



## Guide de bonnes pratiques et offre de services de base pour le traitement en jeu pathologique dans les CRD

Christian Jacques, M.Ps.  
Centre québécois d'excellence pour la prévention  
et le traitement du jeu, Université Laval  
ROND-POINT 2010, 13 mai 2010

# Recension – collaborateurs

- Priscilla Brochu
- Julie Dufour
- Annie Goulet
- Daniel Lalande
- Isabelle Smith

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

- Magali Dufour
- Université de Sherbrooke

# Recension – mise en contexte

---

- La problématique du jeu pathologique est relativement jeune;
- La première reconnaissance du trouble dans le *DSM* remonte à 1980;
- Les pratiques semblent bien plus à définir que définies.

# Jeux de hasard et d'argent – définition

---

C'est une activité pour laquelle...

- 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 repose sur le hasard.

(Ladouceur, Sylvain, Boutin et Doucet, 2000)

# Définition du jeu pathologique (JPP)

- « une conduite de jeu répétée, persistante et inadaptée qui perturbe la vie personnelle, familiale ou professionnelle »
- Un individu doit répondre à au moins 5 des 10 critères diagnostiques du DSM-IV pour être considéré comme un joueur pathologique (American Psychiatric Association, 1994).

# Critères diagnostiques du jeu pathologique

- A. Pratique inadaptée, persistante et répétée du jeu, comme en témoignent au moins cinq des manifestations suivantes :**
- 1. Préoccupation par le jeu**
  - 2. Besoin de jouer avec des sommes d'argent croissantes**
  - 3. Efforts répétés mais infructueux pour contrôler, réduire ou arrêter**
  - 4. Agitation ou irritabilité lors des tentatives de réduction ou d'arrêt**
  - 5. Joue pour échapper aux difficultés ou soulager une humeur dysphorique**
  - 6. Retourne souvent jouer pour se refaire**
  - 7. Ment pour dissimuler l'ampleur réelle de ses habitudes de jeu**
  - 8. Commet des actes illégaux pour financer la pratique du jeu**
  - 9. Met en danger relation, emploi ou possibilités d'études ou de carrières**
  - 10. Compte sur les autres pour obtenir de l'argent en raison du jeu**
- B. La pratique du jeu n'est pas mieux expliquée par un épisode maniaque.**

# Prévalence de la participation...

---

## aux jeux de hasard et d'argent

- Entre 60 et 90 % des adultes des pays industrialisés;
- 81% au Québec en 2002 (Ladouceur et coll., 2005);
- Taux comparable à celui des autres provinces.

# Joueurs à risque (JAR)

- Présence d'un nombre de critères diagnostiques sous le seuil clinique;

