

## Dépendances comportementales : introduction

Publié par le service Ressources éducatives et communautaires de l'Institut ontarien du jeu problématique de CAMH, le présent document se fonde sur l'ouvrage de Peter Ferentzy.

Nous remercions tout spécialement John Firth.

La présente ressource fournit aux cliniciens de première ligne des renseignements généraux sur les dépendances comportementales. Si le jeu problématique reste la forme de dépendance comportementale la plus étudiée et, par conséquent, le paradigme de choix pour ce genre d'état, cet ouvrage n'en est pas moins utile pour comprendre d'autres problèmes comportementaux qui, malgré l'absence d'une *substance* toxicomanogène, présentent les mêmes symptômes—diminution de contrôle, recherche persistante, augmentation des méfaits. Comme nous le montrerons plus loin, ces comportements naissent souvent de la rencontre des mêmes facteurs psychologiques sous-jacents, et peuvent se renforcer ou même se remplacer au sein du répertoire comportemental d'un client. Il est donc d'une importance vitale, dans la pratique clinique, de rester vigilant à l'égard de certains de ces comportements, même si un seul d'entre eux s'avère être le problème énoncé.

## Qu'est-ce qu'une dépendance comportementale ?

Le concept de toxicomanie ou de dépendance a sa source dans le domaine de l'usage abusif des drogues, en particulier de l'alcool, des opiacés et de la cocaïne (Courtwright, 1982 ; Dickson, Derevenksy et Gupta, 2002 ; Musto, 1973). Après plus d'un siècle d'études dans ce domaine (Crothers, 1893), il existe un ensemble considérable de modèles théoriques et de données empiriques (Rosenthal, 1992 ; Taber et coll., 1987). En général, les dépendances comportementales sont considérées comme une *perte perçue de contrôle* (Room, 2003, p. 225, 228), déclenchée soit par certaines propriétés de la substance toxicomanogène elle-même, soit par un désir ou un besoin psychologique intense créé, voire exploité, par cette substance.

Au cours des dernières décennies, les chercheurs ont constaté que les concepts qu'ils avaient élaborés pour expliquer l'usage abusif de drogues peuvent également s'appliquer, par analogie, à d'autres formes de comportements dysfonctionnels répétitifs, même ceux ne comportant aucune ingestion de substance toxicomanogène. Ainsi, il est possible de qualifier une personne de « toxicomane » lorsqu'il s'agit de jeu, de sexe, d'exercice, de jeux vidéo, de travail, de magasinage, et de tout un éventail d'autres comportements (même, à la rigueur, certains types de crime répétitif), ces comportements pouvant former les habitudes d'une personne tout comme le peut une substance toxicomanogène.

On appelle ce genre de toxicomanie ou de dépendance une « dépendance comportementale », parce que la personne touchée lutte contre un comportement plutôt qu'une drogue. Bien que, dans le cas des dépendances comportementales, on puisse voir certains équivalents des phénomènes liés à l'usage de drogues comme le sevrage (Rosenthal et Lesieur, 1992) et la tolérance, ces parallèles ne sont généralement pas utiles pour les cliniciens (Achal, s.d.). Car à la différence des drogues, les phénomènes comportementaux n'ont aucune limite *physique*.<sup>1</sup> D'ailleurs, il n'est pas sûr qu'un tel comportement exploite les systèmes de récompense et de motivation neurologiques aussi directement que le font certaines dépendances aux drogues. Dans leurs ouvrages respectifs, Childress et coll. (2008) et Szalavitz (2002) se penchent sur les façons dont les drogues peuvent « détourner » ce genre de système.

Néanmoins, l'idée fondamentale selon laquelle les clients ressentent une perte de contrôle sur un aspect important de leur comportement peut nous fournir un aperçu utile du fonctionnement d'un problème et des moyens de l'évaluer et de le traiter. Selon Brown (1997), le jeu problématique, par exemple, présente certaines similarités avec les dépendances comportementales, entre autres :

- distorsions cognitives, déficience dans la prise de décisions (voir également Goudriaan et coll., 2005) ;
- rituels visant à provoquer un état d'éveil ;

---

<sup>1</sup> Les dépendances alimentaires sont généralement regroupées avec les dépendances comportementales, même si la nourriture est en fait une substance, sans doute parce que la nourriture n'est pas considérée comme une substance ayant un impact direct sur l'humeur, soit une substance psychotrope.

- faible taux de traitements réussis (mais guérisons spontanées fréquentes) ;
- diminution, avec le temps, de la capacité de ressentir du plaisir ;
- perte perçue de contrôle.

Certains théoriciens (Peele, 1989 ; Reinarman, 2005) avancent même l'argument qu'étant donné l'étonnante capacité des dépendances comportementales d'imiter les dépendances liées aux drogues, les modèles de toxicomanie devraient être plus englobants pour éviter de mettre l'accent sur les propriétés soi-disant causales des substances toxicomanogènes.

Une approche des problèmes de comportement fondée sur le concept de dépendance comportementale suppose une attention particulière aux caractéristiques individuelles du client, en particulier toute prédisposition pathologique à la perte de contrôle (impulsivité, tendances compulsives, etc.). Par contraste, d'autres modèles privilégient d'autres facteurs (milieu social, politique, culturel ou familial du client, motifs psychiatriques subconscients, prédispositions physiologiques ou génétiques, etc.).

Les chercheurs n'ont pas été les seuls à voir une analogie entre l'usage abusif de drogues et la dépendance comportementale. Les personnes atteintes d'une dépendance comportementale (dépendance au jeu, à la suralimentation, au sexe, à l'amour, au magasinage, etc.) ont elles-mêmes adopté des méthodes d'entraide inventées par les personnes ayant une dépendance à la drogue (Peele, 1989). Il n'est toutefois pas clair si l'attrait principal de ces méthodes est le concept de dépendance qui les sous-tend, ou leur succès perçu.

Notons que toute dépendance, qu'elle soit liée à une drogue ou à un comportement, diffère d'une obsession ou d'une compulsion au sens propre : une dépendance a un but précis, et la personne s'attend à ce que son comportement lui procure du plaisir. Par contraste, les comportements obsessionnels ou compulsifs sont visiblement rigides et stéréotypés, et la personne atteinte ne s'attend pas à des résultats précis (Brown, 1997, p. 49).

