- utiliser une grille d'autonotation des comportements de jeu remplie par le joueur sur une base quotidienne de façon à bien documenter les comportements de jeu actuels et à en suivre l'évolution tout au long du traitement ;
- effectuer un choix judicieux de questionnaires auto-administrés qui permettront d'évaluer les erreurs de pensées liées au jeu, les situations à risque et le sentiment d'efficacité personnelle à modifier les habitudes de jeu ou à résister aux situations à risque. Ces instruments

pourront être réutilisés en cours de traitement dans le but d'évaluer les progrès réalisés et leur maintien ;

- enfin, si cela est possible et pertinent, solliciter la participation des proches en cours d'évaluation en obtenant au préalable le consentement du joueur.

► **Traitement**

• **Approches pharmacologiques**

Au cours des dernières années, les études cliniques se sont multipliées afin d'évaluer l'apport de divers agents pharmacologiques dans le traitement des joueurs pathologiques. À ce jour, il n'existe pas de traitement pharmacologique reconnu officiellement comme efficace pour le jeu pathologique, et aucune médication n'a été approuvée par la U.S. Food and Drug Administration pour le traitement de ce trouble (Dell'Osso, Allen et Hollander, 2005). Les données cliniques récentes montrent néanmoins que le jeu pathologique pourrait répondre à un éventail d'agents pharmacologiques (Blanco, Petrova, Ibanez et Sáiz-Ruiz, 2002 ; Black, 2004 ; Black, Shaw, Forbush et Allen, 2007 ; Crockford et el-Guebaly, 1998 ; Dannon, Lowengrub, Gonopolski, Musin et Kotler, 2005 ; Dannon, Lowengrub, Musin, Gonopolski et Kotler, 2005 ; Grant et Potenza, 2006 ; Grant, Potenza, Hollander et coll., 2006 ; Hollander et coll., 1998 ; Hollander, Pallanti, Allen, Sood et Baldini Rossi, 2005 ; Hollander et coll., 2000 ; Kim et Grant, 2001 ; Kim et coll., 2002 ; Kim, Grant, Adson et

1. L'utilisateur de ces instruments aura le devoir de vérifier s'ils sont libres de droits ou non.

Shin, 2001; Pallanti, Quercioli, Sood et Hollander, 2002; Zimmerman, Breen et Posternak, 2002). Les principales approches pharmacologiques utilisées dans le traitement des joueurs pathologiques sont les antidépresseurs (principalement les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine et le bupropion), les antagonistes opioïdes (naltrexone et nalmefene) et les stabilisateurs de l'humeur (lithium).

Pallesen et ses collaborateurs, (2007) ont réalisé une méta-analyse regroupant les études menées sur les interventions pharmacologiques pour le jeu pathologique. Selon les résultats de la méta-analyse, les traitements pharmacologiques du jeu pathologique seraient en général associés à des résultats favorables. En fait, les interventions pharmacologiques auraient une plus grande efficacité à réduire le jeu pathologique que l'absence de traitement ou qu'un placebo. En ce qui concerne l'efficacité spécifique des divers agents pharmacologiques, la méta-analyse n'a décelé aucune différence significative entre les trois classes majeures de médicaments (antidépresseurs, antagonistes opioïdes et stabilisateurs d'humeur) en ce qui a trait à la réponse thérapeutique démontrée. Les trois classes de médicaments semblent donc démontrer une performance comparable.

De nouveaux agents pharmacologiques sont présentement à l'étude pour le traitement du jeu pathologique: le topiramate

(un anticonvulsivant; Dannon, Lowengrub, Gonopolski et coll., 2005), la n-acétyl cystéine (un agent modulateur du glutamate; Grant, Kim et Odlaug, 2007) et l'olanzapine (Fong, Kalechstein, Bernhard, Rosenthal et Rugle, 2008; McElroy, Nelson, Welge, Kaehler et Keck, 2008).

Une critique générale des études de traitement pharmacologique est la sélection d'une clientèle «pure» de joueurs pathologiques sans comorbidité (Dell'Osso et coll., 2005; Pallesen et coll., 2007). Cette procédure pourrait mener à des traitements qui seraient efficaces seulement pour un petit groupe atypique de joueurs pathologiques.

• **Approches psychosociales**

Malgré l'existence, depuis plusieurs années, de traitements pour le jeu pathologique, il demeure actuellement un surprenant manque de connaissance robuste sur ce qui constitue un traitement efficace pour le jeu pathologique (Toneatto et Ladouceur, 2003). En effet, les recherches d'efficacité de traitement pour le jeu pathologique sont limitées (Hodgins, Currie et El-Guebaly, 2001). La plupart des recherches portant sur le traitement des joueurs pathologiques se caractérisent par de nombreuses failles méthodologiques, dont l'utilisation de petits échantillons, l'absence de groupes témoins ou d'assignation aléatoire dans les groupes et l'utilisation importante d'études de cas. Idéalement, toute conclusion sur l'efficacité d'un traitement spécifique devrait s'appuyer sur des études

expérimentales solides (hasardisées et contrôlées) et satisfaire aux critères établis pour les traitements validés empiriquement (voir Chambless et Hollon, 1998), et plus particulièrement aux critères définis par le groupe de travail portant sur l'évaluation de l'efficacité des traitements sur le jeu du «Banff, Alberta Consensus» (voir l'article de Walker et coll., 2006). Actuellement, de telles études n'existent pas en quantité suffisante dans le domaine du jeu pathologique, mais les études les plus récentes apportent des indications intéressantes qui se basent sur des résultats d'études contrôlées et hasardisées.

La méta-analyse réalisée par Pallesen et ses collaborateurs (2005) a étudié l'efficacité de certaines approches thérapeutiques privilégiées pour le jeu pathologique, dont les traitements cognitifs et comportementaux, l'approche des Gamblers Anonymes (GA), l'entrevue motivationnelle et les thérapies éclectiques (jumelage de plusieurs interventions provenant de différentes approches). L'intérêt de cette méta-analyse est de vérifier si les résultats thérapeutiques des traitements psychologiques pour le jeu pathologique diffèrent des résultats obtenus auprès de groupes témoins (qui ne reçoivent pas le traitement) ou si les résultats du groupe expérimental aux évaluations post-traitement ou de suivi diffèrent des résultats obtenus aux évaluations prétraitements. Les 22 études qui ont été sélectionnées pour faire partie

de cette méta-analyse comprenaient un grand total de 1 434 participants. L'échantillon complet se compose de 71,5 % d'hommes, et la moyenne d'âge des participants était de 40,1 ans (Pallesen et coll., 2005). Les conclusions de cette méta-analyse démontrent qu'une intervention psychologique amène de meilleurs résultats thérapeutiques chez les joueurs pathologiques qu'une absence de traitement (groupe témoin), que ce soit pour les évaluations post-traitement ou pour les évaluations de suivi (moyenne totale de 17 mois post-traitement).

Les résultats de cette méta-analyse démontrent également que la taille d'effet² de l'intervention au post-traitement est influencée par diverses variables médiatrices, notamment le diagnostic, le type d'essai (*trials*), le protocole de recherche utilisé ainsi que le nombre de sessions de thérapie. Dans l'ensemble, les tailles d'effet des interventions sont plus grandes lorsqu'aucun diagnostic formel de jeu pathologique n'est fait. Cela pourrait être interprété de cette façon : les joueurs qui ont une problématique de jeu plus sévère sont plus difficiles à traiter que les joueurs ayant une problématique moins sévère (Pallesen et coll., 2005). Ainsi, les joueurs moins problématiques au prétraitement obtiennent de meilleurs résultats au post-traitement. Les études de traitement hasardisées sont associées à de meilleurs résultats thérapeutiques que les études

dans lesquelles un autre protocole a été utilisé. Par ailleurs, le nombre de sessions de thérapie est positivement associé à la taille d'effet; ainsi, la magnitude du changement est plus importante à la suite d'un plus grand nombre de sessions de thérapie.

Par ailleurs, les études de traitement publiées à ce jour qui indiquent des gains thérapeutiques à court, moyen et long terme proviennent majoritairement d'études utilisant des approches cognitive, comportementale ou cognitivo-comportementale (Pallesen et coll., 2005). De fait, Toneatto et Ladouceur (2003), dans leur recension de la littérature sur le traitement des joueurs pathologiques, concluaient également que les études cognitives comportementales avaient reçu le meilleur appui empirique à ce jour. Bien que ces approches cliniques ne se posent pas nécessairement comme le « Gold Standard », elles représentent néanmoins les approches pour lesquelles il y a le plus de soutien empirique.

Les autres approches utilisées pour le traitement des joueurs pathologiques décrites dans la littérature scientifique sont celles de nature psychodynamique, multimodale/éclectique ainsi que le programme des 12 étapes des *Gamblers Anonymes* (Pallesen et coll., 2005). Ces différentes approches bénéficient cependant de peu d'appuis empiriques; en effet, les études d'efficacité de traitement sont

rarissimes et elles datent souvent de plusieurs années, principalement pour l'approche psychodynamique.

Par ailleurs, on constate une faible conceptualisation de ce que devrait comprendre un traitement pour les joueurs pathologiques basé sur l'approche psychanalytique, et peu de chercheurs se sont intéressés à appliquer les fondements de l'approche psychanalytique dans le traitement des joueurs pathologiques. Dans leur revue de littérature sur les traitements pour le jeu pathologique, Lopez-Viets et Miller (1997) ainsi que Petry et Armentano (1999) citent quelques auteurs qui ont travaillé avec la thérapie psychodynamique pour les joueurs pathologiques. Les travaux portant sur l'efficacité de la thérapie psychodynamique appliquée à une population de joueurs pathologiques sont faits principalement à partir d'études qui ne contiennent pas d'évaluation rigoureuse en post-traitement et pour lesquelles aucune évaluation de suivi n'est faite (Lopez Viet et Miller, 1997). De plus, aucune étude contrôlée n'a été faite concernant l'efficacité de ce type de thérapies (Lopez-Viets et Miller, 1997).

Depuis quelques années, les chercheurs portent un intérêt croissant à l'approche motivationnelle pour le traitement des joueurs pathologiques, mais, jusqu'à maintenant, un nombre limité

2. La taille d'effet est une mesure de la force de la relation entre deux variables.

d'études ont été réalisées sur l'efficacité de l'entrevue motivationnelle appliquée auprès d'une population de joueurs problématiques, c'est-à-dire des joueurs à risque et pathologiques (Hodgins, Currie, el-Guebay et Peden, 2004).

La thérapie cognitive et comportementale (TCC) est l'approche thérapeutique qui a fait l'objet du plus grand nombre d'études d'efficacité de traitement avec les méthodologies les plus solides. Par conséquent, la TCC, a des preuves plus robustes quant à son efficacité pour le traitement du jeu pathologique (Echeburua, Baez et Fernandez-Montalvo, 1996 ; Sylvain, Ladouceur et Boisvert, 1997). La seule ombre au tableau, comme pour les types de traitements en dépendance, concerne les taux élevés d'abandon durant le traitement et d'attrition au cours de la période de suivi post-traitement. Selon Echeburua, Baez et Fernandez-Montalvo (1994), l'abandon de traitement est plus susceptible de se produire au cours des deux premières rencontres de thérapie, et l'attrition, au cours de la période de suivi post-traitement, est souvent un signe de rechute de la part de ces participants.

Les taux élevés d'abandon de traitement et d'attrition sont un bon indicateur de l'ambivalence des joueurs quant à la modification de leurs comportements de jeu (Wulfert, Blanchard, Freidenberg et Martell, 2006). Ainsi, dans un but interventionniste, cette ambivalence

devant le changement doit être résolue pour favoriser l'engagement des clients dans le traitement avant l'application des techniques cognitives et comportementales ayant pour but de modifier les croyances et les comportements liés au jeu. C'est à cet égard que l'approche motivationnelle constitue une approche de choix avant l'introduction d'une TCC.

Les techniques motivationnelles pourraient aider les clients à résoudre leur ambivalence quant au traitement, et ensuite les techniques cognitives et comportementales seraient à même de leur fournir les outils nécessaires pour composer avec leur jeu pathologique. C'est en ce sens que Wulfert et ses collaborateurs (2006) ont créé une intervention combinant l'entretien motivationnel, tel qu'exposé par Miller et Rollnick (2006), avec des interventions cognitives et comportementales inspirées de l'étude faite précédemment par Sylvain et ses collaborateurs (1997). En plus de bénéficier des bienfaits du traitement, les 9 joueurs du groupe expérimental ont complété l'intégralité du traitement, alors que seulement 8 des 12 joueurs du groupe de comparaison l'ont complété (Wulfert et coll., 2006). Cette étude semble soutenir l'utilité de combiner ces deux interventions pour augmenter la motivation au changement des clients.

• Finalité du traitement

Présentement, il existe un grand questionnement quant à la finalité du traitement.

L'abstinence est-elle la seule finalité? Le jeu contrôlé représente-il une alternative viable? Une fois de plus, peu de documents scientifiques nous permettent de statuer clairement sur cette question. Cependant, les premières données permettent de constater que les traitements pour le jeu pathologique basés sur un but unique d'abstinence peuvent amener une rémission chez certains joueurs, tandis que d'autres ne peuvent résister à la tentation et retournent au jeu. Ces rechutes à répétition amènent certains auteurs à croire que le but unique de l'abstinence est, pour bien des joueurs, irréaliste (Ladouceur, 2005 ; Ladouceur et coll., 2009 ; Robson et coll., 2002). À cet effet, certains auteurs mentionnent que les traitements dont la condition d'admission est l'abstinence peuvent décourager les joueurs problématiques à faire une demande d'aide (McGurrin, 1992 ; Walker, 1992). Malgré cela, l'abstinence demeure le but premier de la majorité des interventions thérapeutiques pour le jeu ; cela provient, entre autres choses, de l'influence du mouvement des GA dont la philosophie soutient ce principe (Ladouceur, 2005). Deux études de cas publiées au début des années 1980 ont permis d'observer que, pour certains joueurs problématiques (à risque et pathologiques), regagner du contrôle sur leurs habitudes de jeu était un objectif possible et réalisable (Dickerson et Weeks, 1979 ; Rankin, 1982). Deux autres études de cas, visant un objectif de jeu contrôlé et utilisant l'approche cognitive et

comportementale, publiées au début des années 1990, ont également démontré un succès thérapeutique en matière d'apprentissage de contrôle des habitudes de jeu (Sharpe et Tarrier, 1992 ; Toneatto et Sobell, 1990). En fonction de ces différentes initiatives, un objectif de jeu contrôlé pourrait s'avérer une avenue de traitement à explorer plus à fond.

À cet effet, Ladouceur (2005) soutient que la réussite d'un objectif de jeu contrôlé dans les premières phases de traitement est à même de conduire à une augmentation du sentiment d'efficacité personnelle du joueur, ce qui pourrait augmenter la probabilité que le joueur accepte ultérieurement l'abstinence comme objectif de traitement. La viabilité du contrôle comme objectif de traitement a d'ailleurs fait l'objet d'une évaluation dans le cadre d'un essai clinique par l'équipe du professeur Ladouceur (Ladouceur et coll., 2009). L'objectif de jeu contrôlé s'est avéré plus attractif que l'abstinence pour les joueurs participant à cette étude, car la totalité d'entre eux souhaitaient continuer à jouer à des degrés divers. Cependant, des joueurs qui ont complété le traitement, 66 % sont passés au moins une fois d'un objectif de jeu contrôlé à un objectif d'abstinence pendant l'étude. Néanmoins, des participants qui ont complété le traitement, 92 % n'atteignent plus le seuil du jeu pathologique à la fin du traitement.

Bien qu'elle représente une nouvelle voie de traitement pour les joueurs pathologiques, la notion de jeu contrôlé est encore vague et nécessite des éclaircissements autant théoriques qu'empiriques (Ladouceur, 2005).

• Modalités d'intervention

Bon nombre d'études se sont intéressées à l'efficacité du traitement en individuel pour le trouble du jeu pathologique (voir la méta-analyse de Pallesen et coll., 2005). La question demeure quant à l'efficacité des autres modalités d'intervention. La modalité de traitement en groupe est certainement celle qui a bénéficié du plus grand nombre d'études scientifiques après la modalité de traitement en individuel (p. ex. : Jimenez-Murcia et ses collaborateurs, 2007 ; Ladouceur, Sylvain, Boutin, Lachance, Doucet et Leblond, 2003 ; Dowling, Smith et Thomas, 2007). En dépit du fait que les résultats semblent souvent prometteurs, il est actuellement prématuré de statuer sur l'efficacité ou les avantages de cette modalité de traitement. Le constat est sensiblement le même pour les autres modalités de traitement les plus courantes, car la quantité de travaux s'y intéressant est largement insuffisante, que ce soit pour les traitements de couple (voir la recension de Bertrand, Dufour, Wright et Lasnier, 2008) ou l'intervention en interne ou en externe (Ladouceur et coll., 2006).

La technologie offre également des possibilités nouvelles d'intervention qui peuvent

pallier les problèmes de ressources dans certaines régions. À cet égard, les modalités de traitement semblent s'accroître rapidement au gré des nouvelles technologies ; il suffit de penser à des interventions réalisées auprès des joueurs en utilisant l'envoi de matériel par courrier électronique et un minimum de contacts téléphoniques (Carlbring et Smith, 2008), à l'utilisation de la vidéoconférence (Oakes, Battersby, Pols et Cromarty, 2008) et au téléconseil tel que réalisé de manière expérimentale par la ligne Jeu : aide et référence (Centre de référence du Grand Montréal, 2008). Bien que ces différentes modalités de traitement puissent favoriser l'offre de service envers les joueurs, le nombre limité d'études, voire l'unicité des évaluations pour certaines des modalités, limite grandement les conclusions qu'il est possible de tirer. Loin de voir se limiter les modalités de traitement en matière de jeu pathologique, les avancées technologiques permettent même d'envisager l'utilisation de la réalité virtuelle pour intervenir auprès des joueurs pathologiques, comme le développent actuellement le professeur Bouchard et son équipe à l'Université du Québec en Outaouais.

Un nombre important de joueurs à risque et pathologiques ne souhaitent pas de traitement ou ne consultent pas pour leur problème de jeu (Hodgins et el-Guebaly, 2000 ; Hodgins, Wynne et Makarchuk, 1999), et une majorité (entre 51 et 57 %) souhaiterait une intervention ne

nécessitant aucun contact direct avec un centre de traitement (Cuningham, Hodgins et Toneatto, 2008). Pour certains de ces joueurs, les manuels d'autotraitement et les interventions brèves ont un aspect attrayant et peuvent représenter une alternative efficace et non menaçante (Hodgins, 2005). Les manuels d'autotraitement présentent également d'autres avantages : ils peuvent facilement être fournis aux joueurs habitant dans des régions éloignées, ils sont peu coûteux à l'usage et facilement transférables aux joueurs (Hodgins, 2005). Comme le rapportent Raylu, Oei et Loo (2008), en dépit du nombre limité d'études portant sur les approches d'autochangement (Hodgins et coll., 2001; 2004), elles donnent certains appuis que les manuels d'autochangement (notamment ceux impliquant un contact minimal avec un clinicien) peuvent être une méthode de traitement efficace pour les joueurs à problèmes.

Pour sa part, la participation aux GA constitue de loin la forme de soutien et d'entraide la plus utilisée pour le traitement du jeu pathologique aux États-Unis (Ledgerwood et Petry, 2005; Petry et Armentano, 1999). Il est néanmoins difficile d'étudier l'efficacité des GA puisqu'il s'agit d'une approche d'autochangement et qu'il n'existe pas de directives formelles concernant le nombre de rencontres auxquelles les joueurs doivent assister et la durée de leur implication (Ledgerwood et Petry, 2005; Stewart et Brown, 1988).

Le cadre d'application des GA peut difficilement s'harmoniser avec les exigences que comportent les études d'efficacité de traitement (Stewart et Brown, 1988). À ce titre, il n'est pas étonnant de constater que très peu d'études ont été menées sur l'efficacité de la participation aux GA et les données disponibles suggèrent que la participation aux GA ne serait pas vraiment efficace pour le traitement du jeu pathologique (Georges et Murali, 2005). Par contre, une thérapie donnée par un professionnel en combinaison avec la participation aux GA pourraient améliorer les résultats thérapeutiques, comparativement à la seule participation aux GA (Petry et Armentano, 1999). Bien que les résultats obtenus par Petry (2003) démontrent l'utilité de l'appartenance aux GA lorsqu'elle est combinée à un traitement psychologique donné par un professionnel, aucune étude contrôlée n'a, à ce jour, analysé l'efficacité des GA comme traitement unique (Ledgerwood et Petry, 2005).