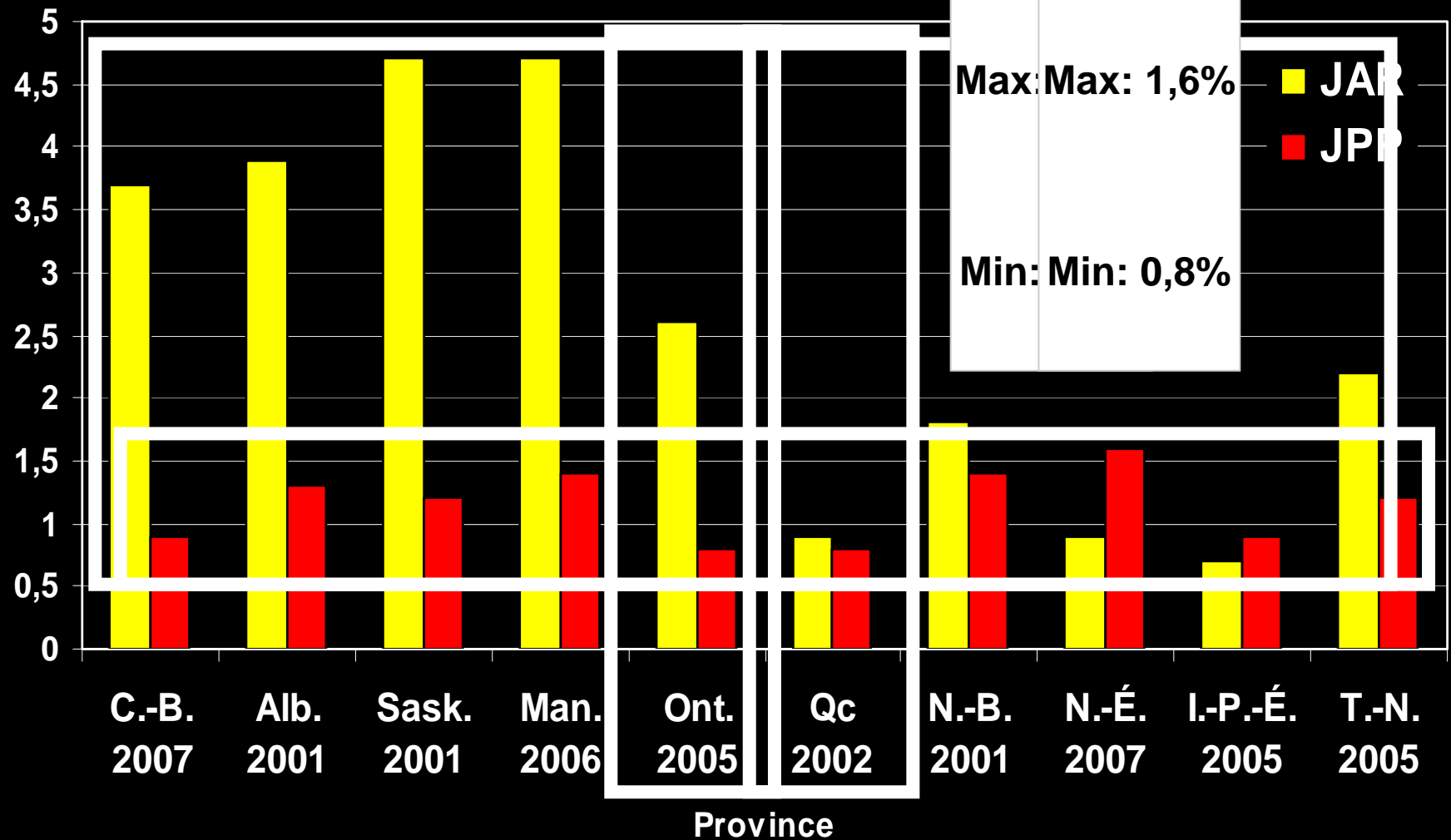
Selon Gambino (2006)

- Cette expression serait erronée dans sa forme actuelle;
- Car 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 »:

C'est-à-dire sur la probabilité que l'individu risque de devenir un joueur pathologique au cours d'une période de temps donnée;

- Faute de mieux, cette expression est néanmoins toujours utilisée.

# Prévalence au Canada



# Portrait des joueurs

- Certaines caractéristiques sociodémographiques sont associées aux joueurs problématiques (JAR + JPP) ou aux joueurs pathologiques probables
- Par exemple, un joueur pathologique au Canada serait:
  - un homme
  - célibataire, séparé ou divorcé
  - âgé de moins de 35 ans
  - avec un faible revenu annuel
  - avec un faible niveau de scolarisation
- Ce profil est comparable à celui observé aux USA et dans plusieurs autres pays occidentaux

# Portrait des joueurs (suite)

- Les usagers des services de traitement se composent:
  - d'hommes (dans le 2 / 3 des cas)
  - de personnes âgées entre 35 et 44 ans
  - de personnes veuves, séparées ou divorcées
  - d'individus possédant une scolarité secondaire ou – (à 70%)
  - de personnes qui occupent un emploi (71 %)

(Chevalier et coll., 2005)

# Typologie des joueurs

- Plusieurs typologies ont été proposées afin de mieux comprendre la pathologie du jeu:
  - McCormick, 1987
  - Lesieur, 2001
  - Blaszczynski et Nower, 2002
  - Stewart, Zack, Collins, Klein et Fragopoulos, 2008
- Bien qu'aucune de ces typologies ne fasse consensus, les études suggèrent que les joueurs pathologiques ne fassent pas tous partie d'un groupe homogène.

# Typologie des joueurs (suite)

- De ces typologies, un portrait des joueurs pathologiques semble émerger
- Il suggère la présence d'au moins deux groupes de joueurs pathologiques distincts:
  - Un premier sous-groupe aurait tendance à être très émotif et à jouer pour réguler l'affect;
  - Un second sous-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.

