

Rapport de recherche

PROGRAMME ACTIONS CONCERTÉES

Trajectoires de vie des joueurs pathologiques : développement des difficultés et fardeau d'adversité

Chercheur principal

Monique Séguin, Université du Québec en Outaouais

Co-chercheur(s)

Sébastien Laroche, Université du Québec en Outaouais

Alain Lesage, Université de Montréal

Marie Robert, Université du Québec en Outaouais

Établissement gestionnaire de la subvention

Université du Québec en Outaouais

Numéro du projet de recherche

2009-JJ-130665

Titre de l'Action concertée

Impacts socioéconomiques des jeux de hasard et d'argent - Phase 3

Partenaire(s) de l'Action concertée

Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS)

et le Fonds de recherche du Québec – Société et culture (FRQSC)



Trajectoires de vie des joueurs
pathologiques : développement des
difficultés, fardeau d'adversité et
recherche de services

Trajectoires de vie des joueurs pathologiques : développement des difficultés, fardeau d'adversité et recherche de services

Monique Séguin^{1,2,3}, Marie Robert¹

Alain Lesage^{3,2}, Mélanie DiMambro^{1,2}, Sébastien Larochelle¹

1. Université du Québec en Outaouais, Département de psychologie

2. Groupe McGill d'étude sur le suicide, Hôpital Douglas, Université McGill

3. Centre de recherche Fernand-Séguin, Hôpital Louis-H. Lafontaine, Université de Montréal

Collaborateurs au projet de recherche

Nous remercions les personnes qui ont accepté de participer à ce projet de recherche. Faisant preuve de beaucoup de générosité, de courage et de patience, ils ont répondu à nos questions avec l'espoir que les récits de leurs propres expériences pourront aider la recherche et l'élaboration de stratégies de prévention.

Le travail exceptionnel des intervieweurs mérite d'être souligné de manière particulière

- Marie-Josée Roy
- Manon St-Pierre
- Eric Beaulac
- Mélanie DiMambro
- Jean-Sylvain René

Membres du panel d'experts sur les services

- Alain Lesage
- Monique Séguin
- Marie Robert
- Sébastien Larochelle
- Mélanie DiMambro
- Géraldine Riedi
- Michel Roy
- Serge Dutrissac
- André Gagnon

Membres du panel sur les diagnostics et la trajectoire de vie

- Monique Séguin
- Nadia Chawky
- Mélanie DiMambro
- Géraldine Riedi
- François Giasson

Formation de interviewers

- Nadia Chawky

Coordination de la recherche

- Mélanie DiMambro

RAPPORT DE RECHERCHE

Trajectoires de vie des joueurs pathologiques : développement des difficultés et fardeau d'adversité et recherche de services

La prévalence parmi la population de joueurs pathologiques probables se situe à (0,8%) et les joueurs à risque à (0,9%). Le Québec n'échappe pas à cette réalité, la prévalence du jeu compulsif est passé de 1,2% à 2,1% et jusqu'à près de 7% pour les jeunes (Ladouceur, 1999 ; Cupta & Deverensky, 1997). Les études auprès de joueurs pathologiques démontrent l'importance des problèmes concomitants chez cette population. Entre autres, le jeu pathologique semble augmenter le risque suicidaire (Beaudoin & Cox, 1999; De Garcia, 1996; Kausch, 2003). Les recherches démontrent également une cooccurrence importante des troubles d'abus et de dépendances (Ledgerwood et al., 2005), une histoire familiale de dépendance (Frank, 1991), la présence de troubles de l'humeur (Blaszczynski, & Farrell, 1998; Maccallum & Blaszczynski, 2003) et des problèmes familiaux et sociaux associés au jeu, tels que les dettes, les difficultés financières, et les difficultés avec la justice (Ledgerwood et al, 2005).

Ainsi, le cumul de ce fardeau précipite l'émergence de comportements suicidaires (Beaudoin & Cox, 1999; De Garcia, 1996; Kausch, 2003) souvent présent chez les joueurs (Chaput, 2007). Nous observons également que les difficultés observées à l'âge adulte prennent souvent appui sur un enchaînement de situations d'adversité présent dès l'enfance et qui fournissent des indications quant aux résultats futurs.

Lesieur et Custer (1984) suggèrent qu'il y a plusieurs étapes différentes à la carrière d'un joueur et que la dernière phase serait celle du

désespoir souvent caractérisée par des réactions de dépression et d'idéations suicidaires. Quant à Wynne, Smith, & Volberg (1994), ils observent qu'il existe différentes trajectoires pour différents types de joueurs, mais que les impacts du jeu varient selon un continuum de gravité à travers le temps. Nower & Blaszczynski (2010) suggèrent que les motivations des joueurs pour le jeu est essentiellement celles de gagner des revenus ou échapper à leurs problèmes de vie plutôt que de jouer pour le plaisir. D'autres suggèrent que le jeu excessif peut entraîner certaines personnes dans le monde du crime et du crime organisé. Cependant, les études ne démontrent pas clairement si le crime est une conséquence du jeu ou si le jeu attire des personnes ayant déjà une prédisposition antisociale (Brown, 1987; Blaszczynski et al., 1998; 89; Rosenthal & Lorenz, 1992).

La description d'un «joueur type» est hasardeuse, bien que la littérature sur le sujet indique généralement que le joueur type est de sexe masculin, jeune, sans emploi (Boreham, Dickerson & Harley, 1996) et pas marié (Volberg, 1996). Hraba & Lee (1996) observent que les femmes jouent moins que les hommes, mais qu'il n'existe pas de différence significative entre les hommes et les femmes qui sont des joueurs excessifs. Sur la base de deux enquêtes épidémiologiques (n= 4,905), Welte, Barnes, Tidwell & Hoffmam (2011) observent que la fréquence du jeu augmente au cours de l'adolescence, atteint un seuil maximum entre 20 et 30 ans pour diminuer ensuite. Récemment, Odlaug, Marsh, Kim & Grant (2011) ont proposé une classification des

joueurs selon leurs préférences de jeux. Ainsi ils ont regroupé les joueurs selon trois groupes : les joueurs stratégiques (dont les préférence de jeux sont les cartes, les dés, miser sur des activités sportives ou sur le marché financier, etc.); les joueurs non stratégiques (dont les préférences sont les appareils de loterie vidéo, etc.); et les joueurs qui combinent les deux formes de jeux. Les résultats indiquent que les joueurs non stratégiques sont plus vieux et plus souvent des femmes, cependant aucune différence significative n'a été observée quant à la fréquence de jeux, le niveau d'argent investi ou sur la présence de troubles mentaux.

Bien qu'il y ait certaines similarités entre la dépendance au jeu avec celle des autres toxicomanies où il y a consommation de substances psychotropes, les études de Ladouceur (1999) montrent que la dépendance au jeu présente des caractéristiques qui lui sont propres. Selon une étude du Comité permanent de lutte contre les toxicomanies (2000), comparativement aux toxicomanes, ceux qui ont un problème de jeu présenteraient: un niveau plus élevé d'impulsivité, des symptômes de dépression majeure avec des risques plus élevés de tentatives de suicide.

Les questions quant à la trajectoire du jeu demeurent : est-ce que la dépendance au jeu peut avoir plusieurs trajectoires possibles? Est-ce que l'escalade des difficultés chez les joueurs a des parcours qui varient?

L'accès aux services

Bien que 22,000 personnes ont eu recours au service téléphonique d'écoute, d'aide et de référence au Québec (Jeu aide et référence, 2000), nous en savons, par contre, très peu au sujet de la séquence de recherche d'aide, chez les joueurs. Lors d'une enquête téléphonique auprès de joueurs, 47% ont dit qu'ils n'hésiteraient pas à faire une recherche d'aide (Suurvali, Hodgins, Toneatto & Cunningham, 2012). Par contre ceux qui ont manifesté plus de réticences en regard de la recherche d'aide

ont évoqué un sentiment de honte, une difficulté à reconnaître leurs problèmes de jeu, et des considérations d'accessibilité en regard des services spécialisés pour le jeu. Dans une autre étude (Weinstock et al., 2011) réalisée auprès de 2,900 joueurs ayant appelé une ligne d'écoute pour joueurs, 76% ont accepté une référence vers une ressource d'aide et seulement 55% se sont présentés au premier rendez-vous d'évaluation. Dans une étude comparant des joueurs pathologiques à des joueurs non pathologiques, les résultats suggèrent que les premiers consultent moins les services spécialisés que les joueurs non problématiques (Séguin, Boyer, Lesage et al., 2010).

Si nous parvenons à mieux décrire les différentes trajectoires de vie et les trajectoires de jeu, alors nous serons en mesure de mieux identifier les repères importants dans le recours aux services de santé ou aux services de sociaux.

Objectifs de recherche

1. procéder à la description des étapes de développement des habitudes de jeu afin de mieux évaluer le fardeau correspondant au problème de jeu à travers la trajectoire de vie. Par exemple 1. le moment d'émergence du jeu, les périodes d'interruption, les périodes d'aggravation, etc.; 2. les changements quant aux types de jeu, etc.; 3. le nombre de périodes de jeu, etc.;

2. évaluer les différences cliniques entre les différentes trajectoires de jeux;

3. faire l'analyse des comportements de recherche de services, ou son absence, et mieux comprendre l'écart entre les services reçus et les services requis pour cette population, en fonction des différents sous-groupes de joueurs.

Méthodologie de recherche

Nous avons recruté 86 joueurs ayant eu au cours des cinq dernières années, ou ayant actuellement des comportements de jeu à risque, selon les critères du SOGS. Les participants à l'étude ont été interrogés, à travers un recueil de données cliniques, au sujet de la présence de troubles de santé mentale, au sujet de leur trajectoire de jeux, de la trajectoire d'adversité au cours de leur vie et enfin de la trajectoire de recherche de services et services reçus pour les difficultés de santé mentale.