Un certain nombre de modèles décrivent la dynamique de déclenchement et de maintien d'une dépendance, notamment : le modèle médical, le modèle du renforcement positif et négatif, et le modèle biopsychosocial (pour une discussion détaillée, consulter le chapitre 5 de *Venir en aide aux personnes touchées par le jeu problématique* : [Introduction aux modèles conceptuels du jeu problématique](#)). Ces diverses explications de ce qui fait « fonctionner » une dépendance ne s'excluent pas l'une l'autre, car chacune est utile selon les circonstances. Quoi qu'il en soit, la plupart des théories voient, chez certaines personnes, une inclination préexistante à la dépendance. Or, il est difficile d'expliquer les dépendances comportementales selon un modèle médical parce qu'il est difficile de les lier de façon plausible aux centres neurologiques spécialisés du système nerveux.

### **Quels facteurs augmentent le risque de dépendance comportementale ?**

Selon les théories du renforcement négatif, une personne ayant une certaine vulnérabilité à la dépendance, résultat de diverses causes entraînant un stress et

des sentiments désagréables, peut se tourner vers la drogue ou vers un processus quelconque pour soulager son état (Achal, s.d. ; Duncan, 1974a, 1974b ; Khantzian, 1985). Selon les théories biopsychosociales, un certain nombre de facteurs personnels et sociaux augmentent la probabilité de syndromes comme le jeu problématique et autres dépendances comportementales (Blaszczynski et Nower, 2002 ; Griffiths et Delfabbro, 2001).

Un grand nombre de recherches offrent des preuves empiriques du lien entre les dépendances au sens large et les dépendances comportementales en particulier, avec tout un éventail de facteurs de risque préexistants et d'états problématiques concomitants. La plupart des données émanant de ces études sont corrélationnelles : à elles seules, elles ne permettent pas d'identifier la relation de causalité, ni même de prouver l'existence d'un lien de cause à effet. Tout ce que ces données permettent de conclure, c'est que lorsqu'une certaine condition est présente, il est probable qu'une autre le soit également. Si tentant soit-il de supposer qu'une condition donnée en cause une autre, surtout lorsque cette « cause » est antérieure à l'« effet », en l'absence d'autres preuves, il est préférable de noter simplement la corrélation.

Toutefois, cela n'équivaut pas à dire que les données corrélationnelles sont inutiles. Une corrélation entre facteurs peut jeter de la lumière sur d'autres problèmes dont il faut rester à l'affût chez les clients ayant une dépendance comportementale, et auxquels il faut s'attaquer simultanément pour qu'un traitement réussisse.

Voici certains des facteurs de risque en corrélation avec les dépendances comportementales :

**Dépendances comportementales** : un des liens les plus évidents est celui qui existe entre un usage abusif de drogues et le jeu problématique ou autres dépendances comportementales (p. ex., au sexe) (Bourget et coll., 2003 ; Cunningham-Williams et coll., 2000 ; Feigelman et coll., 1995 ; el-Guebaly et coll., 2006 ; Hall et coll., 2000 ; van Hamel et coll., 2007 ; Hardoon et coll., 2004 ; Kaminer et Petry, 1999 ; Kausch, 2003 ; Langenbucher et coll., 2001 ; Lesieur et coll., 1986 ; Lesieur et Heineman, 1988 ; Lynch et coll., 2004 ; Martins et coll., 2002 ; Pantaloni et coll., 2008 ; Petry, 2006 ; Potenza, 2006 ; Smart et Ferris, 1996 ; Spunt, 2002 ; Steinberg et coll., 1992 ; Vitaro et coll., 2001 ; Winters et Anderson, 2000). Les personnes faisant un usage abusif de drogues (surtout d'héroïne, de méthadone et de cocaïne) sont quatre à 10 fois plus susceptibles que la population générale d'avoir un problème de jeu (Ledgerwood et Downey, 2002 ; Spunt et coll., 1998). Le plus souvent, l'usage abusif de drogue est antérieur à la dépendance comportementale, mais parfois cette dernière peut survenir en premier, ou encore les deux états peuvent être concomitants (Kausch, 2003).

**Autres dépendances comportementales** : certains théoriciens pensent qu'une accoutumance à un certain type de dépendance comportementale engendre une accoutumance accrue à d'autres types de dépendance (accoutumance croisée) (Carnes et coll., 2005). Par exemple, souvent le jeu problématique apparaît conjointement avec d'autres dépendances comportementales, surtout si elles sont

liées aux pratiques sexuelles risquées. Les dépendances comportementales s'accompagnent et se remplacent ou se renforcent l'une l'autre (Barnes et coll., 2002 ; Vitaro et coll., 2001). Des débats vigoureux persistent quant à savoir si une dépendance comportementale peut en causer une autre (Carnes et coll., 2005 ; Schneider et coll., 2005) ou si elle est déterminée par une caractéristique ou un facteur plus fondamental (Barnes et coll., 1999, 2002 ; Vitaro et coll., 2001).

### **Faible contrôle des impulsions (« impulsivité ») et prise de risques :**

diverses études ont établi un lien entre un faible contrôle des impulsions et la plupart des types de dépendances comportementales et de dépendance aux drogues. En donnant plus ou moins libre cours à leurs envies, les personnes impulsives s'exposent à de nombreux risques, notamment à un usage abusif de drogues, à des pratiques sexuelles dangereuses et au jeu problématique—ce dernier étant, par définition, une source de risque (Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission, 2002 ; Derevensky et coll., 2001 ; Glass, 2002 ; Stinchfield, 2000 ; van Hamel et coll., 2007 ; Wiebe et Falkowski-Ham, 2003). Les personnes ayant besoin d'un haut degré d'excitation peuvent prendre davantage de risques pour intensifier leur sentiment d'excitation (Larkin et Griffiths, 2004). Les comportements à risque peuvent devenir à ce point interchangeable que certains théoriciens préfèrent parler d'un « syndrome de comportement problématique » plutôt que d'isoler chaque comportement (Barnes et coll., 2002 ; Costa, 2008 ; Jessor et Jessor, 1977 ; Vitaro et coll., 2001). Une telle conception semble particulièrement bien adaptée aux problèmes chez les jeunes.