# Impact du jeu sur l'entourage

- Les conséquences négatives associées aux habitudes de jeu du joueur touchent directement son entourage;
- Cinq à dix 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 conséquences du jeu pathologique sur les proches des joueurs sont multiples, et la détresse peut se manifester par différents symptômes (Boutin et Ladouceur, 2006).

# Impact du jeu sur l'entourage (suite)

## ■ **Symptômes physiques**

P.ex.: fatigue chronique, insomnie, maux de dos, maux de tête, palpitations cardiaques, perte d'appétit, troubles gastro-intestinaux.

## ■ **Symptômes psychologiques**

P.ex.: achats impulsifs, anxiété, colère/ressentiment, confusion, consommation excessive (alcool/drogues/tabac), désespoir/dépression, culpabilité excessive, épuisement, idées suicidaires, problèmes de jeu, solitude, troubles alimentaires.

## ■ **Problèmes financiers**

P.ex.: augmentation des marges de crédit, difficultés au travail, emprunts – endettement, menaces de créiteurs, perte des économies familiales, prêts d'argent au joueur, remboursement de dettes communes, réhypothèque.

## ■ **Problèmes conjugaux et familiaux**

P.ex.: Divorce, insatisfaction sexuelle, perte de la maison familiale, perturbation des vacances, des loisirs, scolarisation moindre des enfants, violence conjugale

# Problèmes associés

---

- Les joueurs pathologiques présentent de hauts niveaux de comorbidité avec d'autres problématiques;
- 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.

# Problèmes associés (suite)

- **Près des deux tiers des joueurs pathologiques espagnols en traitement souffriraient d'au moins un autre trouble psychologique** (Ibanez et coll., 2001).
- **64 % des joueurs pathologiques québécois souffriraient d'au moins un trouble de la personnalité au début de leur traitement** (Pelletier et coll., 2006) ;
- **49 % des usagers ont déclaré avoir été traités pour au moins un trouble concomitant autre que le jeu dans les 12 derniers mois** (Allard et Papineau, 2006).

# Problèmes associés les plus fréquents

*Les taux sont variables selon que les données proviennent de la population générale ou bien de joueurs en traitement:*

- L'abus ou la dépendance à une substance (cigarette, alcool ou drogue);
- Troubles de l'humeur;
- Troubles de la personnalité;
- Troubles du contrôle des impulsions;
- Les idéations suicidaires;
- Les troubles anxieux.

# Recherche d'aide

- **Peu de joueurs pathologiques consulteraient pour leur problème de jeu (entre 3 et 12 %)**

(National Opinion Research Center, 1999; Slutske, 2006).■

# Barrières à la recherche d'aide

## Caractéristiques sociodémographiques

- L'âge (les + jeunes) et le sexe (homme),
- La scolarité (faible) et l'ethnicité

## Certaines peurs

- La stigmatisation sociale;
- Du traitement (dont l'obligation de se révéler);
- L'anticipation de résultats négatifs;

## Spécifiquement pour les joueurs (Suurvali et coll ., 2009)

- L'intention de s'occuper de son problème;
- La culpabilité;
- La minimisation ou la non-reconnaissance du problème.

**La sévérité du problème serait en lien avec la propension à rechercher de l'aide**

# Évaluation

---

- Les seuls critères reconnus pour établir le diagnostic du jeu pathologique sont ceux du DSM-IV (APA, 1994);
- Hormis les critères diagnostiques du DSM-IV, aucune direction formelle n'est proposée dans la littérature scientifique quand à l'instrument d'évaluation à prioriser.

# Évaluation (George & Murali, 2005)

- **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, sévérité actuelle, 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.**

# Instrumentation d'évaluation

- Notre recension 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);
  - Le Gambling Treatment Outcome Monitoring System (GAMTOMS);
  - Le Global Appraisal of Individual Needs (GAIN)
  - Le Diagnostic Interview for Gambling Severity (DIGS);
  - Le Gambling Behavior Interview (GBI)
  - Le Gambling Assessment Module (GAM);
  - Le Structured Clinical Interview for Pathological Gambling (SCI-PG).

# Instrument d'évaluation

- 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.