Recrutement

Nous avons recruté dans la grande région de l'Outaouais, ceci afin d'introduire le moins de biais possible dans le type et la disponibilité des services de santé et de santé mentale offerts d'une région à l'autre. Ainsi nous avons recrutés 86 joueurs à risque. Le recrutement fut réalisé auprès de plusieurs sources, afin d'avoir un échantillon le plus diversifié possible :

1. auprès des centres qui offrent des traitements aux joueurs (Centre Jellinek, Centre 24/7, etc.) ;
2. auprès des organismes qui viennent en aide aux joueurs et à leurs proches (Centre d'écoute et d'aide pour le jeu, Centre Intersection, CH Pierre-Janet) ;
3. auprès des dirigeants du Casino de l'Outaouais et les intervenants de crise ;
4. auprès des propriétaires de bars dans lesquels il y a des appareils de loterie vidéo (ALV) ;
5. via des journaux de la région dans lesquels nous avons fait diffuser des annonces de recrutement.

Nous avons déjà développé des collaborations avec l'ensemble de ces partenaires lors d'études antérieures, ce qui a permis le recrutement auprès de plusieurs ressources.

Procédure de recueil des données et instruments de mesures utilisés

Les participants ont été vus deux fois pour des rencontres d'une durée d'environ trois heures, selon la capacité du participant. Chaque entretien a été enregistré pour assurer une vérification ultérieure de la consistance des entrevues. Lors de cette période les participants ont répondu à des questions selon un mode structuré d'entrevue clinique. La période de trois heures passe étonnamment rapidement. Les participants apprécient la durée et ils sont rarement fatigués au moment du départ de l'intervieweur. Comme l'entrevue se déroule sur un mode de conversation, la longueur de l'entrevue pose rarement problème.

Nous avons utilisé les outils méthodologiques suivants :

Mesures de comportements de jeux :

1. Le South Oaks Gambling Screen (SOGS), élaboré selon les critères utilisés par l'APA dans le DSM-IV, permettra d'identifier la présence et le niveau d'intensité des problèmes reliés au jeu.
2. Le Module K du SCID-I fut également utilisé pour évaluer la présence de jeux pathologique.

Mesures pour retracer les dimensions de la trajectoire de vie :

La trajectoire d'événements de vie et de l'adversité (Séguin et al. 1998) est inspirée du Life History Calendar (Caspi et al. 1996) et de l'ALPHI-Adult Life PHase Interview (Bifulco, 1996). Le questionnaire est un calendrier de vie et reconstruit le parcours de la vie en tenant compte des grands éléments de la vie de la personne, en regard de différentes sphères de vie. Ce calendrier de vie nous permet de tracer l'apparition d'événements spécifiques de difficultés et de protection, d'identifier la durée de ces épisodes et d'estimer la sévérité des événements, selon douze sphères différentes de la vie tenant compte :

1. du lieu de résidence et des changements de domicile au cours de la vie,
2. des relations et événements avec la famille initiale (relations avec ses parents) et les changements au niveau de la famille (avec parents, fratrie, etc.);

3. des relations et événements dans la sphère affective (vie affective et vie de couple);
 4. des relations et événements avec le fait de fonder une famille et les événements survenus dans cette-ces familles (relation avec ses enfants, sa famille élargie);
 5. les épisodes de difficultés personnelles (maladies, adversités, etc.).
 6. les événements associés à la vie sociale (présence ou absence de soutien social, amis, pairs);
 7. les événements associés de la vie académique (parcours, arrêts, réussites, échecs, etc.).
 8. les événements associées la vie professionnelle (chômage, stress au travail, promotions, etc.);
 9. de la présence des facteurs de protection survenus au cours de la vie;
 10. des événements spécifiques de pertes, de séparations, de deuil, etc.;
 11. des événements d'adversité (financières, légales, etc.);
 12. de la recherche et consultation de services de santé mentale (type de traitements, intervenants qui ont offert les services, durée des interventions, raison de l'arrêt de traitement, satisfaction, etc.).
- Dans le cadre de cette étude nous avons ajouté une sphère qui investiguait la présence des comportements de jeux et leur intensité à travers la trajectoire de vie.

La santé mentale.

Le Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID I et II) (Spitzer, Williams, Gibbon, & First, 1989) est un instrument clinique standardisé permettant d'identifier les difficultés avant le décès ainsi que la chronologie des troubles de santé mentale. La consistance interne est excellente avec un alpha de Cronbach de .88 (Côté & Hodgins, 1990). Cette entrevue permet de dater l'apparition des difficultés à travers la vie et nous ajoutons des questions en regard de la recherche de services pour chaque étape où il y aura identification de difficultés.

Conduites suicidaires.

Le History of Suicide Attempt est un questionnaire de 20 items qui évalue l'intensité des conduites suicidaires et des tentatives récentes (Beck, 1974). Cette mesure qui permet de dater les épisodes suicidaires, a permis de relever l'existence d'une vulnérabilité suicidaire antérieure.

L'utilisation des services reçus et des services requis.

L'entrevue permet de colliger l'utilisation de services dans la dernière année, ce qui permet de documenter systématiquement les demandes de services et les réponses données aux demandes par les services de santé. Le panel d'évaluateur s'appuie sur les informations amassées au niveau des dossiers médicaux d'une part et d'autre part des entrevues menées avec la personne. Une première analyse permet de documenter les services obtenus. Dans un deuxième temps, l'équipe de recherche établit sur la base de l'ensemble des évaluations du panel, les actions et les services qui auraient été requis. Ensuite l'ensemble des résultats obtenus par le panel sont analysés par les membres de l'équipe de recherche afin d'établir à travers des analyses transversales les actions qui devraient être proposées compte tenu de l'ampleur des déficits notés dans les actions au niveau individuel.

Analyse des données

Rappel des événements, recueil des données et analyse des données de la trajectoire de vie

Ce recueil repose sur le rappel des événements tel que décrit par les personnes elles-mêmes. Ainsi, le rappel des événements devient une question centrale. Les études sur le biais de rappel suggèrent que les personnes ont tendance à se rappeler les événements importants ou majeurs et contribuent à une sous-estimation des difficultés plutôt qu'à une surestimation des difficultés (Lin et al., 1997). D'autres auteurs suggèrent que l'utilisation de méthodes mixtes de recueil des données et, plus particulièrement, les approches narratives augmentent la fiabilité des souvenirs associés aux événements de vie (Brown & Harris, 1990 ; Dohrenwend, 2006). Ainsi, lors de la période d'entrevue, nous sollicitons l'accès à

certain documents qui permettrait de faciliter le rappel des événements dont les agendas personnels, les albums de photos, etc. Suite à ce recueil de données, chaque trajectoire de vie sera analysée individuellement. Malgré ces précautions, des études démontrent que certains individus ayant des traits de personnalité ou certains modes d'attachement peuvent faire preuve d'un biais cognitif associé aux rappels des événements ou associé à la reconstruction de certains souvenirs. Ainsi, les souvenirs anecdotiques posent moins de difficultés et permettent une évaluation de la gravité de l'adversité vécue plutôt que celle de l'adversité perçue.

Analyse des trajectoires de jeu

Dans le cadre de cette étude nous avons ajouté une sphère qui investiguait la présence des comportements de jeux et leur intensité à travers la trajectoire de vie. En fonction de ces données nous avons identifié pour chaque année de vie le type de jeu présent : absence de jeu, jeu récréatif ou jeu pathologique. Ces trajectoires individuelles sont ensuite analysées sur SAS avec la procédure TRAJ (Nagin & Tremblay, 1997; 2004) et permettent d'identifier des trajectoires spécifiques représentant des sous-groupes distincts. Nous ajoutons des analyses de « latent class mixed models » proposées par Verbeke and Lesaffre (Verbeke & Lesaffre, 1996) et Muthen et Shedden (Muthen & Shedden, 1999), qui tiennent compte des variations individuelles lors des analyses spécifiques de trajectoires.

Analyse des trajectoire de vie et fardeau d'adversité

Chaque trajectoire de vie génère de nombreuses données qui peuvent être analysées dans une perspective qualitative et quantitative. Suivant la méthodologie développée par Brown et Harris avec les LEDS et le CECA, les données qualitatives sont transformées en données quantitatives. Ainsi, l'analyse des trajectoires de vie se réalise par un panel d'experts (chercheurs de notre équipe, cliniciens et administrateur du réseau) qui attribuent une cote globale pour chaque tranche de cinq années, selon la sévérité du fardeau d'adversité portée par la personne.

Cette cote attribuée individuellement au départ est discutée en panel d'experts, et en cas de désaccord, une discussion permet de faire un consensus. En panel d'experts, nous accorderons une cote de risque pour chaque période de cinq années de vie. Un dictionnaire de sévérité de cotes est élaboré et évite une dérive des scores à travers le temps. Cette cote de risque de un à six permet d'identifier le fardeau d'adversité porté par l'individu tout au long du parcours de la vie (description détaillée Séguin et al, 2007). Ce sont les cotes de fardeau d'adversité qui formeront la courbe de ces trajectoires.

Malgré que cette cote permette de donner un poids associé au fardeau d'adversité selon les mêmes critères de gravité pour tous les participants, cette analyse ne tient pas compte des différences individuelles dans la résistance au stress. Certains individus peuvent vivre un stress important qu'ils peuvent percevoir comme mineur et vice et versa.

Ensuite, les données pour chaque grande sphère de la vie (ex. : vie familiale, vie amoureuse, vie professionnelle, etc.) seront analysées de manière qualitative afin de dégager des hypothèses qui permettraient de poursuivre les recherches ultérieures. Les résultats issus de cette méthodologie ont déjà été publiés dans des revues scientifiques (Séguin, et al., 2006; 2007; 2010). Lorsque les cotes ont été attribuées pour chaque période de cinq années, nous avons une trajectoire individuelle pour chaque personne. Ces trajectoires sont ensuite analysées sur SAS avec le logiciel TRAJ (Nagin & Tremblay, 1997; 2004) permettant d'identifier des trajectoires spécifiques représentant de sous-groupes distincts. Nous ajoutons des analyses de « latent class mixed models » proposées par Verbeke et Lesaffre (Verbeke & Lesaffre, 1996) et Muthen et Shedden (Muthen & Shedden, 1999), lesquelles tiennent compte des variations individuelles lors des analyses spécifiques de trajectoires.