### **Négligence, traumatisme et violence physique ou sexuelle pendant**

**l'enfance** : les incidents pathologiques graves vécus pendant l'enfance et certaines conditions perdurant à l'âge adulte sont liés à des résultats négatifs proportionnés plus tard dans la vie, par exemple à un problème de jeu (Moore et Jadlos, 2002).

**Problèmes psychiatriques** : l'usage abusif de drogues et les dépendances comportementales comme le jeu problématique sont tous deux en corrélation avec les problèmes psychiatriques (Petry, 2006).

**Misère sociale (pauvreté, marginalisation)** : diverses études ont établi un lien entre la marginalisation sociale et économique et une multitude d'états négatifs, notamment le jeu problématique et de nombreux types de crime (Barnes et coll., 1999 ; Collins, 1996 ; Courtwright, 1982 ; Hardoon et Derevensky, 2001 ; Lash et coll., 2001 ; Levine, 1978 ; Musto, 1973 ; Orford et coll., 2009 ; Peele, 1989 ; Reinerman, 2005 ; Room, 2003 ; Rosecrance, 1985 ; Schmidt et Room, 1999 ; Shaffer et coll., 2002 ; Shaffer et Korn, 2002 ; Shaffer et coll., 2004 ; Welte et coll., 2004). Pour un grand nombre de personnes touchées, la pauvreté accroît de beaucoup la pression d'augmenter leur revenu, et le jeu peut leur sembler un moyen facile d'y parvenir.

**Âge et sexe** : pour un certain nombre de comportements problématiques, notamment le jeu problématique et la délinquance, les garçons et les jeunes hommes sont surreprésentés, mais pas pour l'usage abusif de drogues (Vitaro et

coll., 2001). Les jeunes ayant un problème de jeu commencent généralement à jouer tôt dans la vie (Pagani et coll., 2009 ; Proimos et coll., 1998).

Par contraste avec les adultes d'âge moyen et les jeunes, le jeu problématique se manifeste très différemment chez les personnes âgées. En général, les personnes âgées ayant un problème de jeu sont plus souvent des femmes (McCormack et coll., 2003), et sont plus susceptibles de vivre seules, d'avoir trop de temps libre et d'être handicapées (McNeilly et Burke, 2000 ; Southwell et coll., 2008). Les personnes âgées sont toutefois moins susceptibles de connaître des difficultés pratiques découlant de leurs habitudes de jeu (arrestations, dettes, problèmes familiaux, etc.) (Petry, 2002).

### **Les dépendances comportementales sont-elles répandues ?**

« Prévalence » est un terme épidémiologique exprimant le pourcentage, dans une population donnée, de personnes ayant un problème ou une dépendance en particulier.

Jusqu'à présent, dans le domaine des dépendances comportementales, seul le jeu problématique fait l'objet d'un ensemble important d'estimations de prévalence (demeurant toutefois contestées) (Griffiths, 2009). Étant donnée les difficultés que pose l'estimation de la prévalence des dépendances comportementales, il faut toujours interpréter les chiffres avec prudence. Parmi ces difficultés, citons :

- Idées culturelles et sociales sur ce qui constitue un problème, quelle est son ampleur et comment le mesurer, et sur ce qui constitue un biais (Room, 2006) : rien qu'au Canada, il existe une grande diversité de communautés ethnoculturelles, possédant chacune ses valeurs et ses croyances. Par exemple, pour une certaine communauté, un problème de jeu peut ne pas être reconnu en tant que tel, ou bien le jeu peut ne pas être considéré comme étant devenu problématique au même stade, ou encore les causes du problème peuvent être interprétées différemment. Certains concepts abstraits peuvent ne pas trouver leur équivalent direct dans la langue de cette communauté. De tels enjeux peuvent exercer une influence tant sur la façon dont un questionnaire est formulé que sur celle dont les répondants le remplissent.
- Difficulté inhérente à définir les dépendances comportementales et à les mesurer (Gambino, 2006) : par exemple, quand le jeu reste-t-il un passe-temps inoffensif, et quand devient-il une dépendance ?
- En général, les estimations de prévalence confondent non seulement plusieurs types de jeu problématique, mais aussi les degrés de sévérité des problèmes de jeu, ce qui a pour effet de réduire l'utilité des données pour la prévision de la demande de traitement (Blaszczynski et Nower, 2002 ; Petry et Armentano, 1999) et d'altérer, en général, les estimations de prévalence d'autres dépendances comportementales.
- Les chercheurs pouvant avoir certaines intentions déclarées ou subconscientes, il est possible qu'ils produisent des surestimations dans leur domaine (Ladouceur et coll., 2005).

- Les observations des cliniciens ont tendance à être subjectives plutôt qu'empiriques ou quantitatives.

Pour toutes les raisons énumérées, les estimations de prévalence sont des chiffres sans grand fondement, qu'il faut interpréter, bien que, comme nous l'avons remarqué plus haut, les données sur le jeu problématique soient considérées comme ayant davantage de validité que les données sur d'autres dépendances comportementales. (Pour une discussion détaillée, consulter [Le jeu et le jeu problématique : définitions et prévalence](#).)

Le taux de prévalence varie selon les facteurs suivants : date du sondage, endroit, culture, groupe d'âge, taux de dépendance actuelle ou « à vie », et définition de certains termes comme *risque modéré*, *problème* et *cas pathologique*.

Dans le cas de l'Ontario—province assez typique du Canada—2,6 % des adultes courent un risque modéré d'avoir un problème de jeu et 0,8 % ont un problème de jeu, soit 3,4 % de personnes touchées (Wiebe et coll., 2006), ce qui correspond à la moyenne, comparativement à d'autres régions du monde. Parmi les adolescents ontariens de 15 à 17 ans, 3,9 % sont touchés par le jeu problématique (White et coll., 2007). Parmi les élèves ontariens de la 7<sup>e</sup> à la 12<sup>e</sup> année, 2,8 % (environ 29 000 élèves) ont un problème de jeu (CAMH, 2010). Parmi les personnes âgées, 2,1 % ont un problème de jeu modéré ou grave (Wiebe et coll., 2004).