# Instruments d'évaluation (suite)

Deux instruments ont retenu notre attention:

1. *L'Entrevue diagnostique sur le jeu pathologique révisée – EDJP-R* (Ladouceur, Dumont et coll., 2000).
2. Le GAIN (Global Appraisal of Individual Needs) (Dennis, 1999; Dennis, Titus, White, Unsicker et Hodgkins, 2003; Dennis, Titus, White et Unsicker, 2007).

# L'entrevue diagnostique sur le jeu pathologique révisée (EDJP-R)

- Consiste en une entrevue clinique semi-structurée;
- Se réfère aux critères diagnostiques du DSM-IV;
- Couvre plusieurs sphères de la vie du joueur;
- Investigue le problème de jeu actuel de même que l'historique des difficultés et les conséquences liées;
- Aborde les antécédents médicaux et psychiatriques de même que ses habitudes de consommation de substances et la présence d'idéations suicidaires actuelles ou passées.

# Le GAIN (Global Appraisal of Individual Needs)

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.

- L'histoire psychiatrique du patient;
- Informations sur les attitudes face au traitement;
- 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);
- Le fonctionnement mental du client.
- Toutefois, il ne permet pas de couvrir en détails les informations concernant les comportements de jeu du patient (initiation, progression, sévérité du problème actuel, types de jeux joués, facteurs de maintien, conséquences).

# Traitement du joueur pathologique

## 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.

# Traitement du jeu pathologique

## Approches psychosociales

- **Manque de connaissances robustes sur ce qui constitue un traitement efficace** (Toneatto & Ladouceur, 2003).
- **Les recherches d'efficacité de traitement sont limitées** (Hodgins, Currie et El-Guebaly, 2001).
- **La plupart des recherches se caractérisent par de nombreuses failles méthodologiques** (petits échantillons, absence de groupes témoins ou d'assignation aléatoire, etc.).
- **Des études récentes (contrôlées et hasardisées) apportent des indications intéressantes.**

# Traitement du jeu pathologique (méta-analyse de Pallesen et coll, 2005)

- 22 études, 1 434 participants
- 72 % d'hommes avec une moyenne d'âge de 40 ans.
- Efficacité
  - traitements cognitifs et comportementaux;
  - l'approche des Gamblers Anonymes (GA);
  - l'entrevue motivationnelle;
  - les thérapies éclectiques (jumelage d'interventions).
- Objectifs:
  - vérifier si les traitements psychologiques diffèrent des résultats obtenus auprès de groupes témoins;
  - ou si l'évaluation post-traitement ou de suivi diffèrent des résultats obtenus aux évaluations prétraitements.

# Traitement du jeu pathologique (méta-analyse de Pallesen et coll, 2005)

---

- 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 de 17 mois).

# Traitement du jeu pathologique (méta-analyse de Pallesen et coll, 2005)

- La taille d'effet de l'intervention au post-traitement est influencée par diverses variables médiatrices:
  - le diagnostic;
  - le protocole de recherche utilisé;
  - le nombre de sessions de thérapie.
- 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 autres;
- La magnitude du changement est plus importante à la suite d'un plus grand nombre de sessions de thérapie.

# Traitement du jeu pathologique (méta-analyse de Pallesen et coll, 2005)

---

Les études de traitement publiées à ce jour qui indiquent des gains thérapeutiques à court, moyen et long termes proviennent majoritairement d'études utilisant des approches cognitive, comportementale ou cognitivo-comportementale.

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.

# Traitement du jeu pathologique (les autres approches)

---

- **Bénéficient de peu d'appuis empiriques; les études d'efficacité de traitement sont rarissimes et elles datent souvent de plusieurs années;**
- **Affichent une faible conceptualisation de ce que devrait comprendre un traitement pour les joueurs pathologiques.**

# Traitement du jeu pathologique (nouvelles approches)

---

- Intérêt croissant pour l'approche motivationnelle dans le traitement des joueurs pathologiques;
- Un nombre limité d'études ont été réalisées sur l'efficacité de l'entrevue motivationnelle appliquée auprès d'une population de joueurs problématiques (Hodgins, Currie, el-Guebay et Peden, 2004);
- Cette approche pourrait être mise à contribution pour diminuer le taux d'abandon des joueurs.