Analyse des trajectoires de services et services reçus

Un panel composé de chercheurs, de professionnels, de cliniciens et de décideurs a été constitué pour évaluer l'adéquation des services reçus par la personne ayant des comportements de jeux. L'analyse du panel amenait à décrire les besoins *d'actions individuelles* pouvant être portées tant par les proches que par les intervenants des services sociaux et de santé. Les actions *au niveau local étaient celles pouvant être dispensées par* des réseaux locaux de soins de première ligne et de services de deuxième ligne spécialisés de même que par les organismes de la communauté. Ensuite, sur la base de l'ensemble des évaluations faites par les membres du panel, les actions requises *au niveau provincial étaient décrites*. Le panel s'appuyait sur les informations amassées avec les proches. Le cadre de référence a été celui de Kovess et al. (2001), l'expérience avec les outils valides d'évaluation des besoins individuels en santé mentale (Kovess et al., 2001). Nous avons développé quatre fiches d'analyse des besoins pour tenir compte des réalités des personnes et des niveaux de besoins individuels et systémiques.

Les agents de recherche ont rédigé une histoire de cas décrivant les difficultés de santé mentale ainsi que l'ensemble de la trajectoire de vie de la personne ; à cette histoire ils ont ajouté toute l'information obtenue sur l'utilisation des services par la personne au cours de sa vie, en particulier les services de santé mentale avec une attention particulière sur ceux reçus dans l'année précédant leur participation à l'étude. Cette section était présentée sous la forme d'un texte décrivant non seulement les interventions mais également l'information disponible quant à l'impact de celle-ci et la satisfaction de la personne. Ces informations ont été recueillies tant à travers le témoignage des proches qu'à travers la consultation des dossiers.

Sur la base de ces informations, le panel franchissait quatre étapes retracées par les cinq fiches d'analyses.

I. Identification des services reçus à vie, dans la dernière année et le dernier mois avant l'entretien, aux niveaux des services médicaux de 1^{ière} ligne, au niveau des services psychosociaux de première ligne, au niveau des services spécialisés de deuxième ligne en santé mentale et dépendances; au niveau des organismes sans but lucratif dans la communauté.

II. Identification des problématiques médico-psycho-sociales de la personne dans la dernière année et les interventions reçues des différents services de 1^{ière} et 2^{ième} ligne, des proches, de l'école, des services policiers ou judiciaires, et des organismes sans but lucratif dans la communauté.

III. Identification du scénario idéal de soins que la personne aurait dû recevoir dans la dernière année et préciser le détail des problématiques médico-psycho-sociales et des interventions qui auraient été requises. Cette fiche recueille les besoins de soins.

IV. Préciser les interventions qui auraient dues être posées et qui n'étaient pas disponibles au niveau local, au niveau des programmes, entre les services régionaux et au niveau provincial pour soutenir les interventions individuelles identifiées dans le scénario idéal décrit dans la fiche III. Ces services non disponibles étaient déclinés par types de besoins, par exemple en regard de la formation, des psychothérapies, de la médication, de la coordination, de la gouvernance, du financement, etc.

RÉSULTATS

1. Données sociodémographiques et cliniques

Tableau 1. Données sociodémographiques

N=86	n	%
Genre		
Homme	41	47.7
Femme	45	52.3
Âge		
20-29 ans	4	4.7
30-39 ans	10	11.7
40-49 ans	22	25.6
50-59 ans	24	27.9
60-69 ans	23	26.7
70-79 ans	3	3.5
État civil		
Célibataire/ Fréquentation amoureuse	19	22.1
Marié(e)/conjoint(e) de fait	37	43.0
Séparé(e)/ Divorcé(e)/ Veuf/veuve	30	34.9
Niveau de scolarité		
Études secondaires (complétées et incomplètes)	40	46.5
Études collégiales (complétées et incomplètes)	19	22.1
Études universitaires (complétées et incomplètes)	26	30.2
Emploi		
Travail	55	64.0
Femme au foyer/ Retraité/ Invalide	16	18.6
Sans emploi	11	12.8

Au total 86 personnes de la Région de l'Outaouais, ont participé à cette étude, dont le recrutement a dû s'étendre sur une période de trois ans (Tableau 1). Ces personnes constituent un groupe de joueurs ayant eu au cours des cinq dernières années, ou ayant actuellement des comportements de jeu à risque (selon les critères du SOGS). De ces participants, nous retrouvons 41 hommes et 45 femmes, dont l'âge moyen se situe à 52 ans. Quant au statut démographique, 43% des personnes sont mariés ou conjoints de fait; 46% ont une scolarité de niveau secondaire et 30% un niveau universitaire. Enfin, 64% des participants avaient un emploi au moment de l'étude.

2. Données sur les Trajectoire de jeux

Chaque participant a reçu une cote selon le type de jeu pratiqué, pour chaque année de la vie, soit aucun jeu (cote de 1 dans la figure), jeu récréatif (cote de 2) et jeu pathologique (cote de 3). À l'aide de la procédure TRAJ pour le logiciel SAS, cette cotation du jeu a permis d'identifier 3 groupes de joueurs distincts parmi les 86 participants de l'étude (Figure 1). Les participants caractérisés par la trajectoire du premier groupe (n=30) semblent être exposés au jeu, de façon précoce, dès l'adolescence, et ceux-ci développent des habitudes de jeu récréatif dès la mi-vingtaine. Par la suite, il y a une progression lente des habitudes de jeu jusqu'au développement des difficultés de jeu pathologique vers la fin de la quarantaine et le début de la cinquantaine. Le deuxième groupe (n=42) semble débiter le jeu récréatif vers le début de la quarantaine pour rapidement développer des difficultés de jeu pathologique dans la cinquantaine. Quant au troisième groupe (n=14), l'exposition au jeu semble plus tardive, plutôt dans la trentaine ou quarantaine, pour adopter des habitudes de jeu récréatif. Dans la soixantaine et la septantaine, souvent après la retraite, les habitudes de jeu semblent se modifier et tendre vers des habitudes de jeu pathologique.

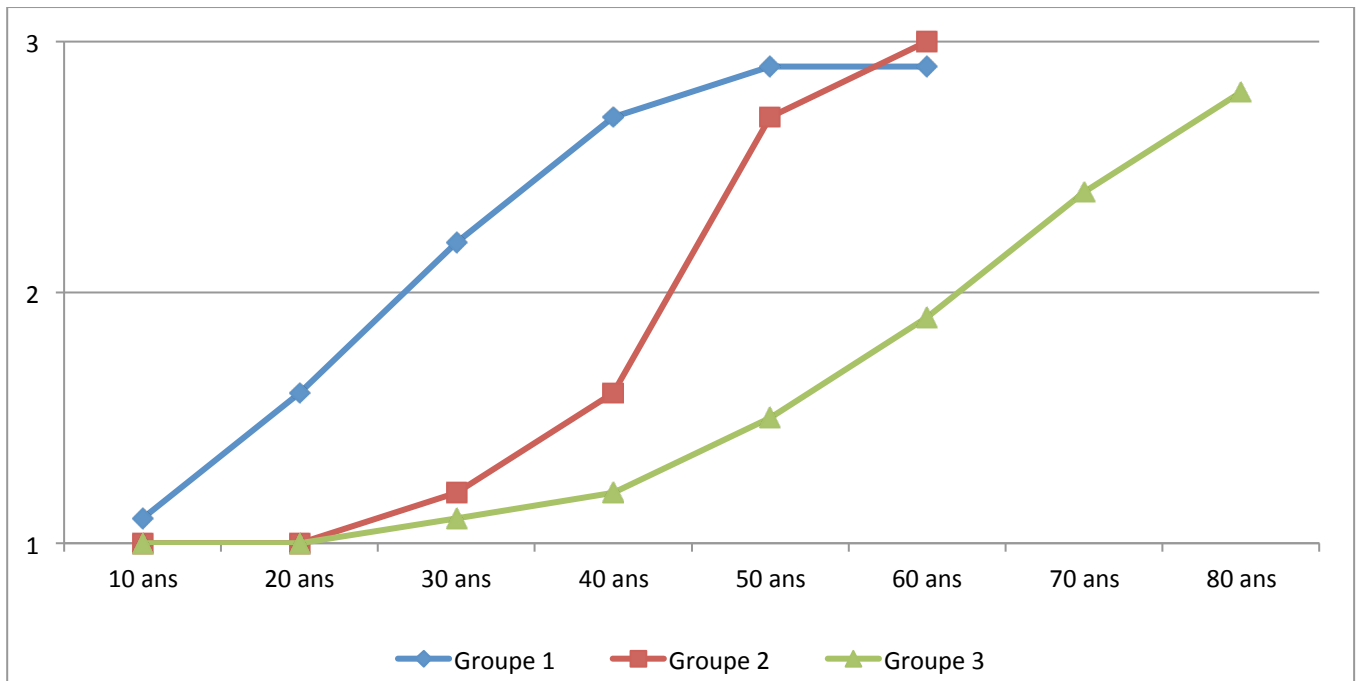


Figure 1 : Trajectoires de jeu

Légende :

1=Pas de comportement de jeu	2=Jeu récréatif	3= Jeu pathologique
Groupe 1 (n=30)	Groupe 2 (n= 42)	Groupe 3 (n=14)

Les analyses sociodémographiques et cliniques en fonction de chacun de ces groupes (Tableau 2) indiquent qu'il y a plus d'hommes (60%) que de femmes (40%) dans le groupe 1, caractérisé par des personnes ayant développé de manière précoce des comportements de jeux, alors que nous observons un taux égal d'hommes et de femmes dans le groupe 2. Enfin nous retrouvons plus de femmes que d'hommes dans le groupe 3, ce dernier est constitué de personnes ayant développé tardivement des habitudes de jeu pathologique. L'âge moyen des participants augmente selon le groupe. Quant au statut civil, nous observons deux fois plus de célibataires (33%) dans le groupe 1 comparativement aux autres groupes.

Les personnes mariées ou conjoints de fait varient entre 36 et 47%. Nous retrouvons 50% des personnes veufs/veuves dans le groupe 3. Le niveau de scolarité est différent selon les groupes : un tiers des participants du groupe 2 et 3 ont une éducation de niveau universitaire, alors que le groupe 1 se répartit plus ou moins également selon les trois niveaux de scolarisation. Quant au statut d'emploi, 70% des participants du groupe 1 et 2 sont en emploi alors que près de la moitié de participants sont à la retraite. Quant aux personnes sans emploi, nous observons qu'entre 9 et 17% des participants sont sans emploi, le groupe 1 ayant le taux le plus élevé de personnes sans emploi, tout près de une personne sur cinq.