Estimations de prévalence pour plusieurs types de dépendance comportementale :

- **Sexe** : quelque 3 à 6 % des adultes américains sont affectés par un comportement sexuel compulsif (Kaplan et Krueger, 2010)
- **Travail** : 31 % des Canadiens de 19 à 64 ans ayant un emploi se considèrent comme des « bourreaux de travail » (Keowan, 2007)
- **Jeux vidéo** : 10,3 % des élèves ontariens (environ 97 000 élèves) de la 7<sup>e</sup> à la 12<sup>e</sup> année ont un problème de jeu vidéo (CAMH, 2010)

Selon une supposition estimation éclairée (Griffiths, 2009), les cinq dépendances comportementales ayant le taux de prévalence le plus élevé sont le jeu problématique (en première place), le surmenage, l'obsession sexuelle, la dépendance aux jeux vidéo et la dépendance à l'exercice.

### **Comment évaluer un client ayant une dépendance comportementale ?**

Lorsqu'un client manifeste une dépendance comportementale, l'évaluateur doit accomplir trois tâches principales :

- déterminer l'envergure du problème ;
- déterminer si le client a d'autres dépendances comportementales—toute corrélation étroite entre dépendances, si elle n'est pas prise en compte, peut entraver le traitement qui suivra ;
- décider si le client est prêt à passer au traitement.

## Comment évaluer la principale dépendance comportementale ?

Une évaluation complète d'un client ayant signalé une dépendance comportementale doit tenir compte des aspects suivants (Littman-Sharp, 2004) :

- facteurs déclencheurs
- niveau de fonctionnement actuel
- relations sociales et situation d'emploi
- situation juridique
- santé physique et mentale (antécédents, problèmes actuels)
- traitements antérieurs
- facteurs « de crise » (surtout, potentiel de faire du mal à autrui ou de se faire du mal)
- objectifs de traitement
- niveau de motivation

Le clinicien doit faire preuve de prudence lorsque, dans son évaluation d'une dépendance comportementale, il utilise des outils diagnostiques mis au point pour les cas d'usage abusif de drogue (Svetieva et Walker, 2008). Cependant, comme la mise au point des outils d'évaluation des dépendances comportementales en est encore à ses débuts, le clinicien doit employer non seulement ses compétences d'interviewer, mais également son intuition, pour compléter les renseignements provenant des outils actuels. Pour les dépendances comportementales suivantes, il existe des outils d'évaluation de bonne qualité :

- **jeu problématique** : *South Oaks Gambling Screen* (Lesieur et Blume, 1987) et *Canadian Problem Gambling Index* (Ferris et Wynne, 2001)—avec versions spéciales pour adolescents
- **dépendance à l'exercice** : *Exercise Addiction Inventory* (Terry et coll., 2004 ; Griffiths et coll., 2005) et *Exercise Dependence Scale* (Hausenblas et Symons Downs, 2002)
- **dépendance au magasinage** : *Faber & O'Guinn scale* (Faber et O'Guinn, 1992) et *Shopping Addiction Subscale* (Freimuth, 2005)
- **dépendance à l'ordinateur ou à Internet** : outil d'évaluation Freimuth (Freimuth, 2005, p. 85-87)
- **dépendance aux jeux vidéo** : consulter Griffiths et Meredith (2009)
- **obsession sexuelle** : *Sexual Addiction Screening Test* (Carnes, 1989)
- **surmenage** : *Robinson Work Addiction Risk Test* (Robinson, 1998, p. 52-54)

Il existe des conseils pour évaluer les troubles de l'alimentation (Garner et Gerborg, 2004), les enjeux liés à la culture (Blume et coll., 2005) et le trouble obsessionnel-compulsif (Stein et Lochner, 2008). Les comportements risqués peuvent être documentés à l'aide de l'échelle *Risk Behavior Diagnosis* (Witte et coll., 1996).

## Comment évaluer les dépendances comportementales autres que le principal problème énoncé ?

Le meilleur prédicteur de la présence d'une autre dépendance comportementale est la preuve qu'un client en a déjà une. Les dépendances peuvent se chevaucher, se dissimuler ou se remplacer l'une l'autre. Si le thérapeute ne s'est pas attaqué aux

autres dépendances que peut avoir le client ou ne les a pas identifiées, ce dernier peut saboter le traitement qu'il suit pour le problème énoncé. De plus, un client peut ne pas percevoir l'ensemble de ses dépendances comportementales comme un problème, ou, pour d'autres raisons, ne pas les signaler (Freimuth, 2005). Parfois, la nature même de la dépendance n'est pas claire (Griffiths, 2008 : une personne qui s'adonne au jeu sur Internet a-t-elle une dépendance à Internet, au jeu, ou aux deux ?). Des pathologies distinctes peuvent avoir des symptômes identiques (Blaszczynski et Nower, 2002), tandis que la même pathologie peut se manifester, d'un client à un autre, par des symptômes différents (American Psychiatric Association, 1994). Comment le clinicien doit-il donc procéder ?

Le *Addictive Behaviors Questionnaire* (Malat et coll., 2010) permet de cerner rapidement un large éventail de comportements problématiques. Ce questionnaire n'est pas un outil de diagnostic au sens propre, mais essentiellement un système de première alerte aux difficultés que peut avoir un client relativement à certains aspects de sa vie. Le clinicien peut ensuite sonder en détail les expériences du client, à l'aide d'outils de dépistage ou d'entrevue.

### **Comment savoir si un client est prêt à suivre un traitement ?**

Pour les dépendances comportementales, il n'existe encore aucun analogue des *Treatment Improvement Protocols* (TIP) pour l'usage abusif de drogues (Center for Substance Abuse Treatment, 2009). Toutefois, le clinicien peut trouver utile de consulter les TIP avant de discuter avec le client des divers aspects de la préparation au traitement.