• **Durée et intensité**

Le sens commun voudrait qu'un plus grand nombre de rencontres de traitement ait un impact plus grand sur la réduction du comportement de jeu (Crisp, Jackson et coll., 2001; Walker, 2005). Toutefois, au-delà d'un certain nombre de rencontres, il est improbable d'espérer des gains thérapeutiques supplémentaires. En effet, selon la loi des rendements décroissants, au-delà d'un certain seuil critique, des séances additionnelles s'avèreraient inefficaces

(McMillan, Bellringer, Tse, Brown, Rossen et Adams, 2004). Walker (2005) illustre bien cette situation. À titre d'exemple, si tous les clients cessent de jouer aux jeux de hasard et d'argent après trente rencontres de traitement, des sessions supplémentaires ne pourraient amener d'avantage de gains sur ce comportement spécifique. En terme de rapport coût/efficacité d'un traitement, il existe une limite maximale à respecter (Crisp, Jackson et coll., 2001; Walker, 2005), mais cette limite n'est pas connue dans le domaine du jeu (voir Ryder, Jeffcote, Walker et Fowler, 1999; cité dans Crisp, Jackson et coll., 2001). À ce titre, il est intéressant de relever que des 22 études de traitement retenues pour la méta-analyse de Pallesen et ses collaborateurs (2005), le nombre de rencontres de traitement varie de 0 (autotraitement) à 31, et seulement 6 parmi elles comptent une moyenne de 9 sessions ou moins.

Certains résultats tendent à soutenir l'hypothèse du sens commun selon laquelle un plus grand nombre de rencontres aiderait au traitement des joueurs pathologiques, dont ceux de la méta-analyse de Pallesen et ses collaborateurs (2005) pour qui le nombre de rencontres serait positivement lié à l'effet du traitement. Ils prennent cependant soin de préciser que leur méta-analyse ne permet pas de déceler les principaux facteurs liés à l'efficacité du traitement. En contrepartie, certaines recherches obtiennent également un bon

taux d'efficacité avec des interventions brèves, des manuels d'autotraitement et des conseils brefs donnés par un professionnel (Hodgins, 2005 ; Petry, 2002). Comme le souligne Walker (2005), l'efficacité de ces interventions demeure à ce jour difficilement interprétable. Il n'est pas impossible que plusieurs de ces joueurs aient déjà pris la décision d'arrêter de jouer au moment de consulter. Ce qui les rendrait ainsi très motivés à se conformer à un traitement, et les taux de réussite de traitement pourraient davantage s'expliquer par une forme de guérison spontanée bénéficiant des techniques thérapeutiques qui renforcent la motivation de réduire ou d'arrêter le jeu.

Bien qu'il s'avère actuellement difficile d'évaluer la durée optimale d'un traitement pour le jeu pathologique, il semblerait raisonnable d'adapter la durée d'un traitement aux besoins spécifiques des joueurs, plutôt que d'essayer de trouver la durée idéale d'un traitement pour tous les joueurs (Ryder, Jeffcote, Walker et Fowler, 1999) ou, à tout le moins, les programmes de traitement travaillant sur du « long terme » devraient être ouverts à la possibilité que certains joueurs puissent faire des progrès marqués en beaucoup moins de rencontres que le nombre de rencontres standards (voir Crips et coll., 2001).

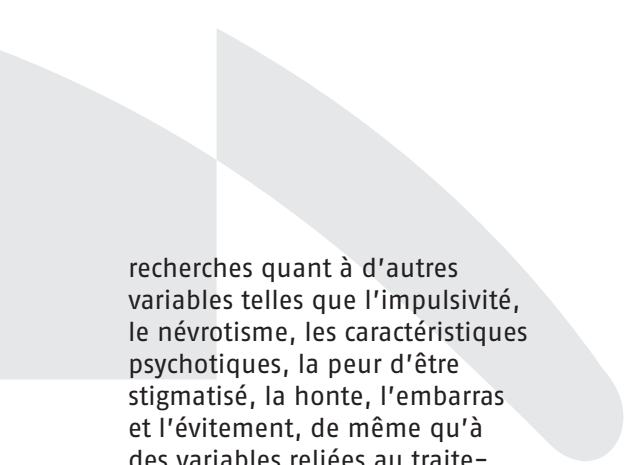
• Abandon du traitement

Chez les joueurs pathologiques en traitement, il est fréquent de remettre à répétition les

rendez-vous, de les annuler, de ne pas se présenter aux séances ou encore d'abandonner le traitement (Toneatto, 2005). En effet, les taux d'abandon de traitement pour le jeu pathologique varieraient entre 14 % et 50 % selon une revue de la littérature sur le sujet publiée en 2007 (Melville, Casey et Kavanagh, 2007). De plus, le taux d'abandon serait plus élevé chez les usagers qui reçoivent des services en externe plutôt que ceux qui reçoivent des services avec hébergement (Allard et Papineau, 2006 ; Ladouceur et coll., 2006). Pour la grande majorité des études (10 sur 12), le traitement psychologique offert aux joueurs était de type cognitif-comportemental. L'inconsistance dans l'opérationnalisation du concept d'abandon du traitement et le manque de modèles d'abandon cohérents et propres au jeu sont des lacunes importantes de ce champ d'études (Melville et coll., 2007). En effet, certains chercheurs définissent l'abandon comme l'interruption du traitement par le client, sans que celui-ci n'en discute avec son thérapeute (Sylvain et coll., 1997), alors que d'autres le définissent davantage par le nombre précis de séances auxquelles le client devrait assister pour compléter le traitement (Milton, Crino, Hunt et Prosser, 2002 ; Robson et Edwards, 2003 ; Robson et coll., 2002). Il semble également y avoir une tendance chez les joueurs pathologiques à abandonner avant même que le traitement ne soit commencé (Robson et coll., 2002 ; Sylvain et coll., 1997). Ces différentes définitions de l'abandon rendent

les études peu comparables entre elles (Ladouceur, Gosselin, Laberge et Blaszczynski, 2001). Un nombre limité d'études documentent les variables qui permettent de prédire l'abandon du traitement pour le jeu, et les résultats sont souvent contradictoires entre elles. Allard et Papineau (2006) émettent certaines hypothèses liées à l'abandon de traitement, entre autres, la nature même du programme, son application, l'horaire ou le thérapeute. Selon Leblond, Ladouceur et Blaszczynski (2003), l'impulsivité contribuerait aussi à l'abandon tout comme la présence d'un trouble de la personnalité de type antisocial, état limite ou narcissique (Pelletier, Ladouceur et Rhéaume, 2008).

La recherche sur les abandons en matière de jeu pathologique est pratiquement inexistante, ce qui souligne la grande nécessité de poursuivre les travaux sur cet aspect important de la problématique (Allard et Papineau, 2006 ; Ladouceur et coll., 2006 ; Melville et coll., 2007). Ainsi, de futures recherches devraient, selon Melville et ses collaborateurs (2007) étudier des variables telles que la présence d'événements stressants et les styles d'adaptation à ceux-ci, l'importance du réseau social, les croyances liées au jeu, la tendance à vouloir se refaire, les envies irrépessibles d'aller jouer, l'efficacité personnelle à contrôler son jeu ou à arrêter de jouer, et la motivation à changer en rapport avec l'abandon. Ils suggèrent également la poursuite des



recherches quant à d'autres variables telles que l'impulsivité, le névrotisme, les caractéristiques psychotiques, la peur d'être stigmatisé, la honte, l'embarras et l'évitement, de même qu'à des variables reliées au traitement telles que l'amélioration initiale, les attentes quant au traitement et à l'alliance thérapeutique (Melville et coll., 2007).

Afin de réduire le fort taux d'abandon de traitement des joueurs, certaines techniques peuvent être utilisées. En effet, des techniques visant à accroître et à maintenir l'implication et la motivation des joueurs dans le cadre d'un traitement de type cognitif-comportemental des joueurs semblent prometteuses (Milton et coll., 2002; Wulfert et coll., 2006). Toutefois, d'autres études doivent être faites sur ce type d'intervention pour confirmer leur efficacité.

PROGRAMME D'ÉVALUATION ET DE TRAITEMENT DES JOUEURS EXCESSIFS

PROGRAMME INITIAL

• Résumé

Dans le *Programme d'évaluation et de traitement des joueurs excessifs* initial, la dimension cognitive constitue l'élément central. Selon cette perspective, les idées fausses ou erronées entretenues par le joueur le poussent à retourner au jeu. Le but du traitement consiste à aider le joueur à développer une perception plus réaliste du jeu, de manière à ce qu'il puisse résister davantage à son désir de jouer et qu'il comprenne pourquoi il réussit à y résister. Pour y parvenir, les séances de jeu font l'objet d'analyse afin de faire ressortir les pensées erronées du joueur. Une fois ces pensées décelées, le clinicien tente de semer le doute chez le joueur par rapport à la véracité de celles-ci en lui fournissant de l'information concrète sur les jeux de hasard et d'argent et en distinguant ceux-ci des jeux d'adresse. À l'aide d'exercices favorisant la prise de conscience de son comportement, le clinicien poursuit le travail de modification des pensées erronées. Des interventions comportementales peuvent aussi être nécessaires. Elles sont utilisées plus particulièrement pour aider le joueur à faire face à des situations ou à des problèmes spécifiques qui nuisent à la modification de ses pensées erronées liées au jeu. Comme la

rechute fait partie du processus normal de cessation du jeu, les différentes situations pouvant placer le client à risque d'en faire une sont explorées, de même que les moyens de l'éviter. La thérapie se termine lorsque le joueur maîtrise la technique de modification de ses pensées et qu'il est conscient des risques de rechute. Il est recommandé de suivre le client sur une période d'au moins un an après la fin du traitement afin de faciliter le maintien des acquis et d'évaluer les impacts de la modification de ses habitudes de jeu sur les différentes sphères de sa vie.

• Description

Le programme se divise en sept étapes: l'accueil du client, l'évaluation initiale, la dimension cognitive, la prévention de la rechute, la dimension comportementale, l'évaluation post-traitement et les rencontres de suivi après 3 mois, 6 mois et 12 mois.

1. Accueil du client

Les appels des joueurs qui souhaitent entamer une thérapie devraient être retournés en moins de 24 heures, et le premier rendez-vous, fixé à l'intérieur des 7 jours suivant l'appel initial. Lorsque cela est impossible, un groupe d'accueil regroupant tous les nouveaux clients pourrait être constitué de manière à accélérer le début de leur démarche.

2. Évaluation initiale (les deux premières rencontres)

Selon la préférence, le clinicien remet le manuel d'évaluation initiale au client à la première rencontre ou encore le lui fait parvenir par le poste avant celle-ci afin que les questionnaires soient remplis à l'avance. Le manuel comprend plusieurs questionnaires: le «Questionnaire sociodémographique», le «South Oaks Gambling Screen (SOGS)», la «Liste des occasions de jouer» et le «Questionnaire d'Eysenck et Eysenck» sur l'impulsivité. L'intervenant doit annexer à ce manuel «l'inventaire d'anxiété de Beck» ainsi que «l'inventaire de dépression de Beck».

L'évaluation initiale se déroule pendant les deux premières rencontres. Outre l'établissement du premier contact avec le client, elle a pour but de créer une atmosphère propice au développement de l'alliance thérapeutique. Elle vise également l'écoute, la compréhension du client et l'administration de questionnaires de manière à pouvoir dresser le portrait le plus juste de la situation vécue par celui-ci. Lorsque le client présente une ou plusieurs autres problématiques concomitantes, le clinicien devrait déterminer un ordre de priorité de traitement et le diriger vers d'autres ressources en cas de besoin. L'évaluation initiale comporte une batterie

d'outils d'évaluation dont l'«Entrevue diagnostique sur le jeu pathologique – révisée», les «Questions liées au jeu», la «Perception d'efficacité personnelle devant les principales situations à risque» et l'exercice sur la motivation «Avantages et désavantages» (pour préciser la motivation du joueur à s'investir dans le traitement). En plus de ces questionnaires, l'intervenant explique au client comment remplir la feuille d'autonotation de ses habitudes de jeu quotidiennes et lui en remet quelques copies. Il doit également recueillir le manuel d'évaluation initiale rempli au préalable par le joueur et s'assurer qu'il a répondu à toutes les questions.

3. Dimension cognitive

Cette partie du traitement est elle-même subdivisée en quatre étapes. Un manuel pour le client et un autre pour le clinicien accompagnent chacune de ces étapes. Au début de chaque séance, le clinicien regarde le formulaire d'autonotation ainsi que les exercices effectués au cours de la semaine par le client. Le clinicien fait aussi un retour sur les éléments vus dans les rencontres précédentes et en apporte de nouveaux. Le tout est suivi d'une discussion avec le client sur la manière d'intégrer et de mettre en œuvre tous les éléments vus. Le clinicien termine la rencontre en suggérant à son client des exercices à faire pour la prochaine séance.

• Dimension cognitive, étape 1 : Analyse de la séance de jeu (une rencontre)

Les objectifs de cette première étape sont de déterminer le style

du joueur, de connaître ce qui déclenche son envie de jouer et de comprendre pourquoi il joue et ce qui l'empêche d'arrêter. L'analyse de la séance de jeu comprend les éléments qui sont liés de près ou de loin à la séance de jeu, qui se sont passés avant et après cette séance, ainsi que les pensées et émotions du client dans ces moments. La collecte de ces informations permettra au clinicien d'établir une intervention adaptée au client. La méthode de la pensée à voix haute est utilisée pour permettre de recueillir le plus d'informations possible.

• Dimension cognitive, étape 2 : Définition du hasard + Situations à risque : préparation au travail cognitif (deux rencontres)

Cette deuxième étape se déroule sur deux rencontres. Elle comporte plusieurs objectifs dont la clarification de la définition du hasard et la distinction entre les jeux de hasard et les jeux d'adresse. Elle vise également à apprendre au joueur à reconnaître les pensées qui se cachent derrière son choix de jouer lorsqu'il se trouve dans des situations à risque. Finalement, cette étape a aussi pour but de permettre au joueur de prendre connaissance de la chaîne des comportements excessifs (pensées liées au jeu exposition mise gains/pertes envie de se refaire arrêt du jeu pour une période de temps donnée) liée au jeu et à la perte de maîtrise de soi au jeu.

• Dimension cognitive, étape 3 : Les erreurs de pensée (deux rencontres)

Dans l'optique de la thérapie cognitive comportementale, les idées fausses ou les erreurs de pensées des joueurs sont considérées comme les responsables du retour ou de la perte de maîtrise de soi au jeu. C'est pourquoi, à cette étape, le clinicien donne de l'information au joueur sur les différents pièges des jeux de hasard et d'argent de manière à ce qu'il puisse reconnaître ses erreurs de pensées. Le but est donc de semer le doute chez le joueur par rapport à ses croyances liées au jeu. Pour atteindre ce but, le clinicien lit un texte sur les pièges de certains jeux et en discute avec le joueur en tentant de les mettre en relation avec les pensées du joueur lorsqu'il joue. Les erreurs de pensées explorées concernent l'espérance de gain négative, l'indépendance des tours, l'illusion de contrôle et l'espoir de se refaire. Pour chacune de ces erreurs de pensées, des exemples concrets avec différents types de jeu sont donnés. Le manuel du client aborde aussi quelques exemples de situations de pensées et de situations à risque pour le joueur.

• Dimension cognitive, étape 4 : Les exercices «À moi de jouer» (trois à cinq rencontres)

Par l'utilisation des exercices «À moi de jouer», le clinicien vise à aider le joueur à remettre en question les pensées erronées qu'il entretient par rapport au jeu. Ces exercices lui permettent de constater qu'il a le pouvoir de décider de jouer ou non et ainsi d'assumer les conséquences liées

à son choix. Cette démarche constitue l'essentiel de la démarche thérapeutique. Dans ces exercices, le joueur relate des situations où il a été à risque de jouer ou à risque de rechute et il précise les pensées et les comportements liés à ces situations. Par la suite, il doit trouver des pensées appropriées à la réalité des jeux de hasard et d'argent qui lui permettront de se maîtriser au jeu. La dernière étape de ces exercices consiste, pour le joueur, à choisir ce qu'il fera la prochaine fois qu'il se trouvera dans la situation à risque explorée. Le but de ces exercices est d'aider le joueur à développer une stratégie cognitive qui lui permettra de résister à son désir de jouer en ne se laissant plus piéger par les situations où il est à risque de jouer et par les pensées erronées qui lui viennent à l'esprit.

Pour aider le joueur à reconnaître les situations à risque ainsi que les idées erronées qui les accompagnent, l'utilisation de la flèche descendante peut s'avérer fort utile (après chaque intervention, le clinicien pose une sous-question pour essayer de faire ressortir les idées qui ont suscité l'envie de jouer). Lorsque le joueur ne trouve pas de pensées appropriées, le clinicien peut faire un retour sur la définition du hasard. Il peut être bénéfique à l'occasion de laisser le client jouer le rôle de clinicien dans ces exercices.

4. Prévention de la rechute (une ou deux rencontres)

Bien que le clinicien aborde le thème de la prévention de la

rechute tout au long de la thérapie, le but de cette étape est de préparer le joueur à l'éventualité d'une rechute après la fin de la thérapie. Pour ce faire, le clinicien discute avec son client de ses anciennes rechutes et des stratégies qu'il avait utilisées pour s'en sortir. Il lui présente aussi des mesures d'urgence que le joueur pourra éventuellement mettre en application. Ces mesures comprennent, entre autres, de garder son calme, de se rappeler les raisons pour lesquelles la décision d'arrêter de jouer a été prise, de même que les efforts investis, les progrès faits depuis l'entrée en traitement et l'analyse du contexte et des pensées liés à l'augmentation du désir de jouer.

Le clinicien pourra mettre fin à la thérapie de manière graduelle et encourager le joueur à faire les exercices «À moi de jouer» après la fin de la thérapie. Les coordonnées de l'une des ressources auxquelles le joueur pourra avoir recours en cas de besoin devraient lui être remises afin de prévenir la rechute.

5. Dimension comportementale du traitement (le nombre de rencontres varie en fonction des besoins)

Des difficultés telles que celles d'être exposé au jeu, d'avoir des problèmes financiers et/ou relationnels, de manquer d'occupation et de consommer de l'alcool ou des drogues de manière excessive rendent le joueur plus vulnérable au retour au jeu. C'est pourquoi un certain nombre de rencontres est

consacré à ces difficultés, selon les besoins particuliers du client. Un ordre de priorité dans ces problèmes associés au jeu est d'abord établi et des stratégies comportementales sont choisies et mises en pratique parmi l'entraînement à la résolution de problèmes, aux habiletés sociales et d'autres stratégies appropriées à chaque problème abordé (s'exclure de certains sites de jeu, faire le bilan de sa situation financière, essayer de nouvelles activités autres que le jeu, ne pas consommer d'alcool en jouant, discuter avec le thérapeute des émotions positives et négatives associées au jeu et de sa capacité subjective à résister à jouer). Il est aussi possible d'ajouter des rencontres avec les conjoints ou conjointes lorsque nécessaire ou encore de suggérer au client de participer à des réunions des Gamblers Anonymes.

6. Évaluation post-traitement (la toute dernière rencontre)

Au cours de cette rencontre, le clinicien procède à l'évaluation des habitudes de jeu du client. Il effectue également une évaluation cognitive portant sur sa façon de percevoir les jeux, sa perception d'efficacité personnelle devant des situations à risque, et sa perception de contrôle. Cette séance vise de plus à faire le point sur ce qui a été acquis pendant le traitement ainsi qu'à évaluer l'impact de la modification des habitudes de jeu sur différents aspects de la vie du client dont sa qualité de vie, son humeur, son niveau de stress, etc. Les questionnaires peuvent être remplis à cette

dernière rencontre ou encore avoir été remis au client lors de la rencontre portant sur la prévention de la rechute afin qu'il les rapporte dûment remplis à la rencontre d'évaluation post-traitement.

7. Rencontres de suivi 3 mois, 6 mois et 12 mois après l'évaluation post-traitement

Ces rencontres de suivi visent les mêmes objectifs que ceux de l'évaluation post-traitement. De manière générale, le suivi du client doit être assuré pour une période d'au moins un an après la fin du traitement. Le suivi peut se faire sur une plus longue période si le clinicien le juge nécessaire.

BONIFICATIONS

Dans l'optique de soutenir le développement futur du programme de traitement des joueurs pathologiques et à la suite de la première vague de formation offerte et des commentaires recueillis portant sur l'expérimentation du programme initial de traitement pour les joueurs pathologiques, le CQEPTJ a reçu le mandat du MSSS, en 2002, d'y apporter les bonifications requises. L'enrichissement du *Programme d'évaluation et de traitement des joueurs excessifs* s'appuie sur la nécessité de répondre aux besoins des clientèles desservies, notamment celles qui ont un trouble concomitant.

Afin d'assurer le transfert des connaissances et de l'expertise, l'entente entre le MSSS et le CQEPTJ prévoit un programme

de formation des formateurs. Cette modalité de transfert des connaissances a été convenue avec le réseau afin que chaque région du Québec soit autonome pour assurer la continuité de l'expertise auprès du nouveau personnel destiné à intervenir dans le cadre de ce programme. Les formateurs régionaux identifiés ont participé aux ateliers portant sur les bonifications du programme, pour ensuite les dispenser dans leur région. Ainsi plusieurs ateliers cliniques, sur différents thèmes, ont été offerts aux intervenants, et ce, dans le but d'enrichir le programme initial.