Tableau 2. Données sociodémographiques selon trois trajectoires de jeu

N=86	Groupe 1 (n=30)		Groupe 2 (n=42)		Groupe 3 (n=14)		p ¹	Total (n=86)		p ²
	n	%	n	%	n	%		n	%	
Genre										
Homme	18	60	20	47.6	3	21.4	n.s.	41	47.7	n.s.
Femme	12	40	22	52.4	11	78.6	n.s.	45	52.3	n.s.
Âge										
20-29 ans	4	13.3	0	---	0	---	---	4	4.7	.000
30-39 ans	5	16.6	4	9.5	1	7.1	---	10	11.7	.000
40-49 ans	11	36.6	10	23.8	1	7.1	---	22	25.6	.000
50-59 ans	5	16.6	15	35.7	4	28.6	---	24	27.9	.000
60-69 ans	4	13.3	13	31.0	6	42.9	---	23	26.7	.000
70-79 ans	1	3.6	0	---	2	14.3	---	3	3.5	.000
Âge moyen	45.0 ans		53.5 ans		59.4 ans		---	52.6 ans		
État civil										
Célibataire/ Fréquentation amoureuse	10	33.3	7	16.7	2	14.3	n.s.	19	22.1	n.s.
Marié(e)/conjoint(e) de fait	12	40.0	20	47.6	5	35.7	n.s.	37	43.0	n.s.
Séparé(e)/ Divorcé(e)/ Veuf/veuve	8	26.7	15	35.7	7	50.0	n.s.	30	34.9	n.s.
Niveau de scolarité										
Études secondaires (complétées et incomplètes)	10	33.3	22	52.4	8	57.14	n.s.	40	46.5	.000
Études collégiales (complétées et incomplètes)	12	43.3	6	14.3	1	7.1	n.s.	19	22.1	.000
Études universitaires (complétées et incomplètes)	7	23.3	14	33.3	5	35.7	n.s.	26	30.2	.000
Emploi										
Oui	21	70	30	71.4	6	42.9	n.s.	57	66.3	.000
Non	9	30	12	28.6	7	50.0	n.s.	28	32.6	.000
Secteur d'emploi										
Travail	21	70.0	28	66.7	6	42.9	n.s.	55	64.0	.000
Femme au foyer/ Retraité/ Invalide	3	10.0	7	16.7	6	42.9	n.s.	16	18.6	.000
Sans emploi	5	16.7	4	9.5	2	14.3	n.s.	11	12.8	.000

¹ Analyses : régression logistique multinomiale

² Analyses : test de proportion avec un échantillon : test binomial avec un échantillon et khi-carré avec un échantillon

Les données sur les trajectoires de vie permettent d'observer une certaine similarité, malgré une tendance un peu plus élevée chez le groupe 1, quant aux conduites actuelles des jeux de hasard et d'argent, telles que mesurées par le SOGS et le Module K du DSM-IV. L'âge du début de jeu pathologique est une caractéristique importante qui détermine en partie les différences entre les trois groupes.

Nous observons une différence significative entre chacun des groupes tant au niveau de l'âge du début du jeu récréatif, que de l'âge du début du jeu pathologique. Le groupe 1 est celui qui a des conduites de jeu depuis le plus longtemps. Nous n'observons pas de différences significatives entre les groupes quant aux comportements d'impulsivité telle que mesurée par les BIS (Tableau 3).

Tableau 3. Données sur le jeu et auto administrés

N=86	Groupe 1 (n=30)	Groupe 2 (n=42)	Groupe 3 (n=14)	Total (n=86)			
	n	n	n	n	OR ¹	CI _{95%}	p
SOGS							
Nombre moyen de critères	9.03	7.69	7.71	8.16	---	---	n.s.
Module K							
Nombre moyen de critères	6.20	5.79	5.57	5.90	---	---	n.s.
Données sur le jeu							
Âge-début du jeu récréatif	27.37	39.71	42.00	35.78			
	Groupe 2 (réfèrent groupe 1)				1,081	1,036-1.128	.000 ²
	Groupe 3 (réfèrent groupe 1)				1.099	1.036-1.165	.002 ³
Âge-début du jeu pathologique	34.53	44.19	53.07	42.27			
	Groupe 2 (réfèrent groupe 1)				1.072	1.025-1.121	.002 ⁴
	Groupe 3 (réfèrent groupe 1)				1.151	1.072-1.237	.000 ⁵
Nombre de périodes d'arrêt du jeu	1.93	1.50	1.00	1.57	---	---	n.s.
Durée totale des périodes de jeu pathologique	8.27	6.86	4.57	6.98			
	Groupe 1 (réfèrent groupe 3)				1.191	.999-1.421	.052 ⁶
Âge-fin du jeu	44.47	52.67	58.14	50.70			
	Groupe 2 (réfèrent groupe 1)				1.063	1.017-1.112	.007 ⁷
	Groupe 3 (réfèrent groupe 1)				1.116	1.043-1.195	.001 ⁸
Sous-échelles BIS							
Impulsivité cognitive	17.22	17.07	16.48	16.96	---	---	n.s.
Impulsivité motrice	22.69	24.21	22.05	22.81	---	---	n.s.
Impulsivité (non-planning)	25.28	27.14	25.62	25.78	---	---	n.s.
Score total	65.19	68.43	64.14	65.54	---	---	n.s.

1 Analyses : régression logistique multinomiale

2 La cote de risque pour le début du jeu récréatif augmente de 8% la probabilité d'être dans le groupe 2 plutôt que le groupe 1 pour chaque tranche d'âge de 10 ans.

3 La cote de risque pour le début du jeu récréatif augmente de 10% la probabilité d'être dans le groupe 3 plutôt que le groupe 1 pour chaque tranche d'âge de 10 ans.

4 La cote de risque pour le début du jeu pathologique augmente de 7% la probabilité d'être dans le groupe 2 plutôt que le groupe 1 pour chaque tranche d'âge de 10 ans.

5 La cote de risque pour le début du jeu pathologique augmente de 15% la probabilité d'être dans le groupe 3 plutôt que le groupe 1 pour chaque tranche d'âge de 10 ans.

6 La cote de risque pour la durée totale des périodes de jeu augmente de 19% la probabilité d'être dans le groupe 1 plutôt que le groupe 3 pour chaque tranche d'âge de 10 ans. (Tendance seulement)

7 La cote de risque pour la fin du jeu pathologique augmente de 6% la probabilité d'être dans le groupe 2 plutôt que le groupe 1 pour chaque tranche d'âge de 10 ans.

8 La cote de risque pour la fin du jeu pathologique augmente de 12% la probabilité d'être dans le groupe 3 plutôt que le groupe 1 pour chaque tranche d'âge de 10 ans.

3. Données sur la santé mentale

Les 86 personnes ayant participé à cette étude, ont été sollicitées de manière large dans la population générale sur la base de conduites de jeux de hasard et d'argent actuelles ou au cours des cinq dernières années. Les données permettent d'observer qu'en plus des difficultés de jeux, les participants de cette étude vivent ou ont vécu des taux importants de troubles mentaux (Tableau 4).

Au cours des derniers 6 mois, 23% des participants souffraient de troubles de l'humeur, 10% d'un trouble de dépendance aux substances et 46% avaient un trouble de jeux pathologiques selon le module K du DSM-IV. Au total 62% des participants avaient au moins un trouble de santé mentale dont 27% des

participants avaient une cooccurrence d'au moins deux troubles. Il n'y a pas de différence significative entre les trois groupes.

Quant à la période précédant les 6 derniers mois, 98% des personnes ont vécu au moins un trouble de santé mentale. De ce groupe 80% des participants ont vécu une cooccurrence d'au moins deux troubles ou plus : 78% ont vécu des troubles de jeux pathologiques, 60% un trouble de l'humeur, 40% un trouble de dépendance aux substances et 23% un trouble anxieux. La seule différence significative entre les trois groupes se situe au niveau de la présence des troubles anxieux, les participants du groupe 2 ont plus de troubles anxieux que les personnes du groupe 1.

Tableau 4. Nombre de personnes ayant un trouble sur les axes I ou II - 6 derniers mois et période précédant les 6 derniers mois

N=86	Total (n=86)		Groupe 1 (n=30)		Groupe2 (n=42)		Groupe3 (n=14)		OR ¹	CI _{95%}	p
	n	%	n	%	n	%	n	%			
Derniers 6 mois											
Troubles de l'humeur	20	23.3	9	30.0	9	21.4	2	14.3	---	---	n.s.
Troubles de l'alcool et substances	9	10.5	4	13.3	5	11.9	0	---	---	---	-
Troubles anxieux	10	11.6	3	10.0	6	14.3	1	7.1	---	---	n.s.
Jeu pathologique (Module K)	40	46.5	13	43.3	22	52.4	5	35.7	---	---	n.s.
Personne dont un seul diagnostic identifié	31	36.0	9	30.0	15	35.7	7	50.0	---	---	n.s.
Personne dont deux diagnostics identifiés	23	26.7	9	30.0	13	31.0	1	7.1	---	---	n.s.
Total ayant un trouble ou plus	54	62	18	60	28	66.6	8	57			n.s.

Période précédant les 6 derniers mois

Troubles de l'humeur	60	69.8	24	80.0	28	66.7	8	57.1	---	---	n.s.
Troubles de l'alcool et substances	41	47.7	14	46.7	22	52.4	5	35.7	---	---	n.s.
Troubles anxieux	23	26.7	5	16.7	16	38.1	2	14.3	3.077	.980-9.664	.054 ²
Troubles psychotiques	1	1.2	0	---	1	2.4	0	---	---	---	-
Jeu pathologique (Module K)	67	77.9	22	73.3	34	81.0	11	78.6	---	---	n.s.
Personne dont un seul diagnostic identifié	15	17.4	4	13.3	9	21.4	2	14.3	---	---	n.s.
Personne dont deux diagnostics identifiés	69	80.2	25	83.3	33	78.6	11	78.6	---	---	n.s.
Total ayant un trouble ou plus	84	97.7	29	96,6	42	100	13	92.8			n.s.