# Finalité du traitement

- Il existe un questionnement quant à la finalité du traitement.
  - L'abstinence est-elle la seule finalité possible ?
  - Le jeu contrôlé représente-il une alternative viable ?
- Peu de documents scientifiques permettent de statuer clairement sur cette question.
- Par contre, la recherche et l'expérience clinique relèvent :
  - 1) Certains joueurs ne peuvent résister à la tentation et retournent au jeu;
  - 2) La condition d'abstinence peut décourager certains joueurs à faire une demande d'aide.

# Finalité du traitement (suite)

- Atteindre un sous-objectif de jeu contrôlé pourrait augmenter le sentiment d'efficacité personnelle et la probabilité d'accepter l'abstinence (Ladouceur, 2005);
- L'objectif de jeu contrôlé s'est avéré plus attractif que l'abstinence (Ladouceur et coll., 2009).
- 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.
- Des participants qui ont complété le traitement, 92 % n'atteignent plus le seuil du jeu pathologique;
- Bien qu'elle représente une nouvelle voie, la notion de jeu contrôlé est encore vague et nécessite des éclaircissements théoriques et empiriques (Ladouceur, 2005).

# Durée et intensité

- Le sens commun voudrait qu'un plus grand nombre de rencontres ait un impact plus grand sur la réduction du comportement (Crisp, Jackson *et coll.*, 2001; Walker, 2005);
- Au-delà d'un certain nombre de rencontres, il est improbable d'espérer des gains supplémentaires;
- Selon la loi des rendements décroissants, au-delà d'un certain seuil, des séances additionnelles s'avèreraient inefficaces (McMillan *et coll.*, 2004).
- En terme de rapport coût / efficacité, il existe une limite maximale à respecter, 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).

# Durée et intensité (suite)

- Des 22 études de traitement retenues pour la méta-analyse de Pallesen et coll. (2005), le nombre de rencontres de traitement varie de 0 (autotraitement) à 31. Seulement 6 comptent une moyenne de 9 sessions ou - ;
- Bien qu'il s'avère difficile d'évaluer la durée optimale d'un traitement, il semblerait raisonnable d'adapter sa durée aux besoins des joueurs, plutôt que d'essayer de trouver la durée idéale (Ryder, Jeffcotte, Walker et Fowler, 1999);
- Les programmes travaillant sur du « long terme » devraient être ouverts à la possibilité que certains joueurs puissent faire des progrès marqués en moins de rencontres que le nombre de rencontres standard (voir Crips et coll., 2001).

# Abandon

- 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);
- Les taux d'abandon de traitement pour le jeu pathologique varieraient entre 14 et 50 % (Melville et coll., 2007);
- Le taux d'abandon serait plus élevé chez les usagers qui reçoivent des services en externe plutôt qu'en hébergement (Allard et Papineau, 2006; Ladouceur et coll., 2006);

# Abandon (suite)

- 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).
- 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

Le programme se divise en sept étapes :

1. Accueil du client;
2. Évaluation initiale;
3. Dimension cognitive:
  - *Étape 1 : Analyse de la séance de jeu*
  - *Étape 2 : Définition du hasard + Situations à risque*  
*Préparation au travail cognitif*
  - *Étape 3 : Les erreurs de pensée*
  - *Étape 4 : Les exercices « À moi de jouer »*
4. Prévention de la rechute;
5. Dimension comportementale;
6. Évaluation post-traitement;
7. Rencontres de suivi (3 mois, 6 mois et 12 mois).

# Bonifications - formations

- Les troubles de la personnalité et le traitement du jeu pathologique (*introduction*)
- Les troubles de la personnalité et le traitement du jeu pathologique (*approfondissement*)
- Traitement du jeu excessif et pathologique : intervention financière
- Double problématique : jeu pathologique et toxicomanie
- Intervention auprès des proches

# Bonifications (suite)

- **Évaluation et traitement des joueurs jugés difficiles (colloque + expérience de 3 centres)**
- **Adaptation du programme à l'intervention de groupe**

## **Développement de pratiques novatrices**

- **Le jeu contrôlé en tant qu'objectif de traitement – recherche de l'équipe du Dr Ladouceur (2009)**
- **Élaboration d'un programme de traitement bref pour les joueurs à risque « *JEu me questionne* »**