L'état de préparation d'un client au traitement est difficile à évaluer. Même si une dépendance comportementale cause beaucoup de mal à un client, ce dernier peut ne pas identifier cette dépendance comme un problème grave, et ce pour diverses raisons. Le client peut ne pas voir dans son comportement une dépendance, ou il peut juger son comportement trop déshonorable pour l'avouer. D'autres enjeux, surtout s'ils sont liés à d'autres dépendances comportementales, peuvent obscurcir le comportement énoncé. Ou encore, le client peut reconnaître que son comportement est problématique, sans pour autant vouloir le remettre en question—même s'il est désireux de s'attaquer à d'autres problèmes (DiClemente, 2003). (Par exemple, un client peut manifester la volonté de s'attaquer à son problème de jeu, tout en manquant de motivation à l'endroit de sa dépendance au sexe ou à la drogue, même si cette dernière peut engendrer davantage de difficultés graves dans sa vie.) Le meilleur prédicteur d'un traitement réussi n'est pas, en soi, la volonté de changer à laquelle prétend un client, mais sa capacité d'identifier les comportements qu'il veut adopter ou abandonner afin de changer sa vie (Bertholet et coll., 2009).

Selon certaines approches théoriques des dépendances comportementales (surtout les modèles de renforcement négatif et le mouvement d'entraide « des 12 étapes »), pour qu'un traitement réussisse, un client doit atteindre son niveau le plus bas. Sinon, son désir de changer ne l'emportera pas sur les habitudes enracinées et constamment renforcées dont dépend sa dépendance comportementale. Selon cette idée, ce n'est que souffrant, déchu et en proie au

désespoir que le client voit enfin la futilité de sa dépendance (Jacobs, 1986 ; Lesieur et Custer, 1984).

Malheureusement, le clinicien qui attend qu'un client atteigne son niveau le plus bas assiste également à l'érosion d'une grande partie des forces du client qui augmentent les chances que le traitement réussisse—p. ex., stabilité sociale, bon fonctionnement cognitif et psychosocial (Marlatt et coll., 1988). Quoi qu'il en soit, le « niveau le plus bas » varie d'un client à un autre, et ce n'est qu'après coup que l'on peut identifier ce niveau, et encore, de manière plutôt tautologique (« Le client a changé, donc il doit avoir atteint son niveau le plus bas »). Cela est particulièrement vrai pour les adolescents, chez qui il n'existe aucun critère commun permettant de définir le « niveau le plus bas » (Derevensky et Gupta, 2000).

Il est probablement mieux de procéder au traitement quel que soit le niveau de motivation ou le stade de préparation du client. Ainsi, si le client n'est pas prêt à viser l'élimination totale de son problème, il est du moins possible de réduire les méfaits. Plus le dépistage de la préparation au traitement est complet, plus les attentes du clinicien et du client seront réalistes lorsque commencera le traitement.

### **Comment traiter les clients ayant une dépendance comportementale ?**

Si l'évaluation a produit suffisamment de renseignements, le traitement peut commencer—tant le volet objectif (nature et degré de la pathologie et des méfaits) que le volet subjectif (reconnaissance de ses problèmes par le client, et volonté de s'y attaquer). La première tâche est de formuler, avec le client, un accord sur les objectifs à atteindre.

### **Comment établir les objectifs de traitement ?**

Le rétablissement d'un client aux prises avec une dépendance comportementale est un processus dont l'évolution est en grande partie indépendante de l'influence du clinicien. En effet, on peut dire que le rétablissement est un processus qui, en premier lieu, incite le client à rechercher un traitement (si toutefois il en recherche un) et non pas un phénomène que le clinicien fait apparaître. Le client passe par un continuum de changements : de la compréhension de son problème à la modification de son comportement de manière à réduire ou à éliminer ce dernier. Parce que la compréhension précède normalement le changement de comportement, le clinicien ne peut pas forcer le processus, mais doit seulement chercher à l'encourager (DiClemente, 2003 ; DiClemente et coll., 2000 ; Vaillant, 1983). Le client doit lui-même décider s'il veut se débarrasser de sa dépendance comportementale. Parfois, un client peut ne vouloir que moduler les conséquences négatives de son comportement, et non pas son comportement même—une forme de « réduction des méfaits » initiée par le client (Marlatt et coll., 1988, p. 238 ; Hook et coll., 2008).

Comme une dépendance comportementale apparaît souvent en même temps qu'une autre dépendance comportementale ou une dépendance à la drogue, il faut, dans une certaine mesure, traiter cette constellation de problèmes dans son ensemble, pour déterminer ensuite ce que le traitement peut accomplir (Carnes et

coll., 2005, p. 111 ; Freimuth, 2005 ; Nightingale et Fischhoff, 2001). Sinon, un autre problème de dépendance pourrait se manifester et remplacer celui ciblé par le traitement. Il est donc d'une importance cruciale, surtout avec les jeunes clients, de tenir compte des autres problèmes, actuels ou potentiels, et de viser une amélioration globale en opérant des changements sains de mode de vie, plutôt qu'en se concentrant étroitement sur un seul problème comme le jeu (Bierman et Montminy, 1993 ; Derevensky et Gupta, 2000 ; DiClemente et coll., 2000 ; Gupta et Derevensky, 2000 ; Lerner et Castellino, 2002). Cela dit, les problèmes à la source de la plupart des méfaits doivent généralement retenir l'attention du clinicien en priorité (Carnes et coll., 2005 ; Weis, 2004).

L'abstinence peut être ou ne pas être un objectif de traitement réaliste et approprié (Behrendt et coll., 2008 ; Dickson et coll., 2004 ; Griffiths, 2004 ; Leslie, 2008, p. 147 ; Peele, 1989, 2003). (En fait, pour certaines dépendances comportementales, surtout les troubles de l'alimentation, l'abstinence est hautement déconseillée !) Parfois, il suffit de viser une importante réduction des méfaits les plus problématiques entraînés par les habitudes du client, ou encore d'y substituer des comportements moins nuisibles. Certains facteurs jouent également un rôle, notamment l'orientation théorique du clinicien, le désir du client de changer et tout élément perçu comme étant la cause sous-jacente d'un problème.

Puisque la culture affecte le désir d'un client de chercher de l'aide, ainsi que sa perception de son problème, la culture aura (tout comme le sexe du client) un impact sur l'établissement des objectifs (Weis, 2004). Bien que ces enjeux soient probablement moins importants pour le jeu que pour d'autres comportements problématiques comme les troubles de l'alimentation (Garner et Gerborg, 2004), le surmenage (Berglas, 2004) et le magasinage compulsif (Dittmar, 2004), il est préférable d'en tenir compte.