Troubles sur l'axe II

Cluster A	6	7.0	2	6.7	3	7.1	1	7.1	---	---	n.s.
Cluster B	7	8.1	4	13.3	3	7.1	0	---	---	---	-
Cluster C	16	18.6	8	26.7	8	19.0	0	---	---	---	-
Trouble des conduites	8	9.3	5	16.7	3	7.1	0	---	---	---	-
Trouble de perso passive-agressive	4	4.7	3	10	1	2.4	0	---	---	---	-
Personne dont un seul diagnostic identifié	18	20.9	6	20.0	11	26.2	1	7.1	---	---	n.s.
Personne dont deux diagnostics identifiés	11	12.8	7	23.3	4	9.5	0	---	---	---	-
Total ayant un trouble ou plus	29	33.7	13	43.3	15	35,7	1	7.1			n.s.

Tentatives de suicide

Une	17	19.8	2	6.7	15	35.7	2	14.3	---	---	n.s.
Deux	4	4.7	2	6.7	0	---	2	14.3	---	---	-
Trois ou plus	6	7.0	4	13.3	2	4.8	0	---	---	---	-
Nombre moyen de tentative de suicide	1.03		1.27		1.40		1.29		---	---	n.s.
Total de personnes ayant fait une TS	19	22	8	26.6	17	40.4	4	28.5			n.s.

1 Analyses : régression logistique multinomiale

2 Comparaison du groupe 2 ayant le groupe 1 comme référent. La probabilité est 3 fois plus élevée d'être dans le groupe 2 plutôt que le groupe 1 si la personne souffre d'un trouble anxieux.

3 Les « trait », dans la colonne du seuil de signification (« p »), indique qu'il n'a pas été possible d'analyser l'estimation du rapport de cote en raison des cellules vides.

Quant aux troubles sur l'axe II, 38% des participants souffraient d'au moins un trouble de la personnalité, variant de 43% chez les participants du groupe 1 à 7% chez le groupe 3. Parmi les participants du groupe 1 nous observons que 26% avaient un trouble du groupe C (personnalité dépendante, personnalité dépressive, personnalité évitante, etc.), 13% ont souffert d'un trouble du groupe B (trouble borderline, trouble narcissique, trouble antisocial, trouble histrionique) et 17% ont souffert de troubles de conduites dans l'enfance. Chez les personnes du deuxième groupe, 36% avaient au moins un trouble de la personnalité dont 19 % répondaient aux critères d'un trouble du groupe C. Nous observons qu'une seule personne répondait aux critères

d'un trouble de la personnalité chez les participants du groupe 3.

Quant à la présence de conduites suicidaires, 22% des participants ont reconnu avoir fait au moins une tentative de suicide au cours de leur vie. Près de 30 % des participants des groupes 1 et 3 et 40% des participants du groupe 2 ont rapporté avoir fait une tentative de suicide.

Malgré que nous ne soyons pas en mesure d'observer des différences significatives entre les trois groupes, compte tenu du petit nombre de participants par groupe, force de constater une présence importante de troubles mentaux en cooccurrence avec les problèmes de jeux de hasard et d'argent.

4. Le recours aux services : services reçus et services requis

Nous avons dans un premier temps relevé tous les services reçus à vie, dans la dernière année et au cours du dernier mois avant la participation à l'étude. Ces informations ont été colligées auprès des participants lors de la

trajectoire de vie. Nous demandions aux participants d'énumérer à travers le parcours de vie, les services médicaux et de santé mentale auxquels ils ont eus recours au cours de leur vie.

Tableau 5. Nombre de personnes ayant consulté : dernier mois, dernière année et à vie

N=86 Nb de personnes (nb de consultations/ moyenne par personne)	Dernier mois	Dernière année (excluant le dernier mois)	Durant la vie (excluant la dernière année)	Durant la vie
Première et deuxième lignes médicales	4 (4/1)	49 (454/9)	57 (1540/27)	65 (1998/31)
Professionnel de la santé et des services sociaux et autres intervenants de première ligne	0 (0)	13 (84/6)	33 (186/6)	38 (270/7)
Services spécialisés de santé mentale ou dépendance	13 (50/4)	37 (382/10)	60 (2570/49)	68 (3002/44)
Services bénévoles sans but lucratif	9 (9/1)	25 (113/4.5)	43 (1098/25)	48 (1220/62.5)
Total	24 (63)	70 (1033)	79 (5394/68)	86 (6490/75)

Nous avons ensuite fait des analyses descriptives en classant les services selon quatre types: 1) des services médicaux de 1^{ière} ligne ; 2) des services psychosociaux de

première ou de deuxième ligne ; 3) des services spécialisés de deuxième ligne en santé mentale et dépendance; 4) et enfin, des organismes sans but lucratif dans la communauté. Les données

sur la consultation indiquent, au tableau 5, le nombre de personnes qui ont consulté à des services de première ligne, deuxième ligne psychosociale, des services spécialisés de santé mentale et des services bénévoles. Entre parenthèses, nous indiquons le nombre de consultations totales et le nombre moyen de consultations par personne.

Les résultats (Tableau 5) indiquent qu'au cours du dernier mois, les participants ont consulté plus dans les services spécialisés en santé mentale ou en dépendance- que les autres types de services. Également au cours de la dernière année et au cours de la vie, les participants ont consulté plus souvent dans les services spécialisés en santé mentale ou dépendance que dans les services de première ligne et que dans

les services psychosociaux de 1^{ère} ou 2^{ème} ligne. Également, les participants ont eu recours de manière importante aux services bénévoles sans but lucratif.

Nous avons colligé les données selon les différentes trajectoires de jeu (Tableau 6). Nous observons alors que les personnes du groupe 3 ont consulté davantage dans les services médicaux, cependant, ce groupe est aussi celui dont la moyenne d'âge est la plus élevée. Les services psychosociaux sont les services les moins utilisés par les trois groupes comparativement aux services médicaux, aux services spécialisés et aux services sans but lucratif.

Tableau 6. Nombre de personnes ayant consulté selon les trois trajectoires de jeu

N=86 Nb de personnes (nb de consultations/ moyenne par personne)	Dernier mois	Dernière année (excluant le dernier mois)	Durant la vie (excluant la dernière année)	Durant la vie
Première et deuxième lignes médicales				
Groupe 1 (n=30)	0 (0)	13 (110/8)	14 (273/19.5)	17 (383/22.5)
Groupe 2 (n=42)	3 (3/1)	25 (192/8)	29 (626/21.5)	34 (821/24)
Groupe 3 (n=14)	1 (1/1)	11 (152/14)	14 (641/46)	14 (794/57)
Professionnel de la santé et des services sociaux et autres intervenants de première ligne				
Groupe 1(n=30)	0	2 (13/6.5)	9 (63/7)	10 (76/8)
Groupe 2 (n=42)	0	10 (59/6)	19 (86/4.5)	23 (145/6)
Groupe 3 (n=14)	0	1 (12/12)	5 (37/7)	5 (49/10)
Services spécialisés de santé mentale ou dépendance				
Groupe 1(n=30)	7 (32/4.5)	14 (174/12)	22 (882/40)	25 (1088/43.5)
Groupe 2 (n=42)	6 (18/3)	16 (127/8)	29 (1344/46)	33 (1489/45)
Groupe 3 (n=14)	0	7 (81/12)	9 (344/38)	10 (425/42.5)
Services bénévoles sans but lucratif				
Groupe 1(n=30)	2 (2/1)	8 (70/9)	13 (310/24)	14 (382/27)
Groupe 2 (n=42)	6 (6/1)	12 (14/1)	23 (588/25.5)	25 (608/24)
Groupe 3 (n=14)	1 (1/1)	5 (29/6)	7 (200/28.5)	9 (230/25.5)
Total				
Groupe 1 (n=30)	8 (34/4)	22 (367/17)	27 (1528/56.5)	30 (1929/64)
Groupe 2 (n=42)	14 (27/2)	35 (392/11)	38 (2644/69.5)	42 (3063/73)
Groupe 3 (n=14)	2 (2/1)	13 (274/21)	14 (1222/87)	14 (1498/107)

Nous avons également colligé les données de consultation en fonction du genre, compte tenu des habitudes de consultation différentes entre les hommes et les femmes. Les résultats indiquent que les hommes et les femmes consultent, dans les mêmes proportions, les

services médicaux et les services psychosociaux. Cependant les femmes utilisent plus que les hommes les services spécialisés de santé mentale ou de dépendance et les services bénévoles sans but lucratif, à l'exception des services spécialisés au cours du dernier mois.

Tableau 7. Nombre de personnes ayant consulté : différence hommes-femmes

Nb de personnes (nb de consultations/ moyenne par personne)	Dernier mois	Dernière année (excluant le dernier mois)	Durant la vie (excluant la dernière année)	Durant la vie
Première et deuxième lignes médicales				
Homme	2 (2/1)	15 (112/7.5)	21 (551/26)	24 (665/28)
Femme	2 (2/1)	34 (342/10)	36 (989/27)	41 (1333/32.5)
Professionnel de la santé et des services sociaux et autres intervenants de première ligne				
Homme	0	8 (36/4)	12 (68/5)	15 (104/7)
Femme	0	5 (48/5)	21 (118/5.6)	23 (166/7)
Services spécialisés de santé mentale ou dépendance				
Homme	10 (47/5)	20 (180/9)	29 (562/19)	36 (789/22)
Femme	3 (3/1)	17 (202/12)	31 (2008/65)	32 (2213/69)
Services bénévoles sans but lucratif				
Homme	5 (5/1)	9 (20/2)	13 (127/10)	15 (152/10)
Femme	4 (4/1)	16 (93/6)	30 (971/32)	33 (1068/32)
Total				
Homme	15 (54/4)	30 (348/12)	35 (1308/37)	41 (1710/42)
Femme	9 (9/1)	40 (685/17)	44 (4086/93)	45 (4780/106)

Nous avons ensuite, en panel d'experts, identifié les services reçus en fonction des types d'intervention. Le groupe d'experts était composé de deux psychiatres, quatre psychologues, une psychoéducatrice, un administrateur du réseau et une sociologue de la santé. Dans un premier temps, ces experts faisait une prescription des services requis sur la base de toutes les données recueillies (présence de troubles mentaux, trajectoire de vie, trajectoire de jeu et recherche de services). Au tableau 8, nous observons un certain écart entre les services requis et les services reçus. Dans un deuxième temps les services de première ligne accusent un important décalage en regard des besoins reçus et les besoins qui auraient été requis par les participants à cette

étude. Entre autres, des services d'évaluation en santé mentale et de référence à des services psychosociaux ou des services spécialisés; ce décalage est plus marqué pour les femmes que les hommes. À de nombreuses occasions les participants auraient eu besoin de divers types de services de psychothérapie qui n'ont pas été reçus : counseling psychologique (n=21), groupe d'entraide (n=26), thérapie de groupe (n=26), psychothérapie (n=20), thérapie cognitive-comportementale (n=7) et thérapie interpersonnelle (n=5). Au total 53 besoins non comblés de thérapie ont été identifiés pour les hommes et 54 pour les femmes. Quant aux services médicaux et spécialisés en santé mentale, plusieurs participants auraient bénéficié de services de surveillance et relance

(n=25), particulièrement les hommes, ainsi qu'un ajustement de la médication psychotrope. Chez les personnes qui souhaitaient avoir des

services à la suite d'une autoexclusion d'un casino, les suivis de cas ont manqué auprès de 27 personnes.