• Les troubles de la personnalité et le traitement du jeu pathologique: introduction

Le premier atelier, *Les troubles de la personnalité et le traitement du jeu pathologique: introduction*, visait à initier les intervenants à travailler avec une clientèle de joueurs pathologiques qui présente un trouble de la personnalité concomitant. La définition d'un trouble de la personnalité et la description de sa dynamique et de ses impacts ont été abordées dans la partie théorique de l'atelier. Dans la partie pratique, certains outils d'évaluation et d'intervention de base ont été présentés. Des techniques d'intervention propres à certains troubles de la personnalité (approche de Masterson) de même que des exemples d'application de ces techniques dans le cadre d'un traitement de type cognitif comportemental chez un joueur pathologique ont aussi été

couverts. Finalement, des exercices cliniques en sous-groupes et des retours en grand groupe ont été faits.

• Les troubles de la personnalité et le traitement du jeu pathologique: approfondissement

Le deuxième atelier, *Les troubles de la personnalité et le traitement du jeu pathologique: approfondissement* a été donné aux intervenants qui souhaitaient connaître davantage d'outils pour intervenir auprès des joueurs pathologiques présentant des troubles de la personnalité. Cet atelier comportait un rappel des notions théoriques sur le trouble de la personnalité mais mettait surtout l'accent sur les techniques d'intervention propres à certains de ces troubles, sur la présentation d'applications de ces techniques et sur l'approfondissement par des exercices cliniques en sous-groupes et en grand groupe. Afin de combler les besoins des intervenants qui n'avaient pas pu assister à la formation d'introduction sur les troubles de la personnalité et le traitement des joueurs excessifs, une formation combinant cette dernière et celle sur l'approfondissement de la thématique a également été offerte.

• Traitement du jeu excessif et pathologique: intervention financière

Le troisième atelier s'intitule le *Traitement du jeu excessif et pathologique: intervention financière*. Il a été offert aux intervenants qui doivent

Intervenir directement, sur le plan financier, avec les usagers des divers centres de traitement du jeu au Québec. Cet atelier préparé par la Maison Jean Lapointe et le Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les dépendances visait à amener les intervenants financiers à connaître le contexte de l'intervention plus globale dans lequel l'intervention financière s'inscrit; à mieux comprendre la situation financière des joueurs pathologiques; à approfondir les options disponibles pour faire face aux problèmes d'endettement et à être en mesure d'assister les usagers dans:

- le développement d'un plan permettant de résoudre leurs problèmes financiers;
- la recherche de ressources complémentaires lorsque la gravité des problèmes nécessite une intervention professionnelle à l'intervention budgétaire auprès de joueurs pathologiques.

• **Double problématique : jeu pathologique et toxicomanie**

Le quatrième atelier porte sur la *Double problématique : jeu pathologique et toxicomanie*. Il a été préparé et animé par M^{me} Louise Paré, psychologue à la Maison Jean Lapointe. Au cours de cette journée de discussion, les thèmes suivants sont abordés :

- La prévalence de cette double problématique : jeu pathologique et toxicomanie ;
- Le jeu pathologique en tant que toxicomanie ;
- Les ressemblances et les différences entre le jeu

pathologique et l'alcoolisme/toxicomanie ;

- Les types d'interaction entre le jeu et la toxicomanie ;
- Le traitement intégré et simultané.

• **Intervention auprès des proches du jeu pathologique**

Le cinquième atelier, *Intervention auprès des proches du jeu pathologique*, a été préparé et animé par Mmes Lyne Guay et Gilberte Montigny, du Centre d'aide aux proches Le Passage. Tous les participants ont reçu un manuel résumant les notions abordées durant l'atelier.

L'objectif général de cet atelier est de connaître les principes théoriques et les pratiques cliniques de base pour intervenir auprès des conjoints ou conjointes et des adultes proches parents du joueur pathologique. Les objectifs visés sont d'améliorer les conditions de vie et de bien-être des proches, de diminuer les risques de problèmes familiaux et sociaux occasionnés par le jeu pathologique et de motiver le joueur problématique à recevoir de l'aide professionnelle et spécialisée ou à modifier son comportement. Enfin, les éléments de base à inclure dans un programme d'intervention auprès des proches ont été exposés, soit l'intervention en situation de crise, la problématique du jeu pathologique, la dynamique du joueur, l'impact du jeu pathologique chez les proches, la protection financière conjugale et familiale, les attitudes à privilégier au moment d'une rechute, les outils pour prévenir la violence, la

codépendance et les mécanismes de survie, la protection des enfants et la détection des autres problématiques.

• **Évaluation et traitement des joueurs jugés difficiles**

Les résultats d'études sur les caractéristiques des joueurs qui réussissent et abandonnent les traitements en mode interne et externe, sur les prédicteurs d'abandon du traitement chez les joueurs qui présentent un trouble de la personnalité comorbide, sur les recommandations de traitement pour les différents types de joueurs ainsi que sur les traits de personnalité liés à l'abandon du traitement ont été présentés lors de la journée du 30 novembre 2004. De plus, un recueil (Pavillon Foster, Centre Dollard-Cormier, Centre CASA, 2005) a été créé avec les stratégies mises au point par des intervenants (le tableau E résume les bonifications apportées). Le but était de permettre aux personnes présentes de faire des échanges cliniques et de discuter de cas en matière de jeu pour mieux cerner et aider les joueurs difficiles.

Tableau E

Bonifications du Programme d'évaluation et de traitement des joueurs excessifs par le Pavillon Foster, le Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les dépendances et le Centre CASA

BONIFICATIONS

Pavillon Foster	Centre Dollard-Cormier – IUD	Centre CASA
Accorder plus d'importance à la motivation des clients <ul style="list-style-type: none">- Thérapie en individuelle;- Approche motivationnelle;- Évaluation des sous-objectifs liés au renoncement au jeu;- Évaluation de la tâche d'autonotation;- Évaluation téléphonique des clients qui ne se présentent pas au premier rendez-vous.	Accueil <ul style="list-style-type: none">- Formation d'un groupe d'accueil pour les joueurs qui y sont favorables.	Définition du hasard <ul style="list-style-type: none">- Illustration avec un jeu de dards;- Simulation et démonstration à l'aide de <i>Slot Machine Tutorial</i>.
Évaluation <ul style="list-style-type: none">- Préévaluation à remplir dans la salle d'attente;- Exercice de visualisation lors de l'analyse d'une séance de jeu;- Ajout de questionnaires (YSQ-S2: Young & Brown, 2003);- Explication/discussion de l'évaluation pour en vérifier l'exactitude;- Présentation sous forme de tableaux de certaines données;- Formulation de cas écrite remise au client.	Diminution de l'absentéisme <ul style="list-style-type: none">- Rappel téléphonique la veille d'un rendez-vous.	Les erreurs de pensées <ul style="list-style-type: none">- Visionnement du documentaire de l'émission <i>Découverte</i> et du film <i>Maudite machine</i>;- Expérimentation en groupe d'un tirage de 10 coups de dés;- Utilisation d'un boulier;- Intégration d'un atelier portant sur les besoins répondus par le jeu.
Traitement <ul style="list-style-type: none">- Utilisation des stratégies d'ouverture de base «OARS» de l'entrevue motivationnelle;- Utilisation du CD-ROM <i>Safe at Play</i> pour explorer les distorsions;- Adaptation du manuel des erreurs de pensées;- Utilisation d'un agenda des rencontres plus flexible;- Création d'un modèle considérant les différentes motivations pour le jeu;- Référence aux informations du livre <i>Mind Over Mood</i>;- Suivre davantage le rythme du client dans le changement.	Soutien aux usagers <ul style="list-style-type: none">- Mise sur pied d'un groupe de soutien ouvert.	Remise en question des erreurs de pensées <ul style="list-style-type: none">- Jeu de rôle en groupe à partir de différentes pensées erronées des joueurs et correction;- Analyse en groupe d'exemples des joueurs et recadrage.
Formation et encadrement des thérapeutes <ul style="list-style-type: none">- Formation continue et discussion de cas.	Problèmes financiers <ul style="list-style-type: none">- Embauche de notaires vers qui les clients peuvent être orientés.- Offre un service de «fiducie» pour la gestion des revenus et des dépenses des clients.	Prévention de la rechute <ul style="list-style-type: none">- Identification de 30 raisons de résister à une envie de jouer;- Atelier sur les essentiels au maintien de l'abstinence.
	Entourage des joueurs <ul style="list-style-type: none">- Implication de l'entourage dans le traitement ou du moins les informer du problème de jeu.	Problèmes financiers <ul style="list-style-type: none">- Rencontre de groupe avec un professionnel en insolvabilité;- Rencontre individuelle avec un conseiller financier du GRAPE.
	Troubles comorbides <ul style="list-style-type: none">- Suivi possible avec un autre intervenant pour les problèmes de toxicomanie.	Problèmes relationnels <ul style="list-style-type: none">- Atelier sur la résolutions de conflits et les modèles sains.
	Hébergement <ul style="list-style-type: none">- Ressource d'hébergement temporaire de 14 jours;- Programme d'hébergement en interne de 28 jours;- Offre d'une ressource intermédiaire ou de type familial pour les joueurs qui montrent un dysfonctionnement sur le plan social.	Gestion des temps libres <ul style="list-style-type: none">- Activités didactiques et expérientiels de gestion.
	Clientèle des 25 ans et moins <ul style="list-style-type: none">- Développement d'un outil de sensibilisation et de dépistage;- Sensibilisation dans les écoles en collaboration avec les «Tournées communautaires du Virage».	Alcool et drogues <ul style="list-style-type: none">- Ateliers sur la notion de dépendance aux substances et de transfert;- Participation à des rencontres des fraternités anonymes.

• **Intervention de groupe**

Pour faire suite aux besoins du réseau dispensateur des services, le CQEPTJ a mis à la disposition des intervenants un document permettant l'adaptation du programme à l'intervention de groupe. La réalisation de ce document répond au besoin et à l'intérêt des intervenants et s'insère dans le désir d'enrichissement du *Programme d'évaluation et de traitement des joueurs excessifs*. Le document *Programme d'évaluation et de traitement des joueurs excessifs: Adaptation du programme à l'intervention de groupe* dresse des lignes directrices permettant aux intervenants d'adapter facilement le programme à l'intervention de groupe.

DÉVELOPPEMENT DE PRATIQUES NOVATRICES

De plus, considérant la nouveauté de ce champ d'intervention, le MSSS a ajouté à l'entente un axe portant sur le développement de pratiques novatrices.

• **Jeu contrôlé**

Une bonification au *Programme d'évaluation et de traitement des joueurs excessifs* porte sur un nouvel objectif de traitement: le jeu contrôlé. Pour ce faire, une journée d'échanges et de formation globale intitulée «Jeu excessif: Recherche clinique et intervention» a eu lieu le 30 novembre 2004 à l'Université Laval. Les thèmes des avantages et des limites de l'abstinence et du jeu contrôlé comme objectifs de traitement, de la viabilité du jeu contrôlé comme objectif de traitement avec des joueurs

pathologiques et des caractéristiques des individus qui répondent le mieux à un objectif de jeu contrôlé ont été abordés lors de cette journée. Le CQEPTJ a réalisé une étude portant précisément sur le jeu contrôlé en tant qu'objectif de traitement (voir Ladouceur et coll., 2009).

• **Élaboration d'un programme de traitement bref pour les joueurs à risque**

Des travaux sur l'élaboration d'un programme de traitement bref pour les joueurs à risque par l'équipe du CQEPTJ ont été réalisés, malgré le fait, comme le stipule l'Offre de service du programme Dépendances du MSSS, que ce type de service ne soit pas sous la responsabilité des CRD mais plutôt sous la responsabilité des centres de santé et de services sociaux. Le programme portait initialement le nom de *Jeuchoix* mais a été nommé de façon définitive *JEu me questionne*. Il s'inspire du programme *Alcochoix* et d'autres programmes sur le jeu qui ont fait leurs preuves au Québec et ailleurs. Le programme *JEu me questionne* est basé sur une approche de type cognitive et comportementale. Grâce à un manuel de traitement qu'il remplit lui-même à la maison, le joueur évolue à son rythme. En plus du manuel, le programme comporte deux entrevues axées sur la motivation d'une durée de 25 à 50 minutes chacune et qui visent à aider la personne à diminuer l'ambivalence par rapport au changement de ses habitudes de jeu excessives. L'équipe du CQEPTJ procède actuellement à l'évaluation de ce programme.



SERVICES EN JEU PATHOLOGIQUE DANS LES CENTRES DE RÉADAPTATION EN DÉPENDANCE

ÉTAT DE SITUATION DU DÉPLOIEMENT DE L'OFFRE DE SERVICES EN JEU PATHOLOGIQUE DANS LES CRD À L'HIVER 2007

À l'automne 2006, l'ACRDQ a jugé nécessaire de procéder à un état de situation sur le déploiement de l'offre de service des CRD. Un questionnaire a donc été distribué à tous les membres de l'Association. À l'hiver 2007, plus de 95 % des questionnaires ont été remplis, faisant en sorte que toutes les régions du Québec sont représentées.

La présente partie du document résume l'essentiel des résultats de l'état de situation des services en jeu pathologique dans les CRD du point de vue des services d'accueil, d'évaluation et d'orientation et des services de réadaptation. Les tableaux cités ci-dessous se trouvent à l'annexe 1.

• Accueil, évaluation, orientation (AEO)

À la lumière de l'état de situation réalisé par l'Association, à l'hiver 2007, il s'avère que, dans l'ensemble des régions du Québec, la rencontre individuelle et sur rendez-vous représente la norme des services d'AEO (tableau 1). La durée de l'AEO est variable, soit deux heures pour la moitié des établissements, alors

qu'elle est de trois heures ou plus pour 50 % des centres (tableau 2), ce qui signifie des écarts dans la manière d'offrir le service. Enfin, les établissements se sont conformés à l'utilisation de différents outils ciblés du *Programme d'évaluation et de traitement des joueurs excessifs* en plus de puiser à quelques outils maison ou d'utiliser d'autres instruments (tableau 3).

• Réadaptation

L'offre de services en jeu pathologique est surtout orientée vers des services externes peu intensifs (moins de 9 heures/semaine) et particulièrement vers ceux de 2 heures ou moins/semaine, alors que les services avec hébergement sont offerts dans le tiers des établissements, étant surtout assumés par entente avec les partenaires (tableau 4).

La rencontre individuelle, de groupe, conjugale ou familiale et le conseil financier s'inscrivent comme étant la norme des activités offertes par les CRD. À cette liste s'ajoutent, pour les usagers bénéficiant de services avec hébergement (tableaux 5 et 6), la participation à des ateliers thématiques, à des activités de loisirs-sports et à des évaluations ou des suivis de santé. Enfin, la durée des services en externe est habituellement indéterminée et, lorsqu'elle l'est, elle est collée à la durée prévue (15 à 17 semaines) au *Programme*

d'évaluation et de traitement des joueurs excessifs (tableau 7).

ORGANISATION ET INTÉGRATION DES SERVICES, ADAPTATION DU PROGRAMME D'ÉVALUATION ET DE TRAITEMENT DES JOUEURS EXCESSIFS ET PRATIQUES PROMETTEUSES

Au-delà du premier état de situation du déploiement de l'offre de services en jeu pathologique des centres de réadaptation en dépendance fait en 2007 et présenté dans la section précédente, l'ACRDQ voulait, dans le cadre des présents travaux, mieux circonscrire l'adaptation faite, dans les CRD, du programme initial d'évaluation et de traitement des joueurs excessifs, comme il est décrit précédemment, l'organisation et l'intégration des services en jeu pathologique dans les établissements et les pratiques prometteuses définies par ses membres.

Aussi, au printemps 2008, un questionnaire a été soumis aux membres, et tous les établissements (18) offrant des services en jeu pathologique y ont répondu, ce qui confère une nette représentativité aux données qui suivent. De plus, au cours de la démarche, deux

groupes de discussion composés de 16 établissements, membres de l'Association, ont permis de préciser et de valider la pertinence des recommandations émergeant des réponses au questionnaire concernant les pratiques prometteuses en jeu pathologique.

La compilation des résultats du questionnaire et l'analyse des commentaires émis par les groupes de discussion sont examinés du point de vue de l'organisation et de l'intégration des services, de l'évaluation, du traitement, de stratégies pour atteindre la clientèle, de la formation et de la recherche.

• Organisation et intégration des services en jeu pathologique

Les résultats au questionnaire révèlent que, pour un centre sur trois, les services en jeu pathologique sont rattachés à un programme Dépendances desservant de façon indifférenciée la clientèle de joueurs et les usagers toxicomanes et que l'expertise spécifique en jeu, c'est-à-dire des intervenants entièrement et uniquement dédiés au jeu, ne se trouve plus qu'exclusivement dans quatre établissements, les autres ayant soit une expertise spécifique en jeu dans certains points de service et une expertise indifférenciée dans d'autres points de service, soit des intervenants avec une majeure et une mineure en jeu pathologique ou en toxicomanie, soit une charge de cas variable selon la demande au regard de l'une ou l'autre problématique.

À la question sur l'orientation ou la trajectoire de services qui

serait à privilégier, les participants aux groupes de discussion choisissent un programme en dépendance (toxicomanie et jeu pathologique) dans la trajectoire de services tout en spécifiant la nécessité de maintenir l'expertise en jeu pathologique au sein des établissements. On précise qu'il est possible que des intervenants puissent être uniquement dédiés au jeu pathologique dans les points de service qui disposent d'une masse critique de joueurs pathologiques.

Parmi les avantages ou les motifs justifiant cette orientation, les représentants des établissements indiquent qu'il y a davantage, du point de vue clinique, de ressemblances que de différences entre le jeu pathologique et la toxicomanie, que plusieurs joueurs ont aussi des problèmes de toxicomanie et qu'il est préférable que le client construise sa relation (alliance thérapeutique) avec un intervenant qui possède une expertise en dépendance, ce qui évite aussi que le client reçoive des services en parallèle qui peuvent être contre-productifs en raison de la redondance des différentes composantes du traitement. Enfin, d'autres facteurs organisationnels tels que l'étendue du territoire à couvrir, la faiblesse de l'achalandage, une meilleure accessibilité de services à l'ensemble de la clientèle et l'utilisation optimale des ressources militent en faveur de cette orientation.

Pour soutenir cette orientation, les participants ont établi des

conditions nécessaires touchant l'organisation des services.

D'abord, pour conserver l'expertise en jeu pathologique, lorsque ce n'est pas possible au sein d'une équipe dédiée au jeu, on propose qu'au moins une personne par établissement s'assure de la formation, de la supervision et du maintien de la qualité vis-à-vis de la problématique. On insiste aussi sur l'importance que tous les intervenants puissent être en mesure d'accompagner tous les clients présentant une problématique de jeu pathologique ou de toxicomanie. Un délai d'attente minimal, particulièrement en raison de l'impulsivité de la clientèle, est aussi considéré comme une condition devant être prise en compte. En raison, pour une partie des joueurs, de leur difficile identification aux toxicomanes, il est préférable, quand le bassin de clients le permet, d'offrir des thérapies de groupe propres à chaque clientèle, et ce, particulièrement au début de l'intervention. Par ailleurs, plus tard dans la démarche, il peut s'avérer profitable de mixer, pour les rencontres de groupe, les deux clientèles. Enfin, les sessions de groupe pour les membres de l'entourage doivent s'offrir sur le thème de la dépendance et regrouper à la fois des proches de joueurs et de toxicomanes.

En ce qui concerne la gamme de services, les répondants sont favorables à la mise en place d'un continuum de services qui permettrait un appariement de la clientèle selon différents niveaux d'intensité de service.

Certains participants aux groupes de discussion mentionnent que l'intensité de services gagnerait à être plus grande, particulièrement en début de démarche de traitement.

Généralement, dans les CRD, la durée du programme de traitement en jeu pathologique est indéterminée et, selon les répondants, peu de clients complètent l'ensemble des rencontres prévues au programme initial d'évaluation et de traitement des joueurs excessifs. On constate un taux d'abandon élevé et la rétention en traitement représente une préoccupation pour les intervenants.

• Évaluation

En matière d'évaluation, deux principales recommandations émergent de la consultation portant sur les pratiques prometteuses, soit la nécessité d'une évaluation globale de la personne incluant ses habitudes de jeu et les différentes sphères de sa vie (évaluation biopsychosociale) et l'importance que les intervenants disposent d'une version abrégée de l'évaluation.

Concernant le processus d'évaluation prescrit dans le programme d'évaluation et de traitement des joueurs excessifs, il s'avère que les usagers trouvent qu'on les soumet à beaucoup de questionnaires avant que le traitement commence et que les intervenants observent un taux d'abandon élevé de la clientèle dans un processus d'évaluation lourd. Selon les participants aux groupes de discussion, il serait

plus judicieux de faire une évaluation graduelle ou progressive. Enfin, ils voient l'importance de conserver des outils auto-administrés, ce qui favorise une participation active de la clientèle.

Les répondants considèrent qu'une évaluation sommaire permettrait d'orienter rapidement le client en fonction de ses besoins et ainsi amorcer l'étape de réadaptation qui peut s'avérer de courte durée pour une partie de la clientèle. L'évaluation sommaire est aussi souhaitable pour les usagers qui se réinscrivent après quelques semaines ou quelques mois.