Enfin, diverses restrictions visant la durée et la nature d'un traitement (philosophie de la clinique, nombre de séances couvertes par l'assurance maladie, etc.) peuvent imposer des contraintes sur le traitement.

### **Comment le traitement doit-il se dérouler ?**

Deux chercheurs (Gupta et Derevensky, 2000, p. 333-337) ont formulé un aperçu du déroulement d'un traitement pour un problème de jeu. Cet aperçu peut également s'appliquer, avec les adaptations nécessaires, au traitement d'autres comportements problématiques :

- 1) comprendre les motifs du joueur ;
- 2) établir les conditions de base du comportement de jeu et inciter le client à réduire ce dernier ;
- 3) s'attaquer aux distorsions cognitives du client ;
- 4) identifier les causes sous-jacentes de son stress et de sa détresse ;
- 5) s'attaquer à sa dépression sous-jacente ;
- 6) évaluer et améliorer ses habiletés d'adaptation ;
- 7) restructurer son emploi de temps libre ;
- 8) déterminer les résultats et prévenir les rechutes.

En supposant l'utilité de cette conception du processus, quelle approche thérapeutique donnera les meilleurs résultats ? La psychanalyse et autres approches « en profondeur » similaires n'ont pas fait preuve d'une grande efficacité contre les dépendances, sans doute parce qu'une dépendance affaiblit la capacité d'un client de mener l'introspection thérapeutique nécessaire à son rétablissement (Giugliano, 2009).

Chez les clients aux prises avec des pluri-dépendances, les ateliers interactifs contre les dépendances peuvent être utiles (Carnes et coll., 2005).

Les programmes d'entraide (des 12 étapes) comme Les Gamblers Anonymes et Dépendants affectifs et sexuels anonymes (Sex and Love Addicts Anonymous) peuvent servir de thérapie de rechange ou de thérapie professionnelle d'appoint (Lesieur et Custer, 1984). (Des groupes parallèles comme Gam-Anon s'adressent aux personnes affectées par les problèmes du client.) Ces programmes sont gratuits, offrent un soutien social (amis, réseaux sociaux, façons productives de passer son temps, renforcement du moral) et peuvent offrir un aperçu et des renseignements dont le clinicien peut ne pas avoir connaissance. En outre, ces programmes continuent à appuyer le rétablissement du client après la fin de sa thérapie (Walker, 1992, 1993). Les programmes des 12 étapes ne convenant toutefois pas à tout le monde, il est préférable de laisser au client le choix de participer (Littman-Sharp, 2004).

Bien que les traitements axés sur la psychodynamique, la pharmacologie, la famille ou le couple soient parfois indiqués pour les problèmes de comportement (Petry et Armentano, 1999), l'approche la plus populaire et efficace reste une variante de la thérapie cognitivo-comportementale. Cette dernière, produit de la théorie de l'apprentissage et tout particulièrement des recherches sur l'apprentissage social, peut comprendre un éventail de techniques, notamment (Littman-Sharp, 2004, p. 692-701) :

- entrevue motivationnelle
- appariement de la thérapie à l'état de changement actuel du client
- counseling de courte durée axé sur des solutions clairement définies
- acquisition d'habiletés d'adaptation aux situations à risque élevé
- restructuration cognitive

Vu la fréquence de substitution d'une dépendance à une autre, le clinicien qui pratique la thérapie cognitivo-comportementale doit s'assurer que le client comprend comment diverses dépendances peuvent interagir (Carnes et coll., 2005). En général, le clinicien doit également vérifier si le client comprend clairement tous les termes et étiquettes utilisés en thérapie (Griffiths, 2005).

### **Comment prévenir la rechute éventuelle d'un client ?**

Un débat subsiste parmi les chercheurs quant à la nature « chronique » des dépendances comportementales. Certains pensent qu'un client peut se « rétablir » d'une dépendance sans jamais en guérir réellement. Une personne qui a connu une

dépendance est considérablement plus susceptible que la moyenne de rechuter à un moment de sa vie, ce qui arrive probablement à la majorité des clients.

Même si un traitement permet de réduire ou d'éliminer une dépendance comportementale, si le clinicien ne s'est pas attaqué à l'ensemble des comportements problématiques actuels ou potentiels, il y a un risque de « substitution » des dépendances après la thérapie (Carnes et coll., 2005 ; Freimuth, 2005 ; Malat et coll., 2010). La post-cure peut permettre d'effectuer un dépistage précoce de ce genre de substitution et d'intervenir pour empêcher une nouvelle dépendance comportementale de s'enraciner.

Les rituels qui offrent au client un contrepoids à ses comportements nocifs peuvent jouer un rôle important (Schneider et coll., 2005). Chez les jeunes clients qui ont de la difficulté à visualiser des résultats à long terme, il est souvent utile de s'adonner à des exercices thérapeutiques d'anticipation des changements que leur apportera l'avenir (DiClemente et coll., 2000, p. 304-305).

Les programmes d'entraide (des 12 étapes) peuvent être particulièrement utiles aux clients qui suivent un traitement, pourvu qu'ils ne mettent pas l'accent uniquement sur un certain problème (p. ex., le jeu). Le soutien social qu'offrent ces programmes peut remplir le vide qui suit la fin d'un traitement (Hook et coll., 2008).

Après le traitement, on peut s'attendre à ce que certains états psychologiques accompagnant la principale dépendance comportementale disparaissent chez le client, et à ce que d'autres états persistent (Freimuth, 2005). Il faut rester à l'affût des états affectifs négatifs qui peuvent pousser un client à l'« automédication », ce qui ne ferait que reproduire les circonstances psychologiques de son comportement problématique originel. Étant donné l'absence de limites physiques dans une dépendance comportementale, les conséquences d'une rechute sont beaucoup plus graves que pour une dépendance à la drogue. Par exemple, une rechute dans la dépendance au jeu peut instantanément entraîner des méfaits bien plus graves qu'une rechute dans un usage abusif de drogues pour la même durée de temps (Ferentzy et coll., 2006).