Tableau 8. Écart entre les services reçus et les services requis

	Interventions reçues	Interventions requis	Total n=86	Déficit	
				H n=41	F n=45
Abri résidentiel	2	2	0	0	0
Curatelle de la personne/biens	2	2	0	0	0
Demande d'aide/référence	12	81	-69	-21	-48
Désintoxication	11	11	0	0	0
Évaluation en santé mentale	18	107	-89	-34	-54
Visite à domicile	0	1	-1	-1	0
Services de psychothérapie					
Counseling psychologique	20	41	-21	-13	-8
Groupe d'entraide	14	32	-18	-10	-8
Groupe d'entraide pour abus sexuel et physique	0	1	-1	0	-1
Groupe d'entraide pour condition médicale	0	2	-2	0	-2
Groupe de préparation à la retraite	0	1	-1	0	-1
Thérapie de groupe autre	27	53	-26	-16	-10
Thérapie cognitivo- comportementale	0	7	-7	-2	-5
Psychothérapie interpersonnelle	1	6	-5	-3	-2
Thérapie de soutien	4	5	-1	0	-1
Psychothérapie	20	40	-20	-9	-11
Intervention de crise	3	4	-1	0	-1
Intervention individuelle pour obésité	0	1	-1	0	-1
Thérapie de couple	0	2	-2	0	-2
Thérapie familiale	0	1	-1	0	-1
Services médicaux					
Hospitalisation en psychiatrie	8	8	0	0	0
Médication psychotrope	35	46	-11	-5	-6
Suivi d'une condition médicale	23	26	-3	-3	0
Surveillance/ relance	9	34	-25	-22	-3
Services jeux					
Arrestation /incarcération	2	2	0	0	0
Auto exclusion	15	16	-1	-1	0
Suivi de cas	0	27	-27	-10	-17

Tableau 9. Écart entre les services reçus et les services requis par type de problèmes

Problématiques	Intervention reçues	Interventions requises	Déficit
Anxiété	2	10	-8
Dépression	48	101	-53
Alcool/Substances	28	76	-48
Problèmes financiers	4	9	-5
Problèmes physiques	40	65	-25
Problèmes légaux	2	2	0
Détresse interpersonnelle	2	20	-18
Problèmes de logement	1	3	-2
Problèmes suicidaires	19	40	-21
Jeu	95	224	-129
TDAH	3	22	-19
Trouble des conduites	0	5	-5

Les résultats présentés au tableau 9 et la figure 2 indiquent l'écart entre les services reçus et les services requis en fonction des type de problème identifié. Les problèmes pour lesquels l'écart de service et le plus important sont en regard des problème de jeux, des troubles dépressifs, des

troubles associés à la consommation d'alcool et de drogues, des problèmes suicidaires et de détresse interpersonnelle. Des écarts associés à des besoins pour les troubles de déficit d'attention avec hyperactivité ont également été identifiés.

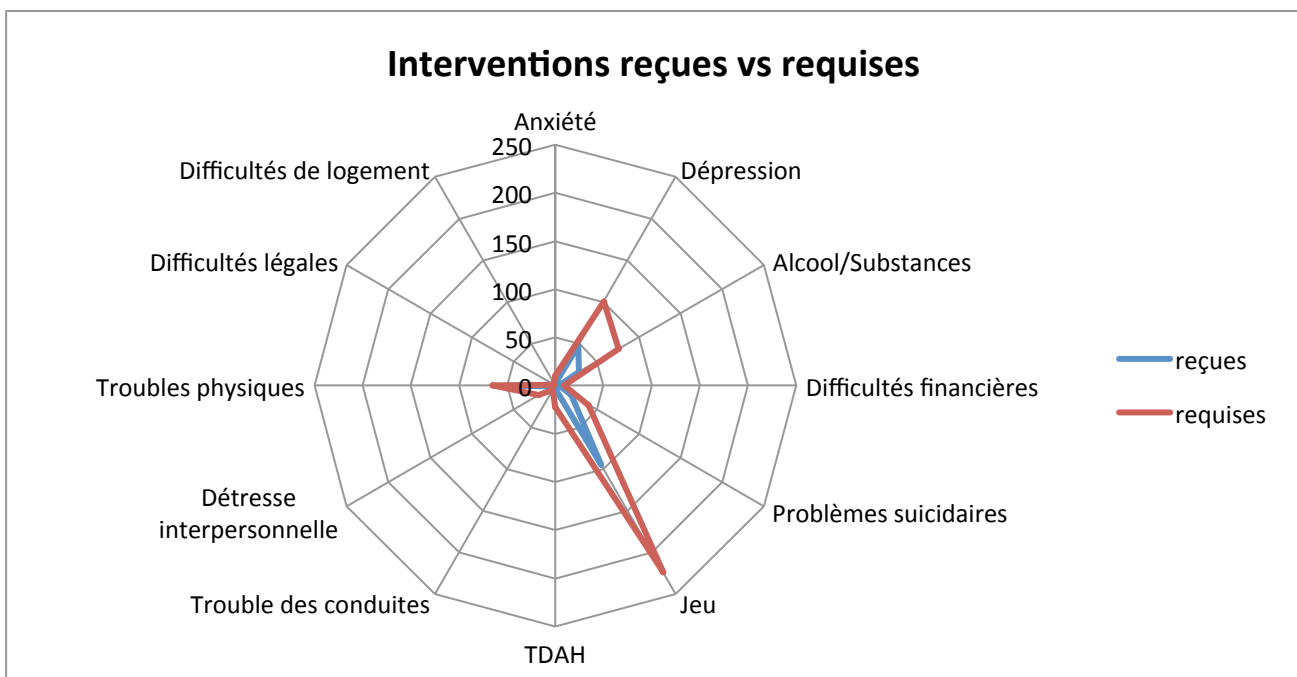


Figure 2. Illustration des écarts entre les services reçus et les services requis en fonction du problème

La dernière étape d'analyse visait à identifier les situations systémiques qui ont fait en sorte qu'un ensemble de besoins n'ont pas été rencontrés. Pour chacune des interventions qui auraient dues être posées et qui n'étaient pas disponibles pour soutenir les interventions individuelles identifiées dans le scénario requis, les membres du panel devaient identifier si les limites se situaient au niveau local, au niveau des programmes, entre les services régionaux ou au niveau provincial. Ces services non

disponibles étaient déclinés par types de besoins, par exemple en regard de la formation ; de l'accessibilité à des services comme ceux de psychothérapies ; de la coordination ; de la gouvernance ; ou de financement, etc.

Les résultats (Tableau 9) pour l'ensemble des participants est également présenté selon que les trajectoires de jeux des participants, ou selon les différences hommes-femmes.

Tableau 9. Évaluation des besoins non-rencontrés aux niveaux des systèmes et des programmes

Besoins	Recommandation selon les 86 dossiers	Recommandation			Recommandation	
		G1 (n=30)	G2 (n=42)	G3 (n=14)	Hommes (n=41)	Femmes (n=45)
Besoins non rencontrés en raison de financement, de coordination et de gouvernance						
Enjeu de financement	6	1	5	0	5	1
-Accroître l'accessibilité aux services de thérapies						
Enjeu de coordination	30	12	13	5	13	17
-Développer et appliquer un plan de traitement						
-Participation à un plan de traitement	17	5	7	5	12	5
-Suivi d'un plan de traitement	5	2	3	0	5	0
Enjeu de gouvernance						
-Développer et appliquer un protocole	27	7	15	5	5	22
-Participation au protocole	16	12	4	0	9	7
-Création de structures	0	0	0	0	0	0
Besoin non rencontrés en raison de besoins de formation pour la population ou les intervenants						
-Sensibilisation grand public/ l'importance de la consultation	2	1	1	0	1	1
-Formation/guide de pratique comorbidité	2	1	1	0	2	0
-Formation/guide de pratique toxico	3	0	3	0	3	0
-Formation/ Sensibilisation -violence faite aux femmes	2	0	2	0	0	2
Aucune recommandation	36	14	16	6	19	17

Les données indiquent que des recommandations furent formulées pour 50 dossiers sur un total de 86, indiquant que pour 36 dossiers, le panel d'experts a estimé qu'il y avait une adéquation parfaite entre les interventions reçues et les interventions requises. Sur les 50 dossiers, les membres du panel ont fait 103 recommandations.

De ces recommandations, six ciblent l'accessibilité aux services, dont l'enjeu systémique est celui du financement. Il s'agit d'accessibilité aux milieux spécialisés en dépendance. Il est question ici d'un enjeu d'accès en temps opportun qui joue contre les personnes en besoin qui recherchent une aide appropriée spécialisée.