À l'annexe 2, on trouve une description des outils d'évaluation du programme d'évaluation et de traitement des joueurs excessifs les plus régulièrement utilisés ou jugés les plus efficaces par les centres de réadaptation en dépendance. Parmi les outils d'évaluation les plus régulièrement utilisés, mentionnons :

- La perception d'efficacité personnelle devant les principales situations à risque ;
- L'exercice sur la motivation : Avantages et désavantages ;
- La liste des occasions de jouer ;
- Les questions liées au jeu ;
- L'entrevue diagnostique sur le jeu pathologique révisée.

L'exercice sur la motivation, la liste des occasions de jouer et l'inventaire de dépression de Beck ressortent comme les outils d'évaluation jugés les plus efficaces par les intervenants des établissements.

• Traitement

Un consensus se dégage, autant selon les répondants au questionnaire que les participants aux groupes de discussion, sur la nécessité d'ajouter ou de renforcer les différents éléments suivants du programme de traitement actuel en jeu pathologique :

- L'entretien motivationnel ;
- La dimension émotionnelle dans le traitement ;
- La double problématique : dépendance/santé mentale ;
- Les niveaux d'intensité de services ;
- Les services à l'entourage et l'intervention conjugale : entre autres, inviter les proches et les conjoints en début de démarche semble favoriser une meilleure rétention ;
- Les services de conseiller financier, idéalement intégré à l'équipe, et les services de confiance, particulièrement pour les clientèles plus vulnérables ;
- Les services spécifiques de partenaires en fonction des besoins des usagers (avocat, notaire, médecin, services de réinsertion sociale et professionnelle, etc.).

Selon les répondants au questionnaire, les joueurs «normaux» d'après la typologie de Blaszczyński, la clientèle dont l'entourage participe au traitement, celle qui intègre les mouvements d'entraide, les clients plus anxieux pour l'aspect sécurisant, les clients passifs ou introvertis pour qui la participation les stimule, les joueurs d'appareils de loterie vidéo, les joueurs visant le gain financier et l'excitation et les personnes âgées éduquées

représentent les clientèles pour lesquelles le programme d'évaluation et de traitement des joueurs excessifs a été le plus aidant.

En contrepartie, le programme apparaît moins adapté pour les clientèles présentant des troubles concomitants de jeu, de toxicomanie et de santé mentale tels que les troubles affectifs, d'anxiété, de personnalité, des problèmes d'impulsivité, des limites cognitives, de la déficience mentale et les usagers plus âgés et moins éduqués.

Enfin, on ajoute que le programme devrait être mieux adapté pour les personnes peu scolarisées, illetrées ou présentant des limites cognitives.

Les outils les plus couramment utilisés et ceux jugés les plus efficaces par les intervenants, vis-à-vis les dimensions cognitive et comportementale du traitement, sont présentés à l'annexe 2. En résumé, pour la dimension cognitive, tous les outils (11) proposés dans le programme sont utilisés régulièrement, à des degrés divers, par l'ensemble des établissements et quelques-uns sont perçus plus efficaces :

- Lecture : Jeux de hasard et d'argent : Les pièges ;
- Lecture : Définitions : les jeux de hasard vs les jeux d'adresse ;
- Sensibilisation aux situations à risque et influence du discours intérieur ;
- Consultation : Chaîne des comportements liés au jeu excessif ;
- Exercice : Mes propres pièges.

En ce qui concerne la dimension comportementale, les outils proposés sont jugés peu efficaces, et seuls certains d'entre eux sont utilisés plus régulièrement :

- Exposition au jeu ;
- Consommation d'alcool ou de drogues ;
- Manque d'occupation.

Enfin, les outils prévus à l'évaluation post-traitement et aux rencontres de suivi sont peu utilisés en raison de l'étape de suivi qui est souvent peu structurée ou escamotée.

• Atteindre la clientèle (reaching out)

Parmi les principales stratégies prometteuses pour atteindre la clientèle de joueurs pathologiques répertoriées par les répondants, mentionnons :

- La détection de première ligne telle que définie dans l'offre de service en dépendances du MSSS ;
- Les campagnes de publicité du MSSS qui renvoient à Jeu Aide et Référence, qui ont toujours un impact sur les demandes de service ;
- L'ajout, dans les publicités, de l'impact du jeu sur les proches ;
- L'offre de formation aux partenaires sur la thématique du jeu ;
- La désignation d'une personne dans l'établissement pour maintenir les liens avec les partenaires.

• Formation

Dans l'ensemble, les intervenants dans les centres de réadaptation en dépendance qui dispensent actuellement

des services en jeu pathologique ont reçu la formation sur le *Programme d'évaluation et de traitement des joueurs excessifs* du Centre québécois d'excellence pour la prévention et le traitement du jeu (CQEPTJ), qui avait été mandaté par le MSSS. Les exceptions concernent des intervenants récemment embauchés qui ont été formés par du personnel en place ou par certains formateurs régionaux.

En plus de cette formation de base, les intervenants ont participé, dans les dernières années, à diverses formations relativement au jeu pathologique, que ce soit sous forme de colloques ou de séminaires organisés par différents partenaires. De fait, près de 50 % des intervenants participent à des activités de formation continue et, de façon générale, ils disent bénéficier d'activités de soutien en rapport avec le jeu pathologique dans leur établissement, soit sous forme de supervision clinique, soit dans le cadre de discussion de cas en réunion d'équipe.

Les répondants au questionnaire et les participants aux groupes de discussion ont aussi déterminé les principaux besoins actuels de formation :

- La mise à jour du programme en tenant compte des modifications apportées ;
- La mise en place d'un processus de suivi aux formations offertes ;
- Les jeux en émergence (poker Texas Hold'em, les marchés boursiers, etc.) ;
- La cyberdépendance,

- Les dimensions psychophysiologiques du jeu ;
- La distinction entre les notions de hasard et d'habiletés.

• Recherche

À l'analyse des questionnaires, les deux principaux besoins de recherche précisés qui furent entérinés par les participants aux groupes de discussion concernent la cyberdépendance et son lien avec le jeu pathologique et les dimensions psychophysio- logiques du jeu.

Avant de commencer à traiter la cyberdépendance, les intervenants soulignent l'importance de bien documenter, de définir et de comprendre toutes les ramifications (jeu vidéo, jeu en ligne, etc.).

En ce qui concerne les dimensions psychophysio- logiques du jeu, les membres font ressortir l'importance de comprendre le fonctionnement du cerveau et les effets neuro- logiques sur le joueur afin de pouvoir éduquer le joueur et vulgariser l'information auprès de lui.



RECOMMANDATIONS

À partir des meilleures pratiques identifiées dans la recension des écrits ainsi que des pratiques éprouvées et prometteuses conduites dans les centres de réadaptation en dépendance, les membres du comité formulent une série de recommandations pour soutenir une offre de services de base en jeu pathologique dans les CRD. Ces recommandations ciblent l'intervention clinique, l'organisation de services, la formation et la recherche.

INTERVENTION CLINIQUE

• Approches

Considérant l'apport des agents pharmacologiques et de l'intervention psychosociale dans le traitement des joueurs pathologiques ;

Considérant l'ambivalence des joueurs à modifier leurs habitudes de jeu et la nécessité de susciter ou de maintenir la motivation au changement ;

Considérant le soutien empirique aux approches cognitive-comportementale et motivationnelle dans le traitement des joueurs pathologiques ;

Nous recommandons :

- **que les interventions, auprès des joueurs pathologiques, s'inscrivent dans un modèle biopsychosocial allant de la pharmacothérapie aux approches psychosociales ;**
- **que les approches cognitive-comportementale et motivationnelle soient privilégiées dans le traitement des joueurs pathologiques.**

• Clientèles

Considérant que le *Programme d'évaluation et de traitement des joueurs excessifs* actuellement en vigueur dans les CRD est jugé plus aidant, comme il est énoncé dans l'état de situation, pour une partie des joueurs en CRD, et moins adapté à la clientèle présentant des troubles concomitants de toxicomanie et/ou de santé mentale ;

Considérant que la clientèle de joueurs dans les CRD présente souvent des troubles concomitants de toxicomanie et/ou de santé mentale ;

Nous recommandons :

- **que les joueurs pathologiques dans les CRD, compte tenu de leurs multiples problématiques, soient traités pour leurs troubles concomitants de toxicomanie et/ou de santé mentale, et ce, en fonction des recommandations contenues dans le document de l'ACRDQ : *Toxicomanie, jeu pathologique et troubles mentaux : Pour une intervention efficace des centres de réadaptation et de leurs partenaires.***

• Évaluation

Considérant que, pour déterminer la pathologie d'un joueur et évaluer la gravité de sa situation, l'évaluation des besoins et des caractéristiques du joueur doit reposer sur des critères et couvrir les différentes sphères de sa vie ;

Considérant que les intervenants des CRD observent, dans le processus actuel du *Programme d'évaluation et de traitement des joueurs excessifs*, un taux d'abandon élevé et un délai trop long avant l'orientation en traitement ;

Considérant la nécessité, pour les intervenants de CRD, de disposer, dans un processus d'évaluation graduel, d'une évaluation sommaire pour orienter rapidement la clientèle vers les services adaptés à ses besoins, puis d'une évaluation globale couvrant les différentes sphères de la vie de l'individu pour établir un plan d'intervention ;

Considérant que les intervenants ont besoin d'instruments d'évaluation pour les guider dans l'élaboration d'un plan d'intervention ;

Considérant la pertinence des outils auto-administrés qui favorisent une participation active des usagers ;

Nous recommandons :

- **que pour toute personne en processus d'évaluation pour des comportements de dépendance aux jeux de hasard et d'argent les intervenants en CRD effectuent, de façon graduelle, une évaluation sommaire leur permettant d'orienter les usagers en fonction du niveau de service requis et une évaluation globale couvrant les différentes sphères de la vie du joueur ;**
- **que les intervenants en CRD évaluent la gravité de la situation d'un joueur à partir des critères du DSM-IV et d'un ensemble de dimensions couvrant les différentes sphères de la vie d'un individu et qu'ils utilisent des outils actuellement reconnus, notamment l'Entrevue diagnostique sur le jeu pathologique et le GAIN, lorsqu'il sera disponible en français ;**
- **que les intervenants en CRD complètent, en fonction des besoins des usagers, leur évaluation avec des outils auto-administrés et ceux du Programme d'évaluation et de traitement des joueurs excessifs les plus utilisés et jugés les plus efficaces.**

• Traitement

Considérant que pour répondre aux besoins des joueurs pathologiques et conformément à l'Offre de service en dépendances du MSSS, les CRD doivent pouvoir offrir différents niveaux d'intensité de service ;

Considérant que le programme de traitement actuel nécessite des améliorations ;

Considérant que, selon la littérature, la durée optimale d'un traitement pour le jeu pathologique est difficile à évaluer : certaines études soutiennent l'effet positif d'un plus grand nombre de rencontres, alors que d'autres indiquent l'efficacité d'interventions brèves ;

Nous recommandons :

- **que les CRD, selon les besoins propres à chaque joueur, offrent directement ou par entente de service différents niveaux d'intensité de service ;**
- **que les CRD s'approprient et intègrent les bonifications apportées au programme, ajoutent ou renforcent les différents éléments énumérés dans l'état de situation (entretien motivationnel, dimension émotionnelle dans le traitement, services à l'entourage et intervention conjugale, services de conseiller financier, etc.) et qu'ils utilisent, du programme actuel, les outils jugés les plus pertinents et efficaces ;**

- **que la durée requise d'un traitement pour un joueur pathologique ainsi que les modalités d'intervention reposent d'abord sur les besoins précisés dans le plan d'intervention et sur des pratiques éprouvées.**

ORGANISATION DE SERVICES

Considérant que la mise en réseau des services en dépendance, incluant ceux destinés aux personnes qui ont des comportements à risque au regard des jeux de hasard et d'argent et à leurs proches, s'inscrit en cohérence avec les orientations relatives à la transformation du réseau de la santé et des services sociaux fondée sur les principes de la responsabilisation populationnelle et de la hiérarchisation de services ;

Considérant la trajectoire ainsi que la gamme de services décrites dans l'Offre de service en dépendances du MSSS ;

Considérant que, selon les intervenants de CRD, il y a plus de ressemblances que de différences entre la toxicomanie et le jeu pathologique ;

Considérant que plusieurs joueurs pathologiques ont aussi des problèmes de toxicomanie ;

Considérant, chez les joueurs pathologiques, la crise comme un moment propice à la recherche d'aide et l'importance d'une réponse rapide à la demande d'aide ;

Considérant que pour favoriser la continuité de services, il est préférable que l'usager construise sa relation (alliance thérapeutique) avec un intervenant qui possède une expertise en dépendance plutôt que d'être orienté vers un intervenant pour le jeu et vers un autre pour la toxicomanie, ce qui peut conduire à du travail en silo au sein de l'établissement;

Considérant l'importance que les intervenants possèdent les compétences pour accompagner tous les usagers présentant une problématique de jeu ou de toxicomanie;

Considérant la déconcentration des services sur l'étendue du territoire des régions, l'importance d'une accessibilité rapide pour l'ensemble des usagers des CRD (toxicomanie et jeu) et l'utilisation optimale des ressources des établissements;

Nous recommandons :

- **que la trajectoire des services en dépendance telle que définie dans l'Offre de service en dépendances du MSSS puisse être déployée dans l'ensemble des régions du Québec;**
- **que les CRD privilégient un programme en dépendance (programme intégré toxicomanie et jeu pathologique) dans la trajectoire de services de l'établissement;**

- **que les CRD mettent en place un mécanisme pour répondre rapidement à la demande des joueurs pathologiques;**
- **que les CRD s'assurent de favoriser une continuité de services pour les joueurs pathologiques présentant un trouble concomitant de santé mentale et/ou de toxicomanie;**
- **que les intervenants possèdent les compétences pour accompagner tous les usagers présentant une problématique de jeu ou de toxicomanie;**
- **que les CRD formalisent avec les partenaires du réseau des ententes de collaboration prévoyant, entre autres, les responsabilités de chacune des organisations, les mécanismes d'orientation, de coordination, de suivi et d'évaluation.**

FORMATION

Considérant que, dans le cadre de la mise en place des réseaux locaux de services en dépendance, les CSSS ont la responsabilité de l'accès aux services de 1^{re} ligne (détection, intervention précoce) et de l'orientation des personnes ayant un problème de dépendance vers les CRD;

Considérant les compétences spécifiques et nécessaires pour intervenir auprès des personnes qui éprouvent des problèmes liés aux jeux de hasard et d'argent;

Considérant la nécessité de maintenir l'expertise développée en jeu pathologique au sein des CRD;

Considérant l'importance de maintenir à jour les compétences des intervenants à l'égard de la problématique des jeux de hasard et d'argent;

Nous recommandons :

- **que les CRD offrent aux CSSS, comme le précisent les orientations en dépendances du MSSS, leur expertise-conseil afin de les soutenir dans leurs compétences à détecter et à orienter, vers les CRD, les personnes dépendantes aux jeux de hasard et d'argent;**
- **que les CRD s'assurent de maintenir l'expertise en jeu pathologique dans leurs établissements, que ce soit par la voie d'une équipe dédiée au jeu et/ou de personnel dédié à la formation, à la supervision et à la qualité des services;**
- **que le programme de formation des CRD soit mis à jour en fonction des bonnes pratiques d'intervention clinique contenues dans le document et des bonifications faites au programme d'évaluation et de traitement des joueurs excessifs;**

- **que les CRD assurent aux intervenants une formation continue et adaptée en fonction des bonifications au Programme d'évaluation et de traitement des joueurs excessifs et des besoins émergents à l'égard de la problématique des jeux de hasard et d'argent.**

RECHERCHE

Considérant l'importance de mieux connaître la problématique du jeu, incluant les formes de jeu en émergence, en termes de prévalence et d'effets sur le joueur et son entourage ;

Considérant l'importance d'utiliser des méthodes et des outils d'intervention adaptés aux besoins et aux caractéristiques des différents types de joueurs ;

Considérant l'importance, pour les intervenants en CRD, de documenter, de définir et de comprendre la cyberdépendance et son lien possible avec le jeu pathologique ;

Considérant la pertinence, pour les intervenants de CRD, de comprendre le fonctionnement du cerveau et les effets neurologiques sur le joueur ;

Considérant le faible taux de consultation des joueurs pathologiques ainsi que leur taux élevé d'abandon du traitement ;

Nous recommandons :

- **que les CRD collaborent activement avec les groupes de recherche à l'enrichissement des connaissances, à l'évaluation des pratiques et des instruments afin d'améliorer la compréhension de la problématique et la qualité des interventions auprès des joueurs pathologiques et de leur entourage ;**
- **que les CRD collaborent activement avec les groupes de recherche à l'enrichissement des connaissances sur le lien possible entre la cyberdépendance et le jeu pathologique ainsi que sur les dimensions psychophysiologiques du jeu ;**
- **que fassent l'objet d'études les méthodes ou les moyens permettant de mieux atteindre les joueurs pathologiques et d'augmenter le taux de consultation et la persistance au traitement.**

CONCLUSION

Bien que les jeux de hasard et d'argent aient toujours été présents dans la société, ce n'est que dans les dernières décennies que la science s'est davantage intéressée à ce phénomène, et plus particulièrement à celui du jeu pathologique. Au Québec, les services en jeu pathologique pour les personnes présentant des comportements de dépendance au jeu et pour leurs proches se sont construits seulement dans les dix dernières années.

Quelques années après avoir implanté les services en jeu pathologique dans les centres de réadaptation en dépendance, les membres de l'ACRDQ ont choisi de revoir leur offre de service à la lumière des standards de qualité et des pratiques éprouvées et prometteuses sur le terrain.

Les recommandations énoncées dans cette offre de services de base représentent les pratiques à développer tant en ce qui a trait à l'intervention clinique qu'à l'organisation de services. Afin d'améliorer les pratiques, des recommandations au regard de la formation sont proposées pour soutenir l'ensemble des intervenants dans leur effort constant pour parfaire leurs compétences dans leur prestation de soins aux personnes qui éprouvent des problèmes liés aux jeux de hasard et d'argent. Finalement, des recommandations sont avancées concernant des besoins de recherche quant à une meilleure compréhension de cette problématique et une bonification de l'offre de service.

Ce guide de bonnes pratiques en jeu pathologique reflète l'importance qu'accordent les centres de réadaptation en dépendance au processus d'amélioration continue de la qualité de leurs services. L'ACRDQ ne peut qu'acclamer et être fière de cette recherche d'excellence et du dynamisme de ses membres et elle s'engage à les accompagner dans la réalisation des recommandations contenues dans ce guide, et ce, pour la santé et le mieux-être des usagers et de leur entourage.