## Sources

Achalu, E. *The self-medication hypothesis: A review of the two major theories and the research evidence* (s.d.). Consulté en ligne le 19 juillet 2010 : <http://self-med-hypothesis.tripod.com/id1.html>.

Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission. *Patterns of Exposure to Risk and Protection for Substance and Gambling Use and Abuse: Alberta Youth Experience Survey*, Edmonton (Alberta), chez l'auteur, 2002. Consulté en ligne le 19 juillet 2010 : [http://www.aadac.com/documents/TAYES-BR-Patterns\\_of\\_Exposure.pdf](http://www.aadac.com/documents/TAYES-BR-Patterns_of_Exposure.pdf).

American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4<sup>e</sup> éd.), Washington D.C., chez l'auteur, 1994.

Barnes, G., J. Welte, J. Hoffman et B. Dintcheff. « Effects of alcohol misuse on gambling patterns in youth », *Journal of Studies on Alcohol*, n° 63 (2002), p. 767-775.

Barnes, G., J. Welte, J. Hoffman et B. Dintcheff. « Gambling and alcohol use among youth: Influences of demographic, socialization, and individual factors », *Addictive Behaviors*, n° 24 (1999), p. 749-767.

Behrendt, S., H. Wittchen, M. Hoffler, R. Lieb et K. Beesdo. « Transitions from first substance use disorders in adolescence: Is early onset associated with rapid escalation? », *Drug and Alcohol Dependence*, n° 99 (2008), p. 68-78.

Berglas, S. « Treating workaholism », dans R. Coombs (éd.), *Handbook of Addictive Disorders: A Practical Guide for Therapists*, Hoboken (New Jersey), John Wiley, 2004, p. 383-407.

Bertholet, N., D. Cheng, T. Palfai, J. Samet et R. Saitz. « Does readiness to change predict subsequent alcohol consumption in medical inpatients with unhealthy alcohol use? », *Addictive Behaviors*, n° 34 (2009), p. 636-640.

Bierman, K. et P. Montminy. « Developmental issues in social-skills assessment and intervention with children and adolescents », *Behavior Modification*, n° 17 (1993), p. 229-254.

Blaszczynski, A. et N. Nower. « A pathways model of problem and pathological gambling », *Addiction*, n° 97 (2002), p. 487-499.

Blume, A., O. Morera et B. De La Cruz. « Assessment of addictive behaviors in ethnic-minority cultures », dans D. Donovan et G. Marlatt (éd.), *Assessment of Addictive Behaviors* (2<sup>e</sup> éd.), New York, Guilford Press, 2005, p. 49-70.

Bourget, D., H. Ward et P. Gagne. « Characteristics of 75 gambling-related suicides in Quebec », dans *Psychiatry and the Law* (bulletin de l'APC), décembre 2003), p. 17-21.

Brown, I. « A theoretical model of the behavioural addictions—Applied to offending », dans J.E. Hodge, M. McMurrin et C.R. Hollin (éd.), *Addicted to Crime?*, Chichester (R.-U.), John Wiley, 1997, p. 13-65.

Carnes, P. *Contrary to Love: Helping the Sexual Addict*, Minneapolis (Minnesota), CompCare, 1989.

Carnes, P., R. Murray et L. Charpentier. « Bargains with chaos: Sex addicts and addiction interaction disorder », *Sexual Addiction & Compulsivity*, n° 12 (2005), p. 79-120.

Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH). *Highlights from the 2009 OSDUHS mental health and well-being report*, dans *CAMH Population Studies eBulletin*, vol. 11, no. 2 (juin 2010). Consulté en ligne le 19 juillet 2010 : [http://www.camh.net/Research/Areas\\_of\\_research/Population\\_Life\\_Course\\_Studies/eBulletins/ebv11n2\\_MHReportHighlights\\_2009OSDUHS.pdf](http://www.camh.net/Research/Areas_of_research/Population_Life_Course_Studies/eBulletins/ebv11n2_MHReportHighlights_2009OSDUHS.pdf).

Center for Substance Abuse Treatment (CSAT). *Treatment improvement protocol series (TIPS)*, 2009. Consulté en ligne le 19 juillet 2010 : <http://tie.samhsa.gov/externals/tips.html>.

Childress, A., R. Ehrman, Z. Wang, Y. Li, N. Sciortino, J. Hakun et coll. (2008). « Prelude to passion: Limbic activation by "unseen" drug and sexual cues », *PLoS ONE*, vol. 3, n° 1, e1506.

Collins, A. (1996). « The pathological gambler and the government of gambling », *History of the Human Sciences*, n° 9, p. 69-94.

Costa, F. *Problem Behavior Theory—A Brief Overview*, Richard Jessor (page d'accueil), 2008. Consulté en ligne le 19 juillet 2010 : [http://www.colorado.edu/ibs/jessor/pb\\_theory.html](http://www.colorado.edu/ibs/jessor/pb_theory.html).

Courtwright, D. *Dark Paradise: Opiate Addiction in America before 1940*. Cambridge (R.-U.), Cambridge University Press, 1982.

Crothers, T. *The Disease of Inebriety from Alcohol, Opium and Other Narcotic Drugs*, New York, E. B. Treat, 1893. (Nouv. éd., New York, Arno Press, 1981.)

Cunningham-Williams, R., L. Cottler, W. Compton, E. Spitznagel et A. Ben-Abdallah. « Problem gambling and comorbid psychiatric and substance use disorders among drug users recruited from drug treatment and community settings », *Journal of Gambling Studies*, n° 16 (2000), p. 347-376.

Derevensky, J. et R. Gupta. « Youth gambling: A clinical and research perspective », *Journal of Gambling Issues*, n° 2 (août 2000). Consulté en ligne le 19 juillet 2010 : <http://www.camh.net/egambling/archive/pdf/EJGI-issue2/EJGI-issue2-feature.pdf>.

Derevensky, J., R. Gupta, L. Dickson et A. Deguire. « Prevention Efforts toward Minimizing Gambling Problems », dans J.L. Derevensky et R. Gupta (éd.), *Gambling Problems in Youth: Theoretical and Applied Perspectives*, New York, Kluwer Academic/Plenum Publishers, 2005, p. 211-230.