Développer et appliquer un plan de traitement approprié a été identifié en tant que besoin non comblé, auprès de personnes qui consultent en première ligne médicale. Dans bien de situations, les personnes consultent en première ligne sans que les difficultés de santé mentale ou psychosociale ne soient prises en compte. Ces situations se produisent plus particulièrement dans le cas de situations complexes dans lesquelles il y a présence de difficultés médicales en plus de difficultés psychosociales et de troubles mentaux comorbides. Dans ce type de figure, le plan de traitement requis est souvent à dimensions multiples et peut inclure la planification d'interventions disparates dont : 1) une évaluation de la sévérité d'une dépression qui peut être résistante en vue d'établir une modification de traitement et un choix de traitement optimal. Dans de nombreux cas, une référence vers les services spécialisées pour une évaluation de la sévérité de la dépression et des idées suicidaires aurait été nécessaire; 2) un soutien des services psychosociaux pour des situations familiales et 3) un autre traitement en santé mentale pour un ou des troubles co-occurents comme le jeu, un trouble de consommation de substance, un trouble anxieux, etc. Souvent cet enjeu de coordination nécessite le choix d'un lieu fixe de dispensation des

services, et la présence de plusieurs intervenants à la fois, une coordination efficace des interventions (intervenant pivot), et des suivis des interventions. Les services psychosociaux semblent les grands absents des plans d'intervention pour les personnes ayant des problèmes de jeux de hasard et d'argent, alors que la nécessité de participation des services psychosociaux à un plan de traitement a été soulevée à maintes reprises par les membres du panel. La participation à un plan de traitement et les suivis d'un plan de traitement dépendent bien souvent des intervenants psychosociaux qui devraient répondre aux besoins co-occurents comme la présence de difficultés familiales avec un/e conjoint/e, ou avec des enfants ayant eux-mêmes des difficultés psychosociales, ou associés à des difficultés d'ajustement à la retraite, ou une difficulté d'ajustement à une séparation de couple qui provoque des périodes de solitudes et d'ennuis, ou encore associés à des difficultés d'ajustements à la suite de délits et d'interventions judiciaires. Toutes ces difficultés amplifient les habitudes de jeux qui deviennent tantôt une stratégie d'apaisement des difficultés personnelles ou une stratégie pour répondre à l'ennui ou la solitude.

Les besoins non comblés en regard des suivis de cas sont éloquentes en regard de l'auto exclusion du Casino de Gatineau. Ici pourtant un protocole existe, mais un manque de suivis fait en sorte que les personnes qui se sont auto exclues n'ont pas reçu les services requis suite à cette démarche. Ces besoins non comblés ont été observés dans le cas de 27 dossiers différents, donc auprès d'un tiers de participants. Dans certains cas les personnes se sont autoexclues de nombreuses fois sur une période de plusieurs années, sans que ceux-ci reçoivent un suivi en santé mentale. Ces besoins non comblés rejoignent toutes les recommandations associées au développement, à la participation et au suivi d'un plan de traitement. Les résultats indiquent que 52 recommandations sur des enjeux de coordinations ont été soulevées et représentent autant de besoins non comblés.

Pour ce qui est des enjeux de gouvernance, il s'agit de développer un protocole ou participer à un protocole de soins qui serait instauré de manière systématique dans la pratique professionnelle. Par exemple, des recommandations suggéraient le développement d'un guide pour médecins de famille en vue de favoriser le dépistage et l'engagement motivationnel basé sur le modèle du guide d'implantation en prévention du suicide pour les équipes de base en santé mentale au Québec. Comme la motivation au traitement est un aspect central pour les joueurs pathologiques, il est important de favoriser cet engagement chez les patients. Une autre recommandation maintes fois formulée, cible le développement d'outils de dépistage sur le jeu de hasard et d'argent et d'autres situations psychosociales ou de santé mentale. Ces outils de dépistage pourraient être administrés aux patients systématiquement lors des visites médicales. Ce type de questionnaire pourrait orienter l'entretien avec un généraliste et permettre des références plus ciblées auprès des services psychosociaux ou spécialisés. Les besoins non comblés qui rejoignent des enjeux de gouvernance, sont au nombre de 43 recommandations de la part du panel d'experts.

Dans la série de cas étudiés, il n'y avait pas d'enjeu de création de services, en ce sens que les services nécessaires existaient déjà.

Enfin des besoins de formations auprès de la population générale et auprès des intervenants ont été formulés 9 fois par le panel. Ces formations visent la sensibilisation du public à travers des activités de littéracie sociale quant à l'identification de difficultés de santé mentale et à l'importance de consulter lorsqu'il y a présence de troubles mentaux. Des recommandations plus spécifiques à l'intention des intervenants au sujet des pratiques cliniques avec des populations ayant des troubles comorbides; des troubles complexes de toxicomanie et de dépendance, et enfin, des formations de sensibilisation de la violence faites aux femmes.

Discussion et recommandations

Les résultats de cette étude ont été réalisés auprès de 86 personnes ayant ou ayant eu des problèmes de jeu au cours des 5 dernières années. Ces personnes ont été recrutées de manière large dont les deux-tiers à travers des annonces dans les journaux. Ainsi peu de personnes ont été recrutées à travers des services en santé mentale. Néanmoins, nous observons des taux de pathologies psychiatriques importants : sur la vie 98% des personnes ont souffert d'au moins un trouble mental dont, 78% un trouble de jeu pathologique, 60% un trouble de l'humeur, 41% un trouble de dépendance aux substances, 23% un trouble anxieux, 34% un trouble de la personnalité et enfin, 22% ont rapporté avoir fait une tentative de suicide. Au cours des 6 derniers mois, 62% avaient un trouble mental dont 46% avaient un trouble de jeu pathologique, 23% un trouble de l'humeur, 10% un trouble de dépendance aux substances et 11% un trouble anxieux. Plusieurs auteurs ont trouvé une cooccurrence importante entre jeu pathologique et trouble de dépendance (Ladouceur, 2000; Ledgerwood et al., 2005). Les résultats de cette étude vont dans le même sens, mais identifie une cooccurrence encore plus importante avec les troubles de l'humeur. Ainsi le jeu, comme la consommation d'alcool ou de drogues peut, dans certains cas, être une stratégie pour faire face à des problèmes de dépression par l'automédication, en cas d'alcool et de drogue, et par la distraction de ses propres problèmes en cas de jeux.

Les résultats suggèrent trois groupes distincts ayant des trajectoires de jeux différents : un premier groupe exposé de manière précoce au jeu, dès l'adolescence, et qui joue sur une longue période de manière récréative avant de développer des problèmes de jeu pathologique vers la quarantaine ou la cinquantaine. Un second groupe qui commence à jouer de manière récréative plus tard dans la vie vers la quarantaine mais qui développe des troubles de jeu pathologique rapidement dans la

cinquantaine. Enfin un troisième groupe qui est exposé au jeu récréatif plus tardivement et développe un trouble pathologique vers 60-70 ans, souvent après la retraite.

L'analyse de l'utilisation des services indique que les participants ont eu recours aux services médicaux et aux services spécialisés en santé mentale (incluant les dépendances) beaucoup plus qu'ils n'ont eu recours aux services psychosociaux. L'écart entre les services reçus et les services requis se situe surtout en regard de services de références et d'évaluation, des services de psychothérapies et du suivi suite à l'autoexclusion. Ces besoins non rencontrés s'expliquent en raison 1) des enjeux de financement pour l'accessibilité immédiat à des services de dépendance; 2) en raison des enjeux de coordination pour ce qui est des difficultés de mise en place et réalisation des suivis des plans de traitements et enfin; 3) en raison d'enjeux de gouvernance pour le développement et la mise en place de protocole de services.

Les résultats permettent de constater que le jeu n'est pas la seule difficulté qui envahie la vie des participants de cette étude. Les problèmes vécus par les participants ne sont pas récents et les personnes consultent les services de santé et santé mentale (70 personnes sur 86 ont consulté au cours de la dernière année). De fait, les problèmes de santé mentale et les problèmes psychosociaux demeurent importants. Il semble que ces personnes consultent mais souvent pour de brèves périodes, ou alors elles consultent pour certains problèmes sans que leurs difficultés de jeux ne soient réellement identifiées ou pris en charge.

La prescription de soins reçus par les participants à l'étude, particulièrement les thérapies de groupes ou même les thérapies individuelles (pour dépendance) sont souvent offertes à court terme, pour un nombre fixe de sessions. Dans de nombreux cas, cette période de soutien n'est pas suffisamment longue. Ici il y a d'une part l'offre des services, et d'autre part, le souhait du patient qu'une intervention à court terme règle le problème. Si bien que cette

croissance qu'un engagement à court terme puisse tout régler, ce qui peut être adéquat dans certaines circonstances, n'est pas souhaitable dans tous les cas. Les observations de cette étude démontrent que plusieurs personnes ont eu recours à des types de thérapies brèves, de manière répétitive, sans que les difficultés s'amenuisent. Ce type de ressources à court terme ne fait que laisser traîner les problèmes à long terme, qui ne font que s'aggraver en intensité et en densité, et éventuellement les difficultés s'étendent sur plusieurs sphères de la vie.

D'autre part certaines personnes consultent pour des difficultés physiques sans mentionner directement leurs problèmes de jeux. Encore ici, on ne peut pas demander aux généralistes de dépister tous les problèmes. Cependant chez des personnes qui souffrent de troubles de santé mentale comorbides, une investigation à travers des outils de dépistage systématique et un entretien motivationnel pourraient permettre une meilleure prise en charge.

L'identification de trois trajectoires de joueurs permet d'observer qu'un premier sous-groupe est exposé de manière précoce au jeu et joue de manière récréative longtemps avant de développer des problèmes de jeux. Ici le repérage de joueurs récréatifs réguliers parmi les personnes ayant également des troubles de santé mentale, pourrait être une stratégie de prévention. Chez le deuxième groupe, entre la période d'exposition au jeu et la période de jeu pathologique, l'escalade se produit rapidement. Ici la sensibilisation auprès des proches quant aux signes et aux manifestations de comportements de jeu, ou alors au sujet des comportements qui visent à cacher le jeu pourraient permettre un dépistage plus rapide de ces personnes. Enfin le troisième groupe comprend des personnes qui sont exposées tardivement au jeu et développent un trouble de jeu pathologique à la retraite. Ici des interventions psychosociales, qui permettraient d'aider ces personnes à combler le vide de leurs

vies par des activités sociales, de bénévolat, etc. pourraient être une piste de prévention.

Limites

Malgré tous les efforts de recrutement sur une longue période, 86 personnes ont participé à cette étude. Les participants ont été recrutés en partie dans la population générale et pas seulement auprès des services de santé mentale. Cependant il n'est pas possible de savoir si les personnes qui ont participé avaient plus de difficultés que ceux qui n'ont pas choisi de participer.

Le petit nombre de participants est une limite importante et n'a pas permis d'identifier beaucoup de différences cliniques entre les 3 trajectoires de joueurs. Malgré plusieurs tendances importantes, peu de différences significatives sont ressorties. Une autre limite est à l'effet que le recueil de données n'est pas étoffé avec la même précision pour tous les dossiers, ce qui a pu limiter par moments les recommandations du panel.