ANNEXES

ANNEXE 1

État de situation du déploiement de l'offre de services en jeu pathologique dans les CRD à l'hiver 2007

Tableau 1
AEO : Jeu pathologique
Mode

Établissements	Jeu Pathologique				
	Rencontre individuelle	Rencontre de groupe	Rencontre individuelle et de groupe	Sur rendez-vous	Sans rendez-vous
L'Estran/CSSS de Rivière-du-Loup	1				
Carrefour de Santé de Jonquière	1			1	
Centres Jeunesse Saguenay/Lac St-Jean	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve	1			1	
Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec	1			1	
Centre Jean-Patrice Chiasson/ Maison Saint-Georges	1	1	1	1	
Centre Dollard-Cormier			1	1	1
Centre Jellinek			1	1	
Centre Normand	1			1	1
Centre Le Canal	1			1	1
Centre L'Escale/CSSS de la Haute-Gaspésie	1			1	
Centre de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie de Chaudière-Appalaches	1			1	
Centre Le Maillon de Laval	1		1	1	
Le Tremplin/CSSS du Nord de Lanaudière	1	1		1	1
Centre André Boudreau	1			1	
Le Virage	1	1		1	
Pavillon Foster	1			1	
%	87,5 %	18,8 %	25,0 %	93,8 %	25,0 %
CRAN Inc.	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Le Grand Chemin	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
La Maison Jean Lapointe	1	1		1	

Tableau 2
AEO : Jeu pathologique
Durée

Établissements	Jeu Pathologique			
	1 heure	2 heures	3 heures	3 heures et plus
L'Estran/CSSS de Rivière-du-Loup		1		
Carrefour de Santé de Jonquière			1	
Centres Jeunesse Saguenay/Lac St-Jean	N/A	N/A	N/A	N/A
Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve		1		
Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec		1		
Centre Jean-Patrice Chiasson/ Maison Saint-Georges		1		
Centre Dollard-Cormier			1	
Centre Jellinek				1
Centre Normand				1
Centre Le Canal				1
Centre L'Escale/CSSS de la Haute-Gaspésie		1		
Centre de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie de Chaudière-Appalaches		1		
Centre Le Maillon de Laval		1		
Le Tremplin/CSSS du Nord de Lanaudière				1
Centre André Boudreau			1	
Le Virage				1
Pavillon Foster		1		
%	0,0 %	50,0 %	18,8 %	31,3 %
CRAN Inc.	N/A	N/A	N/A	N/A
Le Grand Chemin	N/A	N/A	N/A	N/A
La Maison Jean Lapointe			1	

Tableau 3
AEO : Jeu pathologique
Instruments

Établissements	Jeu Pathologique									
	IGT	Gain	Quest. Sociodémographique	SOGS	Liste des occasions de jouer	Quest. d'Eysenck	Invent. d'anxiété de Beck	Inventaire de dépression de Beck	Autres	Autres : Description
L'Estran/CSSS de Rivière-du-Loup			1	1	1	1	1			
Carrefour de Santé de Jonquière			1	1	1	1	1	1		
Centres Jeunesse Saguenay/Lac St-Jean	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve	1					1				Critère d'appariement et DSM
Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec			1	1	1	1	1	1	1	Quest. Maison inspiré de l'IGT
Centre Jean-Patrice Chiasson/Maison Saint-Georges			1	1	1	1	1	1		
Centre Dollard-Cormier			1	1	1	1	1	1	1	DSM-IV
Centre Jellinek				1	1	1	1	1	1	Données personnelles
Centre Normand	1		1	1	1	1	1	1		
Centre Le Canal			1	1	1	1	1	1	1	DEBA Alcohol-Drogue
Centre L'Escale/CSSS de la Haute-Gaspésie			1	1	1	1	1	1		
Centre de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie de Chaudière-Appalaches			1	1	1	1	1	1		
Centre Le Maillon de Laval	1				1		1	1		
Le Tremplin/CSSS du Nord de Lanaudière	1		1	1	1	1	1	1	1	Éval. Maison en expérimentation
Centre André Boudreau				1	1				1	CQ(EPT)
Le Virage				1	1	1	1	1		
Pavillon Foster			1	1	1	1	1	1	1	Young Schema
%	25,0 %	0,0 %	68,8 %	87,5 %	93,8 %	87,5 %	87,5 %	81,3 %	43,8 %	
CRAN Inc.	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Le Grand Chemin	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
La Maison Jean Lapointe			1	1	1		1	1	1	Quest. Maison

Tableau 4

Réadaptation : Jeu pathologique

Niveaux de service/intensité : Établissements et partenaires

	Jeu Pathologique						
	2 hres ou moins/sem	2.5 à 8.5 hres/sem	9 à 19.5 hres/sem	20 hres et plus/sem	Héb. Stabil. 24/7	Héb. Réadap. 24/7	Consolidation ou suivi
Établissements							
L'Estran/CSSS de Rivière-du-Loup	E				P	P	E
Carrefour de Santé de Jonquière	E				P		
Centres Jeunesse Saguenay/Lac St-Jean	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve	E					P	E/P
Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec	E/P					E	E
Centre Jean-Patrice Chiasson/Maison Saint-Georges	E/P	E/P	E/P		E		E/P
Centre Dollard-Cormier	E/P	E/P			E	E	E/P
Centre Jellinek		E			E	E	E
Centre Normand	E	E			P	P	E
Centre Le Canal	E/P	E/P				P	E
Centre L'Escale/CSSS de la Haute-Gaspésie	E/P				P	P	
Centre de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie de Chaudière-Appalaches	E/P					P	E
Centre Le Maillon de Laval	E	E				P	E
Le Tremplin/CSSS du Nord de Lanaudière	E	E				P	E
Centre André Boudreau	E/P			E	E/P	E/P	
Le Virage		E			P	P	
Pavillon Foster	E				E	E	E
%	87,5 %	50,0 %	6,3 %	6,3 %	62,5 %	87,5 %	75,0 %
CRAN Inc.	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Le Grand Chemin	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
La Maison Jean Lapointe	A		A		A	A	A

E

Établissement

P

Partenaire

E/P

Établissement/Partenaire

A

Associé

Tableau 5
Réadaptation : Jeu pathologique
Activités prévues

2 hres ou moins/sem	Jeu Pathologique										
87 %	Rencontre individuelle	Rencontre de groupe	Rencontre conjugale/familiale	Évaluation/suivi de santé	Partici. à des ateliers thématiques	Partici. Activités loisirs-sports	Partici. Activitésscol./insertion en emploi	Partici. Groupes entraide	Conseil financier	Autres	Autres: Description
Établissements											
L'Estran/CSSS de Rivière-du-Loup	E		E						E		
Carrefour de Santé de Jonquière	E		E	E					P		
Centres Jeunesse Saguenay/Lac St-Jean	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve	E		E				E		P		
Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec	E			E				P	P		
Centre Jean-Patrice Chiasson/Maison Saint-Georges	E	E	E	E	E			E/P	P		
Centre Dollard-Cormier	E	E	E	E	E	E/P	E/P		E/P		
Centre Jellinek											
Centre Normand	E	E	E						E/P		
Centre Le Canal	E	E	E					P	P		
Centre L'Escale/CSSS de la Haute-Gaspésie	E	P	E	P	P	P	P	P			
Centre de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie de Chaudière-Appalaches	E				E				P		
Centre Le Maillon de Laval	E	E	E	E	E				E		
Le Tremplin/CSSS du Nord de Lanaudière	E	E	E	E	E			P			
Centre André Boudreau	E								P		
Le Virage											
Pavillon Foster	E		E				E		E		
%	100,0%	50,0%	78,5%	50,0%	42,8%	14,2%	28,5%	35,7%	85,6%	0,0%	
CRAN Inc.	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Le Grand Chemin	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
La Maison Jean Lapointe	A	A	A	A	A			A	A	A	Auto-exclusion et fiduciaire

E Établissement

P Partenaire

E/P Établissement/Partenaire

A Associé

Tableau 6
Réadaptation : Jeu pathologique
Activités prévues

Héb. Réadap. 24/7	Jeu Pathologique										
87 %	Rencontre individuelle	Rencontre de groupe	Rencontre conjugale/familiale	Évaluation/suivi de santé	Partici. à des ateliers thématiques	Partici. Activités loisirs-sports	Partici. Activités scol./insertion en emploi	Partici. Groupes entraide	Conseil financier	Autres	Autres : Description
Établissements											
L'Estran/CSSS de Rivière-du-Loup	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
Carrefour de Santé de Jonquière											
Centres Jeunesse Saguenay/Lac St-Jean	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve	P	P	P	P	P	P		P	P	P	Réinsertion sociale besoins de base
Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec	E	E		E	E	E		P	P		
Centre Jean-Patrice Chiasson/Maison Saint-Georges											
Centre Dollard-Cormier	E	E		E	E		E/P	P	E/P		
Centre Jellinek	E	E		E	E	E		E			
Centre Normand	P	P	P	P	P	P			P		
Centre Le Canal	P	P		P	P	P		P			
Centre L'Escale/CSSS de la Haute-Gaspésie	P	P	P	P	P	P	P	P	P		
Centre de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie de Chaudière-Appalaches	P	P			P			P			
Centre Le Maillon de Laval	P	P	P	P	P			P	P		
Le Tremplin/CSSS du Nord de Lanaudière	P	P	P	P	P	P	P	P	P		
Centre André Boudreau	E	E			E				P		
Le Virage	P	P		E	P	P		P			
Pavillon Foster	E	E	E	E	E	E	E	E	E		
%	100,0 %	100,0 %	50,0 %	85,7 %	100,0 %	71,4 %	35,7 %	85,7 %	71,4 %	14,2 %	
CRAN Inc.	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Le Grand Chemin	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
La Maison Jean Lapointe	A	A	A	A	A			A	A	A	Auto-exclusion et fiduciaire

E Établissement
 P Partenaire
 E/P Établissement/Partenaire
 A Associé

Tableau 7
Réadaptation : Jeu pathologique
Durée

	Jeu Pathologique						
	2 hres ou moins/ Nb sem	2.5 à 8.5 hres/ Nb sem	9 à 19.5 hres/ Nb sem	20 hres et plus/ Nb sem	Héb. Stabil. 24/7 Nb jours	Héb. Réadap. 24/7 Nb sem	Consolidation ou suivi/ Nb mois
Établissements							
L'Estran/CSSS de Rivière-du-Loup	IND						
Carrefour de Santé de Jonquière	14				3		
Centres Jeunesse Saguenay/Lac St-Jean	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve	IND					4	IND
Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec	12					3	IND
Centre Jean-Patrice Chiasson/ Maison Saint-Georges	IND	IND	IND		IND		IND
Centre Dollard-Cormier	IND	IND			10	10	IND
Centre Jellinek		IND			IND	4	
Centre Normand	IND	4					IND
Centre Le Canal	17	17				4	IND
Centre L'Escale/CSSS de la Haute-Gaspésie	IND						IND
Centre de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie de Chaudière-Appalaches	IND						
Centre Le Maillon de Laval	IND	8				3	IND
Le Tremplin/CSSS du Nord de Lanaudière	IND	IND					
Centre André Boudreau	15			3	8,5	3	IND
Le Virage		24			7	3	
Pavillon Foster	13				5	4	12
Indéterminé	9	4	1	0	2	0	9
Moyenne	14,2	13,3		3,0	6,7	4,2	12,0
Variance <	12	4		3	3	3	12
Variance >	17	24		3	10	10	12
CRAN Inc.	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Le Grand Chemin	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
La Maison Jean Lapointe	12,5		8		6	3,5	2





ANNEXE 2

Outils du programme d'évaluation et de traitement des joueurs excessifs

Voici la liste des différents outils qui composent le *Programme d'évaluation et de traitement des joueurs excessifs* du Centre québécois d'excellence pour la prévention et le traitement du jeu (CQEPTJ):

Lesquels de ces outils utilisez-vous régulièrement dans vos interventions?

Parmi les outils que vous utilisez, veuillez cocher ceux qui, selon vous, sont les plus efficaces.

	Outils régulièrement utilisés	Outils les plus efficaces
Évaluation initiale		
■ Perception d'efficacité personnelle devant les principales situations à risque	88 %	<input type="checkbox"/>
■ Exercice sur la motivation «Avantages et désavantages»	88 %	<input type="checkbox"/>
■ Liste des occasions de jouer	88 %	<input type="checkbox"/>
■ Questions liées au jeu	78 %	<input type="checkbox"/>
■ Entrevue diagnostique sur le jeu pathologique – révisée	72 %	<input type="checkbox"/>
■ South Oaks Gambling Screen (SOGS)	61 %	<input type="checkbox"/>
■ Inventaire de dépression de Beck	61 %	<input type="checkbox"/>
■ Grille d'autonotation quotidienne du jeu (ou cahier d'autonotation)	61 %	<input type="checkbox"/>
■ Inventaire d'anxiété de Beck	55 %	<input type="checkbox"/>
■ Questionnaire sociodémographique	44 %	<input type="checkbox"/>
■ Questionnaire d'impulsivité (questionnaire d'Eysenk)	44 %	<input type="checkbox"/>

	Outils régulièrement utilisés	Outils les plus efficaces
Évaluation initiale		
■ Exercice sur la motivation «Avantages et désavantages»	<input type="checkbox"/>	72 %
■ Liste des occasions de jouer	<input type="checkbox"/>	66 %
■ Inventaire de dépression de Beck	<input type="checkbox"/>	61 %
■ Perception d'efficacité personnelle devant les principales situations à risque	<input type="checkbox"/>	55 %
■ Inventaire d'anxiété de Beck	<input type="checkbox"/>	55 %
■ Entrevue diagnostique sur le jeu pathologique – révisée	<input type="checkbox"/>	50 %
■ Grille d'autonotation quotidienne du jeu (ou cahier d'autonotation)	<input type="checkbox"/>	50 %
■ Questions liées au jeu	<input type="checkbox"/>	38 %
■ South Oaks Gambling Screen (SOGS)	<input type="checkbox"/>	33 %
■ Questionnaire d'impulsivité (questionnaire d'Eysenk)	<input type="checkbox"/>	33 %
■ Questionnaire sociodémographique	<input type="checkbox"/>	11 %

	Outils régulièrement utilisés	Outils les plus efficaces
Dimension cognitive du traitement :		
■ Lecture « Définitions : les jeux de hasard vs les jeux d'adresse »	94 %	<input type="checkbox"/>
■ Lecture « Jeux de hasard et d'argent : Les Pièges »	94 %	<input type="checkbox"/>
■ Consultation « Chaîne des comportements liés au jeu excessif »	88 %	<input type="checkbox"/>
■ Les exercices « À moi de jouer »	88 %	
■ Sensibilisation aux situations à risque et l'influence du discours intérieur	83 %	<input type="checkbox"/>
■ Exercice « Mes propres pièges »	83 %	<input type="checkbox"/>
■ Exercice « Simple comme A, B et C »	78 %	<input type="checkbox"/>
■ Texte « Les mesures d'urgence »	78 %	<input type="checkbox"/>
■ Exercice « À moi de jouer »	78 %	<input type="checkbox"/>
■ Exercice « La place du jeu dans ma vie (1) »	72 %	<input type="checkbox"/>
■ Exercice « La place du jeu dans ma vie (2) »	66 %	<input type="checkbox"/>

	Outils régulièrement utilisés	Outils les plus efficaces
Dimension cognitive du traitement :		
■ Lecture « Jeux de hasard et d'argent : Les Pièges »	<input type="checkbox"/>	78 %
■ Lecture « Définitions : les jeux de hasard vs les jeux d'adresse »	<input type="checkbox"/>	72 %
■ Sensibilisation aux situations à risque et l'influence du discours intérieur	<input type="checkbox"/>	72 %
■ Consultation « Chaîne des comportements liés au jeu excessif »	<input type="checkbox"/>	66 %
■ Exercice « Mes propres pièges »	<input type="checkbox"/>	61 %
■ Exercice « Simple comme A, B et C »	<input type="checkbox"/>	55 %
■ Les exercices « À moi de jouer »	<input type="checkbox"/>	55 %
■ Texte « Les mesures d'urgence »	<input type="checkbox"/>	44 %
■ Exercice « La place du jeu dans ma vie (1) »	<input type="checkbox"/>	38 %
■ Exercice « La place du jeu dans ma vie (2) »	<input type="checkbox"/>	38 %
■ Exercice « À moi de jouer »	<input type="checkbox"/>	33 %

	Outils régulièrement utilisés	Outils les plus efficaces
Dimension comportementale du traitement :		
Situations à risque et interventions comportementales proposées		
■ Exposition au jeu	72%	<input type="checkbox"/>
■ Consommation d'alcool ou de drogues	72%	<input type="checkbox"/>
■ Manque d'occupation	61%	<input type="checkbox"/>
■ Problèmes relationnels et pression sociale incitant à jouer	55%	<input type="checkbox"/>
■ Autres situations à risque (test de maîtrise de soi, émotions agréables et déplaisantes)	55%	<input type="checkbox"/>
■ Problèmes financiers (Exercice « Mon budget »)	44%	<input type="checkbox"/>
■ Exercice « La résolution de problème... Mon plan d'action »	38%	<input type="checkbox"/>

	Outils régulièrement utilisés	Outils les plus efficaces
Dimension comportementale du traitement :		
Situations à risque et interventions comportementales proposées		
■ Exposition au jeu	<input type="checkbox"/>	44%
■ Autres situations à risque (test de maîtrise de soi, émotions agréables et déplaisantes)	<input type="checkbox"/>	38%
■ Consommation d'alcool ou de drogues	<input type="checkbox"/>	33%
■ Problèmes financiers (Exercice « Mon budget »)	<input type="checkbox"/>	28%
■ Manque d'occupation	<input type="checkbox"/>	28%
■ Problèmes relationnels et pression sociale incitant à jouer	<input type="checkbox"/>	16%
■ Exercice « La résolution de problème... Mon plan d'action »	<input type="checkbox"/>	11%

	Outils régulièrement utilisés	Outils les plus efficaces
Évaluation post-traitement :		
■ Perception d'efficacité personnelle devant les principales situations à risque	55 %	<input type="checkbox"/>
■ Questions liées au jeu	50 %	<input type="checkbox"/>
■ Liste des critères diagnostiques du jeu pathologique selon le DSM-IV	44 %	<input type="checkbox"/>
■ Inventaire d'anxiété de Beck	33 %	<input type="checkbox"/>
■ Inventaire de dépression de Beck	33 %	<input type="checkbox"/>

	Outils régulièrement utilisés	Outils les plus efficaces
Évaluation post-traitement :		
■ Perception d'efficacité personnelle devant les principales situations à risque	<input type="checkbox"/>	33 %
■ Inventaire d'anxiété de Beck	<input type="checkbox"/>	33 %
■ Inventaire de dépression de Beck	<input type="checkbox"/>	33 %
■ Liste des critères diagnostiques du jeu pathologique selon le DSM-IV	<input type="checkbox"/>	28 %
■ Questions liées au jeu	<input type="checkbox"/>	22 %

	Outils régulièrement utilisés	Outils les plus efficaces
Rencontres de suivi 3 mois, 6 mois et 12 mois après l'évaluation post-traitement		
■ Liste des critères diagnostiques du jeu pathologique selon le DSM-IV	33 %	<input type="checkbox"/>
■ Questions liées au jeu	28 %	<input type="checkbox"/>
■ Perception d'efficacité personnelle devant les principales situations à risque	28 %	<input type="checkbox"/>
■ Inventaire d'anxiété de Beck	28 %	<input type="checkbox"/>
■ Inventaire de dépression de Beck	28 %	<input type="checkbox"/>
■ South Oaks Gambling Screen (SOGS) couvrant les 6 derniers mois	16 %	<input type="checkbox"/>
Autre forme de suivi après l'évaluation post-traitement (si différent), précisez :		
<input type="radio"/> Suivi individuel et de groupe au besoin, sans outil particulier		
<input type="radio"/> Parrainage		

	Outils régulièrement utilisés	Outils les plus efficaces
Rencontres de suivi 3 mois, 6 mois et 12 mois après l'évaluation post-traitement		
■ Liste des critères diagnostiques du jeu pathologique selon le DSM-IV	<input type="checkbox"/>	22 %
■ Questions liées au jeu	<input type="checkbox"/>	16 %
■ Perception d'efficacité personnelle devant les principales situations à risque	<input type="checkbox"/>	16 %
■ Inventaire d'anxiété de Beck	<input type="checkbox"/>	16 %
■ Inventaire de dépression de Beck	<input type="checkbox"/>	16 %
■ South Oaks Gambling Screen (SOGS) couvrant les 6 derniers mois	<input type="checkbox"/>	11 %

RÉFÉRENCES

- ABBOTT, M. W.** (2006). «Do EGMs and problem gambling go together like a horse and carriage», *Gambling Research*, 18(1), 7-38.
- ABBOTT, D. A., CRAMER, S. L., et SHERRETS, S. D.** (1995), «Pathological gambling and the family: Practice implications», *Families in Society*, 76, 213-219.
- ABBOTT, M. W., VOLBERG, R. A. et RÖNNBERG, S.** (2004). «Comparing the New Zealand and Swedish national surveys of gambling and problem gambling», *Journal of Gambling Studies*, 20, 237-258.
- ALLARD, D. et PAPINEAU, É.** (2006). *Évaluation du programme expérimental sur le jeu pathologique/Rapport synthèse*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 99 p.
- AMERICAN GAMING ASSOCIATION** (2009). «Industry information fact sheets. Gaming revenue: 10-year trends», Consulté sur le site Internet de l'American Gaming Association: http://www.americangaming.org/Industry/factsheets/statistics_detail.cfv?id=8.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION** (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed.)*, Washington, DC, Author.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION** (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed., Revised)*, Washington, DC, Author.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION** (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (Fourth ed.)*, Washington, DC, Author.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION** (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (Fourth ed., Text Revision)*, Washington, DC, Author.
- ANGERMEYER, M. C., MATSCHINGER, H. et RIEDEL-HELLER, S. G.** (2001). «What to do about mental disorder help-seeking recommendations of the lay public», *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103, 220-225.
- APODACA, T. R. et MILLER, W. R.** (2003). «A meta-analysis of the effectiveness of bibliotherapy for alcohol problems», *Journal of Clinical Psychology*, 59, 289-304.
- AUGERAUD, E., DEBEUGNY, S. P., MARCHAND, C. et MANGON, H.** (2006). «Alcool dépendants détenus en maison d'arrêt: Qui sont les demandeurs d'aide? Which alcohol-dependent prisoners tend to seek help?», *Alcoologie et Addictologie*, 28(1), 5-12.
- AZIMER, J. J.** (2000). *Canadian gambling behaviour and attitudes: Summary report*, Calgary, Canada West Foundation.
- AZIMER, J. J.** (2005). *Gambling in Canada 2005: Statistics and context*, Calgary, Canada West Foundation.