Dickson, L., J. Derevensky et R. Gupta. « Harm reduction for the prevention of youth gambling problems: Lessons learned from adolescent high-risk behavior prevention programs », *Journal of Adolescent Research*, n° 19 (2004), p. 233-263.

Dickson, L., J. Derevensky et R. Gupta. « The prevention of gambling problems in youth: A conceptual framework », *Journal of Gambling Studies*, n° 18 (2002), p. 97-159.

DiClemente, C. *Addiction and Change: How Addictions Develop and Addicted People Recover*, New York, Guilford Press, 2003.

DiClemente, C., M. Story et K. Murray. « On a roll: The process of initiation and cessation of problem gambling among adolescents », *Journal of Gambling Studies*, n° 16 (2000), p. 289-313.

Dittmar, H. « Understanding and diagnosing compulsive buying », dans R. Coombs (éd.), *Handbook of Addictive Disorders: A Practical Guide for Therapists*, Hoboken, (New Jersey), John Wiley, 2004, p. 411-450.

Duncan, D. « Drug abuse as a coping mechanism », *American Journal of Psychiatry*, n° 131 (1974a), p. 724.

Duncan, D. « Reinforcement of drug abuse: implications for prevention ». *Clinical Toxicology Bulletin*, n° 4 (1974b), p. 69-75.

el-Guebaly, N., S. Patten, S. Currie, J. Williams, C. Beck, C. Maxwell et coll. « Epidemiological associations between gambling behavior, substance use and mood and anxiety disorders », *Journal of Gambling Studies*, n° 22 (2006), p. 275-287.

Faber, R. et T. O'Guinn. « A clinical screener for compulsive buying », *Journal of Consumer Research*, n° 19 (1992), p. 459-469.

Feigelman, W., P. Kleinman, H. Lesieur, R. Millman et M. Lesser. « Pathological gambling among methadone patients », *Drug and Alcohol Dependence*, n° 39 (1995), p. 5-81.

Ferentzy, P., W. Skinner et P. Antze. « Recovery in Gamblers Anonymous », *Journal of Gambling Issues*, n° 17 (août 2006). Consulté en ligne le 19 juillet 2010 : <http://jgi.camh.net/doi/full/10.4309/jgi.2006.17.6>.

Ferris, J. et H. Wynne. *The Canadian Problem Gambling Index: Final Report*, rapport présenté au Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT), 2001. Consulté en ligne : <http://www.ccsa.ca/2003%20and%20earlier%20CCSA%20Documents/ccsa-008805-2001.pdf>.

Freimuth, M. *Hidden Addictions*, New York, Jason Aronson, 2005.

Gambino, B. « A comment on the utility of prevalence estimates of pathological gambling », *Journal of Gambling Studies*, n° 22 (2006), p. 321-328.

Garner, D. et A. Gerborg. « Understanding and treating eating disorders », dans R. Coombs (éd.), *Handbook of Addictive Disorders: A Practical Guide for Therapists*, Hoboken (New Jersey), John Wiley, 2004, p. 275-311.

Giugliano, J. « Sexual addiction: Diagnostic problems », *International Journal of Mental Health and Addiction*, 2009. Consulté en ligne le 19 juillet 2010 : <http://www.springer.com/public+health/journal/11469>.

Glass, L. *Gambling Education: Some Strategies for South Australian Schools*, Adelaide (Australie), South Australia Department of Human Services, 2002. Consulté en ligne : <http://www.sapo.org.au/pub/pub1704.html>.

Goudriaan, A., J. Oosterlaan, C. de Beurs et W. van den Brink. « Decision making in pathological gambling: A comparison between pathological gamblers, alcohol dependents, persons with Tourette syndrome, and normal controls », *Cognitive Brain Research*, n° 23 (2005), p. 137-151.

Griffiths, M. « Diagnosis and management of video game addiction », *New Directions in Addiction Treatment and Prevention*, n° 12 (2008), p. 27-41.

Griffiths, M. « Sex addiction on the Internet », *Janus Head*, n° 7 (2004), p. 188-217.

Griffiths, M. « Workaholism is still a useful construct », *Addiction Research and Theory*, n° 13 (2005), p. 97-100.

Griffiths, M. « Re: process addictions », communication avec l'auteur par courriel, 29 avril 2009.

Griffiths, M. et P. Delfabbro. « The biopsychosocial approach to gambling: Contextual factors in research and clinical interventions », *Journal of Gambling Issues*, n° 5 (octobre 2001). Consulté en ligne le 19 juillet 2010 : <http://jgi.camh.net/doi/full/10.4309/jgi.2001.5.1>.

- Griffiths, M. et A. Meredith. « Videogame addiction and its treatment », *Journal of Contemporary Psychotherapy*, vol. 39, n° 4 (2009).
- Griffiths, M., A. Szabo et A. Terry. « The Exercise Addiction Inventory: A quick and easy screening tool for health practitioners », *British Journal of Sports Medicine*, n° 39 (2005), p. 30-31.
- Gupta, R. et J. Derevensky. « Adolescents with gambling problems: From research to treatment », *Journal of Gambling Studies*, n° 16 (2000), p. 315-342.
- Hall, G., N. Carriero, R. Takushi, I. Montoya, K. Preston et D. Gorelick. « Pathological gambling among cocaine-dependent outpatients », *The American Journal of Psychiatry*, n° 157 (2000), p. 1127-1133.
- Hardoon, K. et J. Derevensky. « Social influences involved in children's gambling behavior », *Journal of Gambling Studies*, n° 17 (2001), p. 191-215.
- Hardoon, K., R. Gupta et J. Derevensky. « Psychosocial variables associated with adolescent gambling », *Psychology of Addictive Behaviors*, n° 18 (2004), p. 170-179.
- Hausenblas, H. et D. Symons Downs. « How much is too much? The development and validation of the Exercise Dependence Scale », *Psychology and Health*, n° 17 (2002), p. 387-404.
- Hook, J.N., J.P. Hook et S. Hines. « Reach out or act out: Long-term group therapy for sexual addiction », *Sexual Addiction & Compulsivity*, n° 15 