Néanmoins cette étude a permis une analyse des services reçus et d'identifier les besoins non comblés et les enjeux systémiques en cause.

Conclusion et recommandations

1. Il est certes difficile de réaliser un dépistage systématique auprès de personnes ayant des difficultés de jeux de hasard et d'argent, compte tenu des sentiments de gêne et de honte (Suurvali & al., 2012) à reconnaître leurs problèmes de jeux. Dans cette perspective, il semble important de développer des outils de dépistage systématique, qui pourraient être administrés aux personnes lors des visites médicales qui permettraient l'évaluation de la problématique et l'engagement motivationnel.
2. Mobiliser les efforts de coopération inter agences (services de santé, santé publique, santé mentale, services psychosociaux, services de dépendances et toxicomanie) en vue de mieux appliquer, coordonner et réaliser les suivis des plans d'intervention.
3. Assurer un service psychosocial immédiat aux personnes qui s'autoexcluent d'une maison de jeux.
4. Puisque les personnes ayant des difficultés de jeux de hasard et d'argent ont également des difficultés co-occurentes de santé mentale, dont la présence des troubles de l'humeur (60% à vie) et les troubles d'abus et de dépendance (41% à vie), les stratégies de prévention pour le jeu de hasard et d'argent, pourrait cibler le dépistage et le traitement de la dépression et la dépendance aux substances.

Références

- Beaudoin, C.M., 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(95), 483-486.
- Black, D.W., Moyer, T. (1998). Clinical features and psychiatric comorbidity of subjects with pathological gambling behavior. *Psychiatric Services*, 49(11), 1434-1439.
- Bland, R.C., Newman, S.C., Orn, H., Stebelsky, G. (1993). Epidemiology of pathological gambling in Edmonton. *Canadian Journal of Psychiatry*, 38(92), 108-112.
- Blaszczynski, A., Farrell, E. (1998). A case series of 44 completed gambling-related suicides. *Journal of Gambling Studies*, 4(2), 93-109.
- Boreham, P., Dickerson, M., & Harley, D. (1996). What are the social cost of Gambling? *Australian Journal of Social Sciences*, 31 (4), 423-442.
- Boyer, R., St-Laurent, D., Preville, M., Legare, G., Masse, R., Poulin, C. (2000). Idéation suicidaire et parasuicide. Rapport de l'enquête sociale et de santé de 1998.
- Brown, G., Bifulco, A. (1987). Life events, vulnerability and onset of depression: some refinements. *British Journal of Psychiatry*, 150, 30-42.
- Campbell, F., Simmons, C., & Lester, D. (1999). The impact of gambling on suicidal behavior in Louisiana. *Omega : Journal of Death & Dying*, 38(3), 235-239.
- Chaput, Y., Lebel, M.J., Labonté, E., Beaulieu, L., & Paradis, M. (2007). Pathological gambling and the psychiatric emergency service. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 52, 8, 535-538.
- Chevalier S., Allard, D. (2001). Jeu pathologique et joueurs problématiques. Régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux.
- Comité Permanent de Lutte à la Toxicomanie. (2000). Le point sur la toxicomanie au Québec en l'an 2000. Gouvernement du Québec, Ministère des Services Sociaux.
- Chew, K., McCleary, R., Merrill, V., & Napolitano, C. (2000). Visitor suicide risk in casino resort areas. *Population Research and Policy Review*, 19, 551-570.
- Cupta, R & Deverensky, G. (1997). Familial and Social Influences on Juvenile Gambling Behavior. *Journal of Gambling Studies*, 13 (3), 179-192.
- DeGarcia, C.M., Hollander, E., Grossman, R., Wong, C.M., Mosovich, S.A., & Cherkasky, S. (1996). Diagnosis, neurobiology, and treatment of pathological gambling. *Journal of Clinical Psychiatry*, 57, 80-83.
- DiFilippo, J.M., Freiheit, S.R., Overholser, J.C. (1997). Emotional distress and substance abuse as risk factors for suicide attempts. *Canadian Journal of Psychiatry*, 42(4), 402-408.
- Frank, M., Lester, D., & Wexler, A. (1991). Suicidal behavior among members of Gamblers Anonymous. *Journal of Gambling Studies*, 249-254.
- Gouvernement du Québec, Ministère des Affaires Sociales. (1988). Et la santé, ça va? Rapport de l'enquête Santé-Québec. Gouvernement du Québec.
- Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (2002). Agir Ensemble. Plan d'action gouvernemental sur le jeu pathologique 2002-2005. Gouvernement du Québec.

- Grunberg, F., Lesage, A., Boyer, R., Vanier, C., Morissette, R., Menard-Buteau, C., & Loyer, M. (1994). Le suicide chez les jeunes adultes de sexe masculin au Québec: psychopathologie et utilisation des services médicaux. *Santé Mentale au Québec*, 19(2).
- Heikkinen, M., Aro, & H., Lönnqvist, J. (1993). Life events and social support in suicide. *Suicide and Life Threatening behavior*, 23(4), 343-358.
- Hraba, J. & Lee, G. (1996). Gender, gambling and problem gambling. *Journal of Gambling Studies*, 12 (1), 83-101.
- Jacques, C., Ladouceur, R., & Ferland, F. (2000). Impact of Availability on Gambling : A longitudinal Study. *Canadian Journal of Psychiatry*, 45, 810-815.
- Kaminer, Y., Bursleson, J.A., & Jadamec, A. (2002). Gambling behavior in adolescent substance abuse. *Substance Abuse*, 23(3). 191-198.
- Kausch, O. (2003). Suicide attempts among veterans seeking treatment for pathological gambling. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64, 1031-1038.
- Ladouceur, R. (1991). Prevalence estimates of pathological gambling in Quebec. *Canadian Journal of Psychiatry*, 36, 732-734.
- Ladouceur, R., Jacques, C., Ferland, F., & Giroux, I. (1999). Prevalence of problem gambling: A replication study 7 years later. *Canadian Journal of Psychiatry*, 44, 802-804.
- Ladouceur, R., Boudreault, N., Jacques, C., & Vitaro, F. (1999). Pathological gambling and related problems among adolescent. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, 8(4), 55-68.
- Ledgerwood, D.M., Steingerg, M.A., Wu, R., & Potenza, M. (2005). Self-reported gambling-related suicidality among gambling helpline callers. *Psychology of Addictive Behaviors*, 19, 175-183.
- Lesieur, H.R., & Blume, S. (1987). The South Oaks Gambling Screen (SOGS): A new instrument for the identification of pathological gamblers. *American Journal of Psychiatry*, 144, 184-188.
- Lessieur, H.R., & Blume, S.B. (1991). When lady luck loses: Women and compulsive gambling. In N.VanDenBerg (Ed.) *Feminist perspectives on addictions* (pp. 181-197). New York: Springer.
- Maccallum, F., & Blaszczynski, A. (2003). Pathological Gambling and suicidality: An analysis of severity and lethality. *Suicide and Life-Threatening Behaviour*, 33, 88-98.
- Nagin, D. & Tremblay, R. (2001). Analyzing developmental trajectories of distinct but related behaviors: A group-based method. *Psychological Methods* 6, 18-34.
- Nagin, D. & Tremblay, R. (2005). What has been learned from group-based trajectory modeling? Examples from physical aggression and other problem behaviors. *Annals of the American Academy of Political and Social Sciences* 602, 82-117.
- Nower, L., & Blaszczynski, A. (2010). Gambling motivations, money-limiting strategies, and precommitment preferences of problem versus non-problem gamblers. *Journal of Gambling Studies*, 26(3), 361-372.
- Odling, B., Marsh, P., Kim, S.W., Grant, J.E. (2011). Strategic vs nonstrategic gambling; characteristics of pathological gamblers based on gambling preference. *Annals of Clinical Psychiatry*, 23(2), 105-112.
- Rosenthal, R. & Lorenz, V. (1992). The pathological gambler as criminal offender: Comments on evaluation and treatment. *Psychiatric Clinics of North America*, Vol 15(3), Sep 1992, 647-660

- Séguin, M., Lesage, A., Guy, A., Daigle, F., & Turecki, G. (2006). Study of suicide cases in New-Brunswick from April 2002 to May 2003 : The importance of better recognizing substance and mood disorder comorbidity. *Canadian Journal of Psychiatry, 51*, 581-587.
- Séguin, M., Lesage, A., Turecki, G., Bouchard, M., Chawky, N., Tremblay, N., Daigle, F. & Guy, A. (2007). Life trajectories and burden of adversity: Mapping the developmental profiles of suicide mortality. *Psychological Medicine, 37*(11), 1575-1584.
- Séguin, M., Boyer, R., Lesage, A., McGirr, A., Suissa, A, Tousignant, M., & Turecki, G. (2010). Suicide and gambling: psychopathology and treatment-seeking. *Psychology of Addictive Behaviors, 24*(3), 541-547.
- Spitzer, R. L., Williams, J. B., Gibbon, M., et al (1992) The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID). I: History, rationale, and description. *Archives of General Psychiatry, 49*, 624-629.
- Suurvali, H., Hodgins, D.C., Tomeatto, T., Cunningham, J.A. (2012). Hesitation to seek gambling-related treatment among Ontario problem gamblers. *Journal of Addictive Medicine, 6*(1), 39-49.
- Volberg, R. (1996). Prevalence studies of problem gambling in the United States. *Journal of Gambling Studies, 12* (2), 11-128.
- Weinstock, J., Burton, S., Rash, C.J., Moran, S., Biller, W., Krudelbach, N., Phoenix, N., Morasco, B.J. (2011). Predictors of engagement in problem gambling treatment: data from the West Virginia Problem Gamblers Help Network. *Psychological Addictive Behavior, 25*(2), 372-379.
- Welte, J.W., Barnes, G.M., Tidwell, M.C., Hoffman, J, H. (2011). Gambling and problem gambling across the lifespan. *Journal of Gambling Studies, 27*(1), 49-61.
- Wynne, H., Smith, G., & Volberg, R. A. (1994). Gambling and problem gambling in Alberta. Report prepared for Alberta Lotteries and Gaming. Edmonton, AB.