- BALLON, B., KIRST, M. et SMITH, P.** (2004). «Youth help-seeking expectancies and their relation to help-seeking behaviours for substance use problems», *Addiction Research & Theory*, 12(3), 241-260.
- BATTERSBY, M., TOLCHARD, B., SCURRAH, M. et THOMAS, L.** (2006). «Suicide ideation and behaviour in people with pathological gambling attending a treatment service», *International Journal of Mental Health Addiction*, 4, 233-246.
- BEAUDOIN, C. M. et COX, B. J.** (1999). «Characteristics of problem gambling in a Canadian context: A preliminary study using a DSM-IV-based questionnaire», *Canadian Journal of Psychiatry*, 44, 483-487.
- BELLAIRE, W. et CASPARI, D.** (1992). «Diagnosis and therapy of male gamblers in a university psychiatric hospital», *Journal of Gambling Studies*, 8, 143-150.
- BENENSON, J. F. et KOULNARARIAN, M.** (2008). «Sex differences in help-seeking appear in early childhood», *British Journal of Developmental Psychology*, 26, 163-169.
- BERNER, M. M., LEIBER, C., KRISTON, L., STODDEN, V. et GÜNZLER, C.** (2008). «Effects of written information material on help-seeking behavior in patients with erectile dysfunction: A longitudinal study», *Journal of Sexual Medicine*, 5, 436-447.
- BERTRAND, K., DUFOUR, M., WRIGHT, J. et LASNIER, B.** (2008). «Adapted couple therapy (ACT) for pathological gamblers: A promising avenue», *Journal of Gambling Studies*, 24, 393-409.
- BIEN, T. H., MILLER, W. R. et TONIGAN, J. S.** (1993). «Brief interventions for alcohol problems: A review», *Addiction*, 88, 315-336.
- BLACK, D. W.** (2004). «An open-label trial of bupropion in the treatment of pathological gambling», *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 24, 108-110.
- BLACK, D. W. et MOYER, T.** (1998). «Clinical features and psychiatric comorbidity of subjects with pathological gambling behavior», *Psychiatric Services*, 49, 1434-1439.
- BLACK, D. W., SHAW, M., FORBUSH, K. T. et ALLEN, J.** (2007). «An open-label trial of escitalopram in the treatment of pathological gambling», *Clinical Neuropharmacology*, 30, 206-212.
- BLANCO, C., GRANT, J., PETRY, N. M., SIMPSON, H. B., ALEGRIA, A., LIU, S.-M. et HASIN, D.** (2008). «Prevalence and correlates of shiplifting in the United States: Results from the National Epidemiologic Survey of Alcohol and Related Conditions (NESARC)», *American Journal of Psychiatry*, 165, 905-913.
- BLANCO, C., PETKOVA, E., IBANEZ, A., et SÁIZ-RUIZ, J.** (2002). «A pilot placebo-controlled study of fluvoxamine for pathological gambling», *Annals of Clinical Psychiatry*, 14, 9-15.
- BLAND, R. C., NEWMAN, S. C., ORN, H. et STEBELSKY, G.** (1993). «Epidemiology of pathological gambling in Edmonton», *Canadian Journal of Psychiatry*, 38, 108-112.
- BLASZCZYNSKI, A. P. et MCCONAGHY, N.** (1994). «Criminal offenses in Gamblers Anonymous and hospital treated pathological gamblers», *Journal of Gambling Studies*, 10, 99-127.
- BLASZCZYNSKI, A. et NOWER, L.** (2002). «A pathways model of problem and pathological gambling», *Addiction*, 97, 487-499.
- BONDOLFI, G., OSIEK, C. et FERRERO, F.** (2000). «Prevalence estimates of pathological gambling in Switzerland», *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101, 473-475.
- BOUTIN, C. et LADOUCEUR, R.** (2006). *Y a-t-il un joueur dans votre entourage?*, Montréal, Les Éditions de l'Homme.
- BREEN, R. et ZUCKERMAN, M.** (1999). «Chasing in gambling behavior: personality and cognitive determinants», *Personality and Individual Differences*, 27, 1097-1111.
- CABASSA, L. J.** (2007). «Latino immigrant men's perceptions of depression and attitudes toward help seeking», *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 29, 492-509.

CANADIAN PARTNERSHIP FOR RESPONSIBLE GAMBLING

(2009). *Canadian gambling digest 2007-2008*, Author.

CARLBRING, P. et SMITH, F.

(2008). «Randomized trial of internet-delivered self-help with telephone support for pathological gamblers», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 1090-1094.

CASEY, L. M., OEI, T. P. S., MELVILLE, K. M., BOURKE, E. et NEWCOMBE, P. A.

(2008). «Measuring self-efficacy in gambling: The Gambling Refusal Self-Efficacy Questionnaire», *Journal of Gambling Studies*, 24, 229-246.

CELLUCCI, T., KROGH, J. et VIK, P.

(2006). «Help Seeking for Alcohol Problems in a College Population», *Journal of General Psychology*, 133, 421-433.

CENTRE DE RÉFÉRENCE DU GRAND MONTRÉAL

(2008). *Répertoire des services communautaires du Grand Montréal 2008-2009*, Montréal, Centre de référence du Grand Montréal.

CHAMBLESS, D. L. et HOLLON, S. D.

(1998). «Defining empirically supported therapies», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(1), 7-18.

CHEVALIER, S., ALLARD, D., KIMPTON, M-A., AUDET, C., HAMEL, D. et ST-LAURENT, D.

(2005). *Évaluation du programme expérimental sur le jeu pathologique. Monitoring évaluatif – indicateurs d'implantation, mai 2001-décembre 2003*, Québec, Institut national de santé publique du Québec.

CHEW-GRAHAM, C. A., ROGERS, A. et YASSIN, N.

(2003). «I wouldn't want it on my CV or their records»: Medical students' experiences of help-seeking for mental health problems», *Medical Education*, 37(10), 873-880.

CHICK, J., RITSON, B., CONNAUGHTON, J. et STEWART, A.

(1988). «Advice versus extended treatment for alcoholism: A controlled study», *British Journal of Addiction*, 83, 159-170.

CIARROCCHI, J. W. et REINERT, D. F.

(1993). «Family environment and length of recovery for married male members of Gamblers Anonymous and female members of GamAnon», *Journal of Gambling Studies*, 9, 341-352.

CLIFFORD, G. (2008). «The evolution of problem gambling helplines», dans **ZANGEHEH, M., BLASZCZYNSKI, A. et TURNER, N. E.** (Eds.). *In the pursuit of winning: Problem gambling theory, research and treatment*, 291-312, New York, NY: Springer.

COMITÉ PERMANENT SUR LES TROUBLES CONCOMITANTS

(2005). *Boîte à outils – Instruments de dépistage des troubles mentaux*, Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes, disponible sur le site de l'ACRDQ: www.acrdq.qc.ca.

COOPERSTOCK, R. (1979). «A review of women's psychotropic drug use», *Journal of Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie*, 24, 29-34.

COX, B. J., YU, N., AFIFI, T. O., et LADOUCEUR, R. (2005). «A national survey of gambling problems in Canada», *Canadian Journal of Psychiatry*, 50, 213-217.

CRISP, A. H., GELDER, M. G., RIX, S., MELTZER, H. I. et ROWLANDS, O. J. (2000). «Stigmatization of people with mental illness», *British Journal of Psychiatry*, 177, 4-7.

CRISP, B. R., JACKSON, A. C., THOMAS, S. A., SMITH, S., BORRELL, J., HO, W. et HOLT, T. (2001). «Is more better? The relationships between outcomes achieved by problem gamblers and the number of counselling sessions attended», *Australian Social Work*, 54(3), 83-92.

CRISP, B. R., THOMAS, S. A., JACKSON, A. L., THOMASON, N. (2001). «Partners of problem gamblers who present for counseling: demographic profile and presenting problems», *Journal of Family Studies*, 7, 208-216.

CROCKFORD, D. N. et EL-GUEBALY, N. (1998). «Naltrexone in the treatment of pathological gambling and alcohol dependence (letter)», *Canadian Journal of Psychiatry*, 43, 86.

CUNNINGHAM-WILLIAMS, R.M., GRUCZA, R.A., COTTLER, L.B., WOMACK, S.B., BOOKS, S.J., PRZYBECH, T.R., SPITZNAGEL, E.L. et CLONINGER, C.R. (2005). «Prevalence and predictors of pathological gambling: Results from the St. Louis personality, health and lifestyle (SLPHL) study», *Journal of Psychiatric Research*, 39(4), 377-390.

- CUNNINGHAM, J. A., HODGINS, D. C. et TONEATTO, T.** (2008). «Problem gamblers' interest in self-help services», *Psychiatric Services*, 59, 695-696.
- DANNON, P. N., LOWENGRUB, K., GONOPOLSKI, Y., MUSIN, E. et KOTLER, M.** (2005). «Topiramate versus fluvoxamine in the treatment of pathological gambling: A randomized, blind-rater comparison study», *Clinical Neuropharmacology*, 28, 6-10.
- DANNON, P. N., LOWENGRUB, K., MUSIN, E., GONOPOLSKI, Y. et KOTLER, M.** (2005). «Sustained-release bupropion versus naltrexone in the treatment of pathological gambling: a preliminary blind-rater study». *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 25, 593-6.
- DARBYSHIRE, P., OSTER, C., CARRIG, H.** (2001). «The experience of pervasive loss: Children and young people living in a family where parental gambling is a problem», *Journal of Gambling Studies*, 17, 23-45.
- DEANE, F. P. et CHAMBERLAIN, K.** (1994). «Treatment fearfulness and distress as predictors of professional psychological help-seeking», *British Journal of Guidance and Counseling*, 22, 207-217.
- DELL'OSSO, B., ALLEN, A. et HOLLANDER, E.** (2005). «Comorbidity issues in the pharmacological treatment of pathological gambling: A critical review», *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 10, 1-21.
- DENNIS, M. L.** (1999). *Global Appraisal of Individual Needs: Administration guide for the GAIN and related measures (Version: 1299)*, Bloomington, IL: Chestnut Health Systems.
- DENNIS, M. L., TITUS, J. C., WHITE, M. K. et UNSICKER, J. I.** (2007). *Global Appraisal of Individual Needs: Administration guide for the GAIN and related measures (Version 5)*, Bloomington, IL: Chestnut Health Systems.
- DENNIS, M. L., TITUS, J. C., WHITE, M. K., UNSICKER, J. I. et HODGKINS, D.** (2003). *Global Appraisal of Individual Needs: Administration guide for the GAIN and related measures (Version 5)*, Bloomington, IL: Chestnut Health Systems.
- DEREVENSKY, J. L., GUPTA, R. et WINTERS, K.** (2003). «Prevalence rates of youth gambling problems: Are the current rates inflated?», *Journal of Gambling Studies*, 19, 405-425.
- DESAI, R. A., DESAI, M. M., et POTENZA, M. N.** (2007). «Gambling, health and age: data from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions», *Psychology of Addictive Behaviors*, 21, 431-440.
- DERVIC, K., GOULD, M. S., LENZ, G., KLEINMAN, M., AKKAYA-KALAYCI, T., VELTING, D. et coll.** (2006). «Youth suicide risk factors and attitudes in New York and Vienna: A cross-cultural comparison», *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36, 539-552.
- DICKERSON, M. G., HINCHY, J. et ENGLAND, S.** (1990). «Minimal treatments and problem gamblers: A preliminary investigation», *Journal of Gambling Studies*, 6, 87-102.
- DICKERSON, M. G. et WEEKS, D.** (1979). «Controlled gambling as a therapeutic technique for compulsive gamblers», *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 10, 139-141.
- DOIRON, J.** (2006). Gambling and problem gambling in Prince Edward Island, Prince Edward Island Department of Health.
- DOWLING, N., SMITH, D. et THOMAS, T.** (2007). «A comparison of individual and group cognitive-behavioural treatment for female pathological gambling», *Behaviour Research and Therapy*, 45, 2192-2202.
- DUVARCI, I. et VARAN, A.** (2000). «Descriptive features of Turkish pathological gamblers», *Scandinavian journal of psychology*, 41, 253-260.
- ECHEBURUA, E., BAEZ, C. et FERNANDEZ-MONTALVO, J.** (1994). «Efectividad diferencial de diversas modalidades terapéuticas en el tratamiento psicológico del juego patológico: Un estudio experimental [Differential effectiveness of diverse therapeutic modalities in the psychological treatment of pathological gambling: An experimental study]», *Análisis y Modificación de Conducta*, 20, 617-643.

- ECHEBURUA, E., BAEZ, C. et FERNANDEZ-MONTALVO, J.** (1996). «Comparative effectiveness of three therapeutic modalities in the psychological treatment of pathological gambling», *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 24(1), 51-72.
- EDWARDS, G. et coll.** (1977). «Alcoholism: A controlled trial of treatment and advice», *Journal of Studies on Alcohol*, 38, 1004-1031.
- EISENBERG, D., GOLBERSTEIN, E. et GOLLUST, S. E.** (2007). «Help-seeking and access to mental health care in a university student population», *Medical Care*, 45, 594-601.
- EVANS, L. et DELFABBRO, P. H.** (2005). «Motivators for change and barriers to help-seeking in Australian problem gamblers», *Journal of Gambling Studies*, 21, 133-155.
- FISHER, J., NADLER, A. et WHITCHER-ALAGNA, S.** (1982). «Recipient reactions to aid», *Psychological Bulletin*, 91, 27-54.
- FOCAL RESEARCH CONSULTANTS LTD.** (2001). 2001 Survey of gambling and problem gambling in New Brunswick, Halifax, New Brunswick Department of Health & Wellness.
- FOCAL RESEARCH CONSULTANTS LTD.** (2008). *2007 adult gambling prevalence study*, Nova Scotia Health Promotion and Protection.
- FONG, T., KALECHSTEIN, A., BERNHARD, B., ROSENTHAL, R. et RUGLE, L.** (2008). «A double-blind, placebo-controlled trial of olanzapine for the treatment of video poker pathological gamblers», *Pharmacology, Biochemistry and Behavior*, 89, 298-303.
- FRANK, M. L., LESTER, D. et WEXLER, A.** (1991). «Suicidal behaviour among members of Gamblers Anonymous», *Journal of gambling studies*, 7, 249-254.
- FREEDENTHAL, S. et STIFFMAN, A. R.** (2007). «They might think I was crazy»: Young American Indians' reasons for not seeking help when suicidal», *Journal of Adolescent Research*, 22(1), 58-77.
- FREIDENBERG, B. M., BLANCHARD, E. B., WULFERT, E. et MALTA, L. S.** (2002). «Changes in physiological arousal to gambling cues among participants in motivationally enhanced cognitive-behavior therapy for pathological gambling: A preliminary study», *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 27, 251-260.
- FRENCH, M. T., MACLEAN, J. C., ETTNER, S. L.** (2008). «Drinkers and bettors: Investigating the complementarity of alcohol consumption and problem gambling», *Drug and Alcohol Dependence*, 96, 155-164.
- FUNG, K. et WONG, Y.-L. R.** (2007). «Factors influencing attitudes towards seeking professional help among East and Southeast Asian immigrant and refugee women», *International Journal of Social Psychiatry*, 53, 216-231.
- GAMBINO, B.** (2006). «Clarifying the at-risk label: A commentary», *Journal of Gambling Issues*, 16.
- GEORGE-CONCEPCION, G. S.** (2008). «The impact of stigma on attitudes toward seeking professional psychological help on the island of Saipan (Japan)», *Dissertation Abstracts International*, 68(8-B), 5633.
- GEORGE, S. et MURALI, V.** (2005). «Pathological gambling: An overview of assessment and treatment», *Advances in Psychiatric Treatment*, 11, 450-456.
- GOLDSTON, D. B., MOLOCK, S. D., WHITEBECK, L. B., MURAKAMI, J. L., ZAYAS, L. H. et HALL, G. C. N.** (2008). «Cultural considerations in adolescent suicide prevention and psychosocial treatment», *American Psychologist*, 63(1), 14-31.
- GONZALEZ-EASTEP, D.** (2008). «Family support and help seeking behavior of Colombian immigrants», *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 68 (10-B), 6992.

- GOSSOP, M.** (1978). «Drug dependence: A study of the relationship between motivational, cognitive, social and historical factors, and treatment variables», *Journal of Nervous and Mental Disease*, 166(1), 44-50.
- GÖTESTAM, K. G. et JOHANSON, A.** (2003). «Brief report: Characteristics of gambling and problematic gambling in the Norwegian context A DSM-IV-based telephone interview study», *Addictive Behaviors*, 28, 189-197.
- GOVERNEMENT DU QUÉBEC** (2002). *Agir ensemble: Plan d'action gouvernemental sur le jeu pathologique 2002-2005*, Québec, gouvernement du Québec, 40 p.
- GOVERNEMENT DU QUÉBEC** (2006). *Unis dans l'action: Plan d'action interministériel en toxicomanie*, Québec, gouvernement du Québec, 80 p.
- GOVERNEMENT DU QUÉBEC** (2007). *Unis dans l'action: Programme-services Dépendances: Offre de service 2007-2012*, Québec, gouvernement du Québec, 56 p.
- GRANT, J. E., DESAI, R. A. et POTENZA, M. N.** (2009). «Relationship of nicotine dependence, subsyndromal and pathological gambling, and other psychiatric disorders: Data from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions », *Journal of Clinical Psychiatry*, 70(3), 334-343.
- GRANT, J. E., KIM, S. W. et ODLAUG, B. L.** (2007). «N-acetyl cysteine, a glutamate-modulating agent, in the treatment of pathological gambling: A pilot study », *Society of Biological Psychiatry*, 62, 652-657.
- GRANT, J. E. et POTENZA, M. N.** (2006). «Escitalopram treatment of pathological gambling with co-occurring anxiety: an open-label pilot study with double-blind discontinuation », *International Clinical Psychopharmacology*, 21, 203-209.
- GRANT, J. E. et POTENZA, M. N.** (2005). «Tobacco use and pathological gambling », *Annals of Clinical Psychiatry*, 17, 237-241.
- GRANT, J. E., POTENZA, M. N., HOLLANDER, E., CUNNINGHAM-WILLIAMS, R., NURMINEN, T., SMITS, G. et KALLIO, A.** (2006). «Multicenter investigation of the opioid antagonist nalmefene in the treatment of pathological gambling », *American Journal of Psychiatry*, 163 (2), 303-312.
- GRANT, J. E., STEINBERG, M. A., KIM, S. W., ROUNSAVILLE, B. J. et POTENZA, M. N.** (2004). «Preliminary validity and reliability testing of a structured clinical interview for pathological gambling », *Psychiatric Research*, 128(1), 79-88.
- GUPTA, R. et DEREVENSKY, J. L.** (1998). «Adolescent gambling behavior: A prevalence study and examination of the correlates associated with problem gambling », *Journal of Gambling Studies*, 14, 319-345.
- HARDOON, K. et DEREVENSKY, J.** (2002). «Child and adolescent gambling behavior: Our current knowledge », *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 7, 263-281.
- HARDOON, K., DEREVENSKY, J. L. et GUPTA, R.** (2003). «Empirical measures vs. perceived gambling severity among youth - Why adolescent problem gamblers fail to seek treatment », *Addictive Behaviors*, 28, 933-946.
- HEINEMAN, M.** (1987). «A comparison: The treatment of wives of alcoholics with the treatment of wives of pathological gamblers », *Journal of Gambling Behavior*, 3, 27-40.
- HENRIKSSON, L. E.** (2001). «Gambling in Canada: Some insights for cost - benefit analysis », *Managerial and Decision Economics*, 22, 113-123.
- HEPWORTH, N. et PAXTON, S. J.** (2007). «Pathways to help-seeking in bulimia nervosa and binge eating problems: A concept mapping approach », *International Journal of Eating Disorders*, 40, 493-504.
- HODGINS, D. C.** (2005). «Implications of a brief intervention trial for problem gambling for future outcome research », *Journal of Gambling Studies*, 21, 13-19.

- HODGINS, D. C., CURRIE, S. R. et EL-GUEBALY, N.** (2001). «Motivational enhancement and self-help treatments for problem gambling», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(1), 50–57.
- HODGINS, D. C., CURRIE, S. R., EL-GUEBALY, N. et PEDEN, N.** (2004). «Brief motivational treatment for problem gambling: A 24 month follow-up», *Psychology of Addictive Behaviors*, 18, 293–296.
- HODGINS, D. C. et EL-GUEBALY, N.** (2000). «Natural and treatment assisted recovery from gambling problems: Comparison of resolved and active gamblers», *Addiction*, 95, 777–789.
- HODGINS, D. C., MANSLEY, C., et THYGESEN, K.** (2006). «Risk factors for suicide ideation and attempts among pathological gamblers», *The American Journal on Addictions*, 15, 303–310.
- HODGINS, D. C. et MAKARCHUK, K.** (2003). «Trusting problem gamblers: Reliability and validity of self-reported gambling behavior», *Psychology of Addictive Behavior*, 17, 244–248.
- HODGINS, D. C., PEDEN, N. et MAKARCHUK, K.** (2004). «Self-efficacy in pathological gambling treatment outcome: Development of a Gambling Abstinence Self-efficacy Scale (GASS)», *International Gambling Studies*, 4(2), 99–108.
- HODGINS, D. C., SHEAD, N. W. et MAKARCHUK, K.** (2007). «Relationship satisfaction and psychological distress among concerned significant others of pathological gamblers», *Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(1), 65–71.
- HODGINS, D. C., WYNNE, H. et MAKARCHUK, K.** (1999). «Pathways to recovery from gambling problems: Follow-up from a general population survey», *Journal of Gambling Studies*, 15, 93–104.
- HOLLANDER, E., DECARIA, C. M., FINKELL, J. N. et coll.** (2000). «A randomized double-blind fluvoxamine/placebo crossover trial in pathological gambling», *Society of Biological Psychiatry*, 47, 813–817.
- HOLLANDER, E., DECARIA, C. M., MARI, E., WONG, C. M., MOSOVICH, S., GROSSMAN, R. et BEGAZ, T.** (1998). «Short-term single-blind fluvoxamine treatment of pathological gambling», *American Journal of Psychiatry*, 155, 1781–1783.
- HOLLANDER, E., PALLANTI, S., ALLEN, A., SOOD, E. et BALDINI ROSSI, N.** (2005). «Does sustained-release lithium reduce impulsive gambling and affective instability versus placebo in pathological gamblers with bipolar spectrum disorders?», *American Journal of Psychiatry*, 162(1), 137–145.
- HOLUB, A., HODGINS, D. C. et PEDEN, N. E.** (2005). «Development of the temptations for gambling questionnaire: A measure of temptation in recently quit gamblers», *Addiction Research and Theory*, 13(2), 179–191.
- HWANG, W.-C., MYERS, H. F., ABE-KIM, J. et TING, J. Y.** (2008). «A conceptual paradigm for understanding culture's impact on mental health: The cultural influences on mental health (CIMH) model», *Clinical Psychology Review*, 28, 211–227.
- IBANEZ, A., BLANCO, C., DONAHUE, E., LESIEUR, H. R., CASTRO, I. P., FERNANDEZ-PIQUERAS, J. et SÁIZ-RUIZ, J.** (2001). «Psychiatric comorbidity in pathological gamblers seeking treatment», *American Journal of Psychiatry*, 158, 1733–1735.
- IPSOS-REID et GEMINI RESEARCH** (2008). *British Columbia problem gambling prevalence study*, British Columbia, Ministry of Public Safety and Solicitor General.
- JACKSON, D. N.** (2007). «Attitudes toward seeking professional psychological help among Jamaican adolescents», *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 67 (8-B), 4711.
- JACOBS, D. F.** (2000). «Juvenile gambling in North America: An analysis of long-term trends and future prospects», *Journal of Gambling Studies*, 16, 119–152.

- JEFFERSON, S. et NICKI, R.** (2003). «A new instrument to measure cognitive distortions in video lottery terminal users: the Informational Biases Scale (IBS)», *Journal of Gambling Studies*, 19, 387-403.
- JESSE, D. E., DOLBIER, C. L. et BLANCHARD, A.** (2008). «Barriers to seeking help and treatment suggestions for prenatal depressive symptoms: Focus groups with rural low-income women», *Issues in Mental Health Nursing*, 29(1), 3-19.
- JIMENEZ-MURCIA, S., ALVAREZ-MOYA, E. M., GRANERO, R., AYMAMI, M. N., GOMEZ-PENA, M., JAURRIETA, N., SANS, B., RODRIGUEZ-MARTI, J. et VALLEJO, J.** (2007). «Cognitive-behavioral group treatment for pathological gambling: Analysis of effectiveness and predictors of therapy outcome», *Psychotherapy Research*, 17, 544-552.
- JOURARD, S. M.** (1964). *The transpersonal self*, New York: Van Nostrand.
- KAIROUZ, S., BOYER, R., NADEAU, L., PERREAU, M., FISET-LANIEL, J.** (2008). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) – cycle 1.2. Brochure 4 – Portrait de l'état de santé mentale au Québec*, Institut de la statistique du Québec.
- KASSINOVE, J.** (1998). «Development of the Gambling Attitude Scales: preliminary findings», *Journal of Clinical Psychology*, 54, 763-771.
- KAUSCH, O.** (2003). «Suicide attempts among veterans seeking treatment for pathological gambling», *Journal of Clinical Psychiatry*, 64, 1031-1038.
- KESSLER, R. C., HWANG, I., LABRIE, R., PETUKHOVA, M., SAMPSON, N. A., WINTERS, K. C. et coll.** (2008). «DSM-IV pathological gambling in the National Comorbidity Survey Replication», *Psychological Medicine*, 1-10.
- KEZWER, G.** (1995). «Physicians say government-approved love affair with gambling sure bet to cause problems», *Canadian medical association journal*, 154, 84-88.
- KIM, S. W. et GRANT, J. E.** (2001). «An open naltrexone treatment study in pathological gambling disorder», *International Clinical Psychopharmacology*, 16, 285-289.
- KIM, S. W., GRANT, J. E., ADSON, D. E. et coll.** (2002). «A double-blind placebo-controlled study of the efficacy and safety of paroxetine in the treatment of pathological gambling», *Journal of Clinical Psychiatry*, 63, 501-507.
- KIM, S. W., GRANT, J. E., ADSON, D. E. et SHIN, Y. C.** (2001). «Double-blind naltrexone and placebo comparison study in the treatment of pathological gambling», *Society of Biological Psychiatry*, 49, 914-921.
- KOMIYA, N., GOOD, G. E. et SHERROD, N. B.** (2000). «Emotional openness as a predictor of college students' attitudes toward seeking psychological help», *Journal of Counseling Psychology*, 47, 138-143.
- KONG, W. W. et LU, P.-C.** (2008). «How symptom manifestations affect help seeking for mental health problems among Chinese Americans», *Journal of Nervous and Mental Disease*, 196(1), 46-54.
- KORMAN, L. M., COLLINS, J., DUTTON, D., DHAYANANTHAN, B., LITTMAN-SHARP, N., et SKINNER, W.** (2007). «Problem gambling and intimate partner violence», *Journal of Gambling Studies*, 24, 13-23.
- KROGH, J. H.** (2007). «Personal and social influences: Internal and external factors in predicting intentions to seek professional psychological help», *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 68 (3-B).
- KUSHNER, M. G. et SHER, K. J.** (1989). «Fear of psychological treatment and its relation to mental health service avoidance», *Professional Psychology: Research and Practice*, 20, 251-257.
- LADD, G. T. et PETRY, N. M.** (2003). «A comparison of pathological gamblers with and without substance abuse treatment histories», *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 11, 202-209.

- LADOUCEUR, R.** (1991). «Prevalence estimates of pathological gambling in Quebec», *Canadian Journal of Psychiatry*, 36, 732-734.
- LADOUCEUR, R.** (2001). «Conceptual issues in screening and diagnostic instruments: Implications for treatment and prevention of gambling disorders», Las Vegas, NV, Paper presented at the Toward Meaningful Diagnosis of Gambling Disorders, From Theory to Practice Conference.
- LADOUCEUR, R.** (2005). «Controlled gambling for pathological gamblers», *Journal of Gambling Studies*, 21, 51-59.
- LADOUCEUR, R., BOUTIN, C., LACHANCE, S., DOUCET, C., et SYLVAIN, C.** (2000). *Programme d'évaluation et de traitement des joueurs excessifs*, Québec, Université Laval, Centre québécois d'excellence pour la prévention et le traitement du jeu.
- LADOUCEUR, R., BLASZCZYNSKI, A. et PELLETIER, A.** (2004). «Why adolescent problem gamblers do not seek treatment», *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 13(4), 1-12.
- LADOUCEUR, R., BOISVERT, J., PÉPIN, M., LORANGER, M. et SYLVAIN, C.** (1994). «Social cost of pathological gambling», *Journal of Gambling Studies*, 10, 399-409.
- LADOUCEUR, R., BOUCHARD, C., RHÉAUME, N., JACQUES, C., FERLAND, F., LEBLOND, J. et coll.** (2000). «Is the SOGS an accurate measure of pathological gambling among children, adolescents and adults?», *Journal of Gambling Studies*, 16, 1-24.
- LADOUCEUR, R., BOUDREAU, N., JACQUES, C. et VITARO, F.** (1999). «Pathological gambling and related problems among adolescents», *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, 8, 55-68.
- LADOUCEUR, R., DUMONT, J., GIROUX, I., JACQUES, C., SYLVAIN, C., BOUIN, C., LACHANCE, S., FERLAND, F.** (2000). *Entrevue diagnostique sur le jeu pathologique révisée (EDJP-R)*, Québec, Centre québécois d'excellence pour la prévention et le traitement du jeu.
- LADOUCEUR, R., DUBÉ, D. et BUJOLD, A.** (1994). «Gambling among primary school students», *Journal of Gambling Studies*, 10, 363-370.
- LADOUCEUR, R., FERLAND, F., POULIN, C., VITARO, F. et WIEBE, J.** (2005). «Concordance between the SOGS-RA and the DSM-IV criteria for pathological gambling among youth», *Psychology of Addictive Behaviors*, 19, 271-276.
- LADOUCEUR, R., GOSSELIN, P., LABERGE, M. et BLASZCZYNSKI, A.** (2001). «Dropouts in clinical research: Do results reported in the field of addiction reflect clinical reality?», *The Behavior Therapist*, 24, 44-46.
- LADOUCEUR, R., JACQUES, C., CHEVALIER, S., SÉVIGNY, S., HAMEL, D. et ALLARD, D.** (2004). *Prévalence des habitudes de jeu et du jeu pathologique au Québec en 2002*, Québec et Montréal, Université Laval et Institut national de santé publique du Québec.
- LADOUCEUR, R., JACQUES, C., CHEVALIER, S., SÉVIGNY, S. et HAMEL, D.** (2005). «Prevalence of pathological gambling in Quebec in 2002», *Canadian Journal of Psychiatry*, 50, 451-456.
- LADOUCEUR, R., JACQUES, C., FERLAND, F. et GIROUX, I.** (1999). «Prevalence of problem gambling: A replication study 7 years later», *Canadian Journal of Psychiatry*, 44, 802-804.
- LADOUCEUR, R., LACHANCE, S. et FOURNIER, P.-M.** (2009). «Is control a viable goal in the treatment of pathological gambling?», *Behaviour Research and Therapy*, 47, 189-197.
- LADOUCEUR, R., SYLVAIN, C., BOUTIN, C. et DOUCET, C.** (2000). *Le jeu excessif: Comprendre et vaincre le gambling*, Québec: Les Éditions de l'Homme.
- LADOUCEUR, R., SYLVAIN, C., BOUTIN, C., LACHANCE, S., DOUCET, C. et LEBLOND, J.** (2003). «Group therapy for pathological gamblers: A cognitive approach», *Behaviour Research and Therapy*, 41, 587-596.

- LADOUCEUR, R., SYLVAIN, C., SÉVIGNY, S., POIRIER, L., BRISSON, L., DIAS, C., DUFOUR, C. et PILOTE, P.** (2004). *Caractéristiques des joueurs excessifs selon le mode de traitement*, Québec, Université Laval.
- LADOUCEUR, R., SYLVAIN, C., SÉVIGNY, S., POIRIER, L., BRISSON, L., DIAS, C., DUFOUR, C. et PILOTE, P.** (2006). «Pathological gamblers: Inpatients versus outpatients characteristics», *Journal of Gambling Studies*, 22, 443-450.
- LANE, J. M. et ADDIS, M. E.** (2005). «Male gender role conflict and patterns of help seeking in Costa Rica and the United States», *Psychology of Men & Masculinity*, 6(3), 155-168.
- LEBLOND, J., LADOUCEUR, R. et BLASZCZYNSKI, A.** (2003). «Which pathological gamblers will complete treatment? A closer look at impulsivity», *British Journal of Clinical Psychology*, 42, 205-209.
- LEDGERWOOD, D. M. et PETRY, N. M.** (2004). «Gambling and suicidality in treatment seeking pathological gamblers», *Journal of Nervous and Mental Disease*, 192, 711-714.
- LEDGERWOOD, D. M. et PETRY, N. M.** (2005). «Current trends and future directions in the study of psychosocial treatments for pathological gambling», *American Psychosocial Society*, 14(2), 89-94.
- LEDGERWOOD, D. M. et PETRY, N. M.** (2006). «Psychological experience of gambling and subtypes of pathological gamblers», *Psychiatry Research*, 144(1), 17-27.
- LEMAIRE, J., MACKAY, T.-L. et PATON, D.** (2008). *Manitoba gambling and problem gambling 2006*, Addictions Foundation of Manitoba.
- LESIEUR, H. R.** (2001). «Cluster analysis of types of inpatient pathological gamblers», *Dissertation Abstracts International: The Sciences and Engineering*, 62 B, 2065.
- LESIEUR, H. R.** (2003). «Adolescent gambling research: The next wave», dans **SHAFFER, H. J., HALL, M. N., VANDER BILT, J. et GEORGE, E. M.** (Eds.), *Futures at stake: Youth, gambling, and society* (pp 228-255), Reno, NV: University of Nevada Press.
- LESIEUR, H. R. et BLUMES, S. B.** (1987). «The South Oaks Gambling Screen (SOGS): a new instrument for the identification of pathological gamblers», *American Journal of Psychiatry*, 144, 1184-1188.
- LESIEUR, H. R. et BLUME, S. B.** (1993). «Revising the South Oaks Gambling Screen in different settings», 9(3), 213-223.
- LESTER, D. et JASON, O.** (1989). «Suicides at the casino», *Psychological Reports*, 64, 337-338.
- LIU, T., MACIEJEWSKI, P. K., POTENZA, M. N.** (2009). «The relationship between recreational gambling and substance abuse/dependence: Data from a nationally representative sample», *Drug and alcohol dependence*, 100, 164-168.
- LOPEZ-VIETS, V. C. et MILLER, W. R.** (1997). «Treatment approaches for pathological gamblers», *Clinical Psychology Review*, 17, 689-702.
- LORENZ, V. C. et SHUTTLESWORTH, D. E.** (1983). «The impact of pathological gambling on the spouse of the gambler», *Journal of community psychology*, 11(1), 67-76.
- LORENZ, V. C. et YAFFEE, R. A.** (1988). «Pathological gambling: Psychosomatic, emotional and marital difficulties as reported by the spouse», *Journal of Gambling Behavior*, 4(1), 13-26.
- LOTO-QUÉBEC** (1998). *Rapport annuel 1997-1998*, Montréal, Loto-Québec.
- LOTO-QUÉBEC** (2008). *Rapport annuel 2008*, Montréal, Loto-Québec.
- LUND, I.** (2006). «Gambling and problem gambling in Norway: What part does the gambling machine play?», *Addiction Research and Theory*, 14, 475-491.
- MACCALLUM, F., et BLASZCZYNSKI, A.** (2003). «Pathological gambling and suicidality: An analysis of severity and lethality», *Suicide and Life-Threatening Behaviour*, 33, 88-98.

- MAHALIK, J. R., GOOD, G. E. et ENGLAR-CARLSON, M.** (2003). «Masculinity scripts, presenting concerns, and help seeking: Implications for practice and training», *Professional Psychology: Research and Practice*, 34(2), 123-131.
- MARKET QUEST RESEARCH** (2005). *2005 Newfoundland and Labrador gambling prevalence study*, Government of Newfoundland and Labrador, Department of Health and Community Services.
- MAY, R., WHELAN, J., STEENBERGH, T. et MEYERS, A.** (2003). «The Gambling Self-Efficacy Questionnaire: an initial psychometric evaluation», *Journal of Gambling Studies*, 19, 339-357.
- MCCORMICK, R. A.** (1987). «Pathological gambling: A parsimonious need state model», *Journal of Gambling Behavior*, 3, 257-263.
- MCELROY, S. L., NELSON, E. B., WELGE, J. A., KAEHLER, L. et KECK, P. E.** (2008). «Olanzapine in the treatment of pathological gambling: A negative randomized placebo-controlled trial», *Journal of Clinical Psychiatry*, 30, e1-e8.
- MCGURRIN, M.** (1992). *Pathological gambling: Conceptual, diagnostic and treatment issues*, Sarasota, FL, Professional Resources Press.
- MCMILLAN, L. M., BELLINGER, M. E., TSE, S., BROWN, R., ROSSEN, F. et ADAMS, P.** (2004). «Long-term continuous clients and their needs: A New Zealand analysis», *International Gambling Studies*, 4(1), 17-32.
- MELVILLE, K. M., CASEY, L. M. et KAVANAGH, D. J.** (2007). «Psychological treatment dropout among pathological gamblers», *Clinical Psychology Review*, 27, 944-958.
- MILLAR, G.** (2004). «Toward the development and validation of a metacognitive scale for gambling behaviour», *Psychology of Addictive Behaviors*, Forthcoming.
- MILLER, W. R. et ROLLNICK, S.** (2006). *L'entretien motivationnel: aider la personne à engager le changement*, Paris, InterÉditions.
- MILTON, S., CRINO, R., HUNT, C. et PROSSER, E.** (2002). «The effect of compliance-improving interventions on the cognitive-behavioural treatment of pathological gambling», *Journal of Gambling Studies*, 18, 207-229.
- NADLER, A.** (1991). «Help-seeking behavior: Psychooogical costs and instrumental benefits», In **CLARK, M. S.** (Ed.) *Prosocial behavior. Review of personality and social psychology*, 12, 290-311, Thousand Oaks, CA, Sage.
- NATIONAL OPINION RESEARCH CENTER** (1999). *Gambling impact and behavior study: Report to the National Gambling Impact Study Commission*, Chicago, IL: National Opinion Research Center at the University of Chicago.
- NATIONAL RESEARCH COUNCIL** (1999). *Pathological gambling: A critical review*, Washington, DC: National Academy Press.
- NEWMAN, S. C. et THOMPSON, A. H.** (2003). «A population-based study of the association between pathological gambling and attempted suicide», *Suicide and life-threatening behavior*, 33(1), 80-87.
- NEWMAN, S. C. et THOMPSON, A. H.** (2007). «The association between pathological gambling and attempted suicide: Finding from a national survey in Canada», *The Canadian Journal of Psychiatry*, 52, 605-612.
- OAKES, J., BATTERSBY, M. W., POLS, R. G. et CROMARTY, P.** (2008). «Exposure therapy for problem gambling via videoconferencing: A case report», *Journal of Gambling Studies*, 24, 107-118.
- OMNIFACTS** (1993). *An examination of the prevalence of gambling in Nova Scotia*, Halifax, Nova Scotia Department of Health, Drug Dependency Services.

- PALLANTI, S., QUERCIOLO, L., SOOD, E. et HOLLANDER, E.** (2002). «Lithium and valproate treatment of pathological gambling: a randomized single-blind study», *Journal of Clinical Psychiatry*, 63, 559-564.
- PALLESEN, S., MOLDE, H., ARNESTAD, H. M., LABERG, J. C., SKUTLE, A., IVERSEN, E., STOYLEN, I. J. et KVALE, G.** (2007). «Outcome of pharmacological treatments of pathological gambling», *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 27, 357-364.
- PALLESEN, S., MORTEN, M., KVALE, G., JOHNSEN B-J. et MOLDE, H.** (2005). «Outcome of psychological treatments of pathological gambling: A review and meta-analysis», *Addiction*, 100, 1412-1422.
- PAVILLON FOSTER, CENTRE DOLLARD-CORMIER et CENTRE CASA** (2005). Bonifications du *Programme d'évaluation et de traitement des joueurs excessifs*, Québec, Université Laval, Centre québécois d'excellence pour la prévention et le traitement du jeu.
- PEDERSON, E. L. et VOGEL, D. L.** (2007). «Male gender role conflict and willingness to seek counseling: Testing a mediation model on college-aged men», *Journal of Counseling Psychology*, 54, 373-384.
- PELLETIER, O., LADOUCEUR, R. et RHÉAUME, J.** (2006). «Personality disorders and pathological gambling: Comorbidity and treatment dropout predictors», *International Gambling Studies*, 8, 299-313.
- PENFOLD, A., HATCHER, S., SULLIVAN, S. et COLLINS, N.** (2006a). «Gambling problems and attempted suicide. Part I. High prevalence amongst hospital admissions», *International Journal of Mental Health & Addiction*, 4, 265-272.
- PENFOLD, A., HATCHER, S., SULLIVAN, S. et COLLINS, N.** (2006b). «Gambling problems and attempted suicide. Part II. Alcohol abuse increases suicide risk», *International Journal of Mental Health & Addiction*, 4, 273-279.
- PETRY, N. M.** (2002). «How treatments for pathological gambling can be informed by treatments of substance use disorders», *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 10, 184-192.
- PETRY, N. M.** (2003). «Patterns and correlates of Gamblers Anonymous attendance in pathological gamblers seeking professional treatment», *Addictive Behaviors*, 28, 1049-1062.
- PETRY, N. M.** (2005). *Pathological gambling: Etiology, comorbidity, and treatment*, Washington, DC, American Psychological Association.
- PETRY, N. et KILUK, B.** (2002). «Suicidal ideation and suicide attempts in treatment-seeking pathological gamblers», *Journal of Nervous and Mental Disease*, 190, 462-469.
- PETRY, N. M., WEINSTOCK, J., LEDGERWOOD, D. M., et MORASCO, B.** (2008). «A randomized trial of brief interventions for problem and pathological gamblers», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 318-328.
- PETRY, N. M. et ARMENTANO, C.** (1999). «Prevalence, assessment, and treatment of pathological gambling: A review», *Psychiatric Services*, 50, 1021-1027.
- PETRY, N. M. et ONCKEN, C.** (2002). «Cigarette smoking is associated with increased severity of gambling problems in treatment-seeking gamblers», *Addiction*, 97, 745-753.
- PETRY, N., STINSON, F. et GRANT, B.** (2005). «Co-morbidity of DSM-IV pathological gambling and psychiatric disorders: Results from the National Epidemiology Survey on Alcohol and Related Conditions», *Journal of Clinical Psychiatry*, 66, 564-574.
- PRODUCTIVITY COMMISSION** (1999). *Australia's gambling industries: final report (number 10)*, Canberra, AusInfo.

- PULFORD, J. BELLINGER, M., ABBOTT, M., CLARKE, D., HODGINS, D., et WILLIAMS, J.** (2009). «Barriers to help-seeking for a gambling problem: The experiences of gamblers who have sought specialist assistance and the perceptions of those who have not», *Journal of Gambling Studies*, 25, 33-48.
- RANKIN, H.** (1982). «Case histories and shorter communications: Control rather than abstinence as a goal in the treatment of excessive gambling», *Behaviour Research Therapy*, 20, 185-187.
- RAYLU, N., OEI, T. P. S. et LOO, J.** (2008). «The current status and future direction of self-help treatments for problem gamblers», *Clinical Psychology Review*, 28, 1372-1385.
- REGIER, D. A., FARMER, M. E., RAE, D. S., LOCKE, B. Z., KEITH, S. J., JUDD, L. L. et coll.** (1990). «Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse», *Journal of the American Medical Association*, 26, 2511-2518.
- ROBSON, E. et EDWARDS, J.** (2003). «Gambling decisions: An early intervention program for the problem gamblers», *Journal of Gambling Studies*, 18, 235-255.
- ROBSON, E., EDWARDS, J., SMITH, G. et COLMAN, I.** (2002). «Gambling decisions: An early intervention program for problem gamblers», *Journal of Gambling Studies*, 18, 235-255.
- ROLLINS, J. H. et HOLDEN R. H.** (1977). «Dynamics of drug use», *Education*, 7, 231-236.
- ROLLNICK, S., HEATHER, N., GOLD, R. et HALL, W.** (1992). «Development of a short «readiness to change» questionnaire for use in brief, opportunistic interventions among excessive drinkers», *British Journal of Addiction*, 87, 743-754.
- RUSH, B. R., BASSANI, D., URBANOSKI, K. et CASTEL, S.** (2008). «Influence of co-occurring mental and substance use disorders on the prevalence of problem gambling in Canada», *Addiction*, 103, 1847-1856.
- RYDER, T., JEFFCOTE, J., WALKER, N. et FOWLER, H.** (1999). *More than a menu. Best practice for counselling problem gamblers. Phase one: Final report*, unpublished summary document, Australia, Edith Cowan University, Perth, WA.
- SANTÉ CANADA** (2002). *Meilleures pratiques: Troubles concomitants de santé mentale et d'alcoolisme et de toxicomanie*, ON, Ottawa: Author.
- SCHWARZ, J. et LINDNER, A.** (1992). «Inpatient treatment of male pathological gamblers in Germany», *Journal of Gambling Studies*, 8, 93-109.
- SCHRANS, T. et SCHELLINCK, T.** (2004). 2003 Nova Scotia gambling prevalence study, Halifax, Nova Scotia Office of Health Promotion.
- SÉVIGNY, S., LADOUCEUR, R., LALANDE, D. et DUFOUR, J.** (2007). «Internet poker: Could skill be a matter of chance?», Paper presented at the 8th Annual NCRG Conference on Gambling and Addiction, NV, Las Vegas.
- SHAFFER, H. J. et HALL, M. N.** (2001). «Updating and refining meta-analytic prevalence estimates of disordered gambling behavior in the United States and Canada», *Canadian Journal of Public Health*, 92(3), 168-172.
- SHAFFER, H. J., HALL, M. N. et VANDER BILT, J.** (1999). «Estimating the prevalence of disordered gambling behavior in the United States and Canada: A research synthesis», *American Journal of Public Health*, 89, 1369-1376.
- SHARPE, I. et TARRIER, N.** (1992). «A cognitive behavioural treatment approach for problem gambling», *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 6(3), 193-203.
- SHAW, M. C., FORBUSH, K. T., SCHLINDER, J., ROSENMAN, E., BLACK, D.W.** (2007). «The effect of pathological gambling on families, marriages, and children», *CNS Spectrums*, 12, 615-622.
- SHEWCHUK, L. A., DUBREN, R., BURTON, D., FORMAN, M., CLARK, R. R., et JAFFIN, A. R.** (1977). «Preliminary observations on an intervention program for heavy smokers», *International Journal of the Addictions*, 12(2-3), 323-336.

- SIBICKY, M. et DOVIDIO, J. F.** (1986). «Stigma of psychological therapy: Stereotypes, interpersonal reactions, and the self-fulfilling prophecy», *Journal of Counseling Psychology*, 33, 148-154.
- SLUTSKE, W. S.** (2006). «Natural recovery and treatment-seeking in pathological gambling: Results of two U.S. national surveys», *The American Journal of Psychiatry*, 163, 297-302.
- SMITH, J. A., BRAUNACK-MAYER, A., WITTERT, G. et WARIN, M.** (2007). ««I've been independent for so damn long!»: Independence, masculinity and aging in a help seeking context», *Journal of Aging Studies*, 21, 325-335.
- SMITH, G. J. et WYNNE, H. J.** (2002). *Measuring gambling and problem gambling in Alberta using the Canadian problem gambling index (CPGI): Final report*, Alberta, Alberta Gaming Research Institute.
- SPECKER, S. M., CARLSON, G. A., CHRISTENSON, G. A. et MARCOTTE, M.** (1995). «Impulse control disorders and attention deficit disorder in pathological gamblers», *Annals of Clinical Psychiatry*, 7, 175-179.
- SPECKER, S. M., CARLSON, G. A., EDMONSON, K. M., JOHNSON, P. E. et MARCOTTE, M.** (1996). «Psychopathology in pathological gamblers seeking treatment», *Journal of Gambling Studies*, 12, 67-81.
- STEENBERGH, T., MEYERS, A., MAY, R. et WHELAN, J.** (2002). «Development and validation of the Gamblers' Belief Questionnaire», *Psychology of Addictive Behaviors*, 16(2), 143-149.
- STEFL, M. E. et PROSPERI, D. C.** (1985). «Barriers to mental health service utilization», *Community Mental Health Journal*, 21, 167-178.
- STEINBERG, M. A.** (1993). «Couple treatment issues for recovering male compulsive gamblers and their partners», *Journal of Gambling Studies*, 9, 153-167.
- STEWART, R. M. et BROWN, R. I. F.** (1988). «An outcome study of Gamblers Anonymous», *British Journal of Psychiatry*, 152, 284-288.
- STEWART, S. H. et ZACK, M.** (2008). «Development and psychometric evaluation of a three-dimensional Gambling Motives Questionnaire», *Addiction*, 103, 1010-1017.
- STEWART, S. H., ZACK, M., COLLINS, P., KLEIN, R. A. et FRAGOPOULOS, F.** (2008). «Subtyping pathological gamblers on the basis of affective motivations for gambling: Relations to gambling problems, drinking problems, and affective motivations for drinking», *Psychology of Addictive Behaviors*, 22, 257-268.
- STINCHFIELD, R.** (2002). «Reliability, validity, and classification accuracy of the South Oaks Gambling Screen (SOGS)», *Addictive Behaviors*, 27, 1-19.
- STINCHFIELD, R.** (2003). «Reliability, validity, and classification accuracy of a measure of DSM-IV diagnostic criteria for pathological gambling», *American Journal of Psychiatry*, 160, 180-182.
- STINCHFIELD, R., GOVONI, R. et FRISCH, G. R.** (2005). «DSM-IV diagnostic criteria for pathological gambling: Reliability, validity, and classification accuracy», *The American Journal on Addictions*, 14, 73-82.
- STINCHFIELD, R., GOVONI, R. et FRISH, G. R.** (2007). «A review of screening and assessment instruments for problem and pathological gambling», dans SMITH, G., HODGINS, D. C. et WILLIAMS, R. J. (Eds.), *Research and measurement issues in gambling studies*, Amsterdam: Academic press.
- STINCHFIELD, R. et WINTERS K. C.** (2001). «Outcome of Minnesota's gambling treatment programs», *Journal of Gambling Studies*, 17, 217-245.
- STINCHFIELD, R., WINTERS, K. C., BOTZET, A., JERSTAD, S. et BREYER, J.** (2007). «Development and psychometric evaluation of the Gambling Treatment Outcome Monitoring System (GAMTOMS)», *Psychology of Addictive Behaviors*, 21, 174-184.
- SULLIVAN, S.** (1994). «Why compulsive gamblers are a high suicide risk», *Community Mental Health in New Zealand*, 8, 40-47.

- SUURVALI, H., CORDINGLEY, J., HODGINS, D. et CUNNINGHAM, J.** (2009). «Barriers to seeking help for gambling problems: A review of the empirical literature», *Journal of Gambling Studies*, 25, 407-424.
- SYLVAIN, C., LADOUCEUR, R. et BOISVERT, J. M.** (1997). «Cognitive and behavioral treatment of pathological gambling: a controlled study», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 727-732.
- TABER, J. I., MCCORMICK, R. A., RUSSO, A. M., ADKINS, B. J. et RAMIREZ, L. F.** (1987). «Follow-up of pathological gamblers after treatment», *American Journal of Psychiatry*, 144, 757-761.
- TINSLEY, H. E., BROWN, M., T. DE ST. AUBIN, T. M. et LUCEK, J.** (1984). «Relation between expectancies for a helping relationship and tendency to seek help from a campus provider», *Journal of Counseling Psychology*, 31, 149-160.
- TOLER, A.** (2008). «Help-seeking for a mental disorder: Understanding the use of professional services and informal support using the national survey of American life», *Dissertation Abstracts International*, 68(8-A), 3593.
- TONEATTO, T.** (2005). «A perspective on problem gambling treatment: Issues and challenges», *Journal of Gambling Studies*, 21, 75-80.
- TONEATTO, T. et LADOUCEUR, R.** (2003). «Treatment of Pathological Gambling: A Critical Review of the Literature», *Psychology of Addictive Behaviors*, 17, 284-292.
- TONEATTO, T. et SOBELL, L. C.** (1990). «Pathological gambling treated with cognitive behaviour therapy: A case study», *Addictive Behaviours*, 15, 497-501.
- TREMBLAY, J., ALLAIRE, G., DUFRESNE, J., LECAVALIER, M. et NEVEU, Y.** (2004). *Les centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes. Chefs de file des services en toxicomanie et jeu pathologique*, Montréal, Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes, 71 p.
- VOGEL, D. L., GENTILE, D. A. et KAPLAN, S. A.** (2008). «The influence of television on willingness to seek therapy», *Journal of Clinical Psychology*, 64, 276-295.
- VOGEL, D. L., WESTER, S. R. et LARSON, L. M.** (2007). «Avoidance of counseling: Psychological factors that inhibit seeking help», *Journal of Counseling & Development*, 85, 410-422.
- WALKER, D. M.** (2007). «Challenges that confront researchers on estimating the social costs of gambling», *American Gaming Association 10th Anniversary White Paper Series*.
- WALKER, M. B.** (1992). *The psychology of gambling*, Oxford, England, Pergamon Press.
- WALKER, M. B.** (2005). «Problems in measuring the effectiveness of cognitive therapy for pathological gambling», *Journal of Gambling Studies*, 21, 81-92.
- WALKER, M., TONEATTO, T., POTENZA, M. N., PETRY, N., LADOUCEUR, R., HODGINS, D. C., EL-GUEBALY, N., ECHEBURUA, E. et BLASZCZYNSKI, A.** (2006). «A framework for reporting outcomes in problem gambling treatment research», The Banff, Alberta Consensus, *Addiction*, 101, 504-511.
- WANG, P. S., BERGLUND, P., OLFSON, M., PINCUS, H. A., WELLS, K. B., & KESSLER, R. C.** (2005). «Failure and delay in initial treatment contact after first onset of mental disorders in the National Comorbidity Survey Replication», *Archives of General Psychiatry*, 62, 603-613.
- WARDLE, H., SPROSTON, K., ORFORD, J., ERENS, B., GRIFFITHS, M., CONSTANTINE, R. et PIGOTT, S.** (2007). *British Gambling Prevalence Survey 2007*, London, National Centre for Social Research.
- WARFIELD, B.** (2008). *Gambling motivated fraud in Australia 1998-2007*, Australia, Warfield & Associates.
- WEINSTOCK, J., WHELAN, J. P. et MEYERS, A. W.** (2004). «Behavioral assessment of gambling: An application of the Timeline Followback method», *Psychological Assessment*, 16(1), 72-80.

WELTE, J. W., BARNES, G. M., WIECZOREK, W. F. et TIDWELL, M.-C. (2004). «Gambling participation and pathology in the United States: A sociodemographic analysis using classification trees», *Addictive Behaviors*, 29, 983-989. (je ne suis pas certain que ce soit la bonne référence – garder cette note)

WELTE, J. W., BARNES, G. M., WIECZOREK, W. F., TIDWELL, M. C. et PARKER, J. (2001). «Alcohol and gambling pathology among U.S. adults: Prevalence, demographic patterns, and comorbidity», *Journal of Studies on Alcohol*, 62, 706-712.

WELTE, J. W., BARNES, G. M., WIECZOREK, W. F., TIDWELL, M. C. et PARKER, J. (2002). «Gambling Participation in the U.S.- Results from a National Survey», *Journal of Gambling Studies*, 18, 313-337.

WELTE, J., BARNES, G., WIECZOREK, W., TIDWELL, M.-C. et PARKER, J. (2004). «Simultaneous drinking and gambling: A risk factor for pathological gambling », *Substance Use and Misuse*, 39, 1405-1422.

WESS, L. M. et PETRY, N. M. (2008). «Psychometric properties of the Inventory of Gambling Situations with a focus on gender and age differences», *Journal of Nervous and Mental Disease*, 196(4), 321-328.

WIEBE, J., MUN, P. et KAUFFMAN, N. (2006). *Gambling and problem gambling in Ontario 2005*, Toronto, Ontario, Responsible Gambling Council.

WIEBE, J. et VOLBERG, R. A. (2007). *Problem gambling prevalence research: A critical overview. A Report to the Canadian Gaming Association*, Toronto, ON, Canadian Gaming Association.

WIEBE, J., WYNNE, H., STINCHFIELD, R. et TREMBLAY, J. (2007). *L'inventaire canadien des jeux de hasard et d'argent chez l'adolescent (ICJA): Rapport final de la Phase II*, Ottawa, ON, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.

WINTERS, K. C., SPECKER, S. et STINCHFIELD, R. (1997). *Brief Manual for Use of the Diagnostic Interview for Gambling Severity*, Minneapolis, MN, University of Minnesota Medical School.

WINTERS, K. C., STINCHFIELD, R. D. et FULKERSON, J. (1993). «Toward the development of an adolescent gambling problem severity scale», *Journal of Gambling Studies*, 9, 371-386.

WULFERT, E. BLANCHARD, E., FRAINBERG, B. M. et MARTELL, R. S. (2006). «Retaining pathological gamblers in cognitive behaviour therapy through motivational enhancement: A pilot study», *Behavior Modification*, 30(3), 315-340.

WYNNE, H. J. (2002). *Gambling and problem gambling in Saskatchewan*, Ottawa, Ontario, Canadian Centre on Substance Abuse.

ZIMMERMAN, M., BREEN, R. B. et POSTERNAK, M. A. (2002). «An open-label study of citalopram in the treatment of pathological gambling», *Journal of Clinical Psychiatry*, 63(1), 44-8.

MEMBRES DE L'ACRDQ

L'ESTRAN/ CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE RIVIÈRE-DU-LOUP (01)

75, rue Saint-Henri
Rivière-du-Loup (Québec)
G5R 2A4
Tél. : 418 868-1010
Télééc.: 418 868-0530
lestran@ri.cgocable.ca

CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE JONQUIÈRE (02)

2230, rue de l'Hôpital
Jonquière (Québec)
G7H 7X2
Tél. : 418 695-7710
Télééc.: 418 695-7716
<http://www.carrefoursante.qc.ca>

CENTRE DE RÉADAPTATION UBALD-VILLENEUVE (03)

2525, chemin de la Canardière
Québec (Québec)
G1J 2G3
Tél. : 418 663-5008
Télééc.: 418 663-6575
communication@cruv.qc.ca
<http://www.cruv.qc.ca>

DOMRÉMY MAURICIE/ CENTRE-DU-QUÉBEC (04)

440, rue des Forges
Trois-Rivières (Québec)
G9A 2H5
Tél. : 819 374-4744
Télééc.: 819 374-4502
domremyMCQ@ssss.gouv.qc.ca
<http://www.domremymcq.ca>

CENTRE DE RÉADAPTATION DÉPENDANCES ET SANTÉ MENTALE DE L'ESTRIE (CENTRE JEAN-PATRICE CHIASSON/ MAISON SAINT-GEORGES) (05)

1930, rue King Ouest
Sherbrooke (Québec)
J1H 2E2
Tél. : 819 821-2500
Télééc.: 819 563-8322
<http://www.santeestrie.qc.ca/crdsm/>

CENTRE DOLLARD-CORMIER – INSTITUT UNIVERSITAIRE SUR LES DÉPENDANCES (06)

950, rue de Louvain Est
Montréal (Québec)
H2M 2E8
Tél. : 514 385-0046
Télééc.: 514 385-5728
info.cdc@ssss.gouv.qc.ca
<http://www.centredollardcormier.qc.ca>

CRAN (06)

110, rue Prince-Arthur Ouest
Montréal (Québec)
H2X 1S7
Tél.: 514 527-6939
Télééc.: 514 527-0031
info@cran.qc.ca
<http://www.cran.qc.ca>

LE GRAND CHEMIN (06)

7070, boulevard Perras
Montréal (Québec)
H1E 1A4
Tél. : 514 381-1218
Télééc.: 514 381-1247
adosmtl@legrandchemin.qc.ca
<http://www.legrandchemin.qc.ca>

MAISON JEAN LAPOINTE (06)

111, rue Normand
Montréal (Québec)
H2Y 2K6
Tél. : 514 288-2611
Télééc.: 514 288-2919
info@maisonjeanlapointe.com
<http://www.maisonjeanlapointe.com>

PORTAGE (06)

865, Square Richmond
Montréal (Québec)
H3J 1V8
Tél. : 514 939-0202
Télééc.: 514 939-3929
info@portage.ca
<http://www.portage.ca>

CENTRE JELLINEK (07)

25, rue Saint-François
Gatineau (Québec)
J9A 1B1

Tél. : 819 776-5584/1 866 776-5585

Télééc. : 819 776-0255

jellinek@jellinek.org

<http://www.jellinek.org>

CENTRE NORMAND (08)

621, rue de l'Harricana
Amos (Québec)
J9T 2P9

Tél. : 819 732-8241

Télééc. : 819 727-2210

<http://www.centrenormand.org>

CENTRE LE CANAL (09)

659, boul. Blanche
Baie-Comeau (Québec)
G5C 2B2

Tél. : 418 589-5704/1 800 418-5704

Télééc. : 418 295-1773

<http://www.cprcn.qc.ca>

CENTRE L'ESCALE/**CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES
SOCIAUX DE LA HAUTE-GASPÉSIE (11)**

55, rue Notre-Dame
Cap-Chat (Québec)
G0J 1E0

Tél. : 418 763-5000

Télééc. : 418 763-9024

**CENTRE DE RÉADAPTATION EN
ALCOOLISME ET TOXICOMANIE DE
CHAUDIÈRE-APPALACHES/
CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES
SOCIAUX DE BEAUCE (12)**

253, route 108
Beauceville (Québec)
G5X 2Z3

Tél. : 418 774-3304, poste 2391

Télééc. : 418 774-4423

**CENTRE LE MAILLON DE LAVAL/
CENTRE JEUNESSE DE LAVAL (13)**

308 A, boul. Cartier Ouest
Laval (Québec)

H7N 2J2

Tél. : 450 975-4054

Télééc. : 450 975-4053

LE TREMLIN/**CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES
SOCIAUX DU NORD DE LANAUDIÈRE (14)**

154, rue Visitation
Saint-Charles-Borromée (Québec)

J6E 4N3

Tél. : 450 755-6655

Télééc. : 450 755-6766

CENTRE ANDRÉ-BOUDREAU (15)

295, rue De Villemure
Saint-Jérôme (Québec)

J7Z 5J5

Tél. : 450 432-1858/1 888 345-1395

Télééc. : 450 432-8654

**CENTRE DE RÉADAPTATION EN
DÉPENDANCE LE VIRAGE (16)**

5110, boul. Cousineau, 4^e étage
Saint-Hubert (Québec)

J3Y 7G5

Tél. : 450 443-2100

Télééc. : 450 443-0522

<http://www.levirage.qc.ca>

PAVILLON FOSTER**(SUPRARÉGIONAL POUR LES SERVICES
EN LANGUE ANGLAISE)**

6, rue Foucreault
Saint-Philippe-de-Laprairie
(Québec)

J0L 2K0

Tél. : 450 659-8911/1 866 851-2255

Télééc. : 450 659-7173

1001, boul. De Maisonneuve Ouest
Bureau 420, Montréal (Québec)
H3A 3C8
Tél. : 514 287-9625
Télec. : 514 287-9649
Courriel : acrdq@ssss.gouv.qc.ca



www.acrdq.qc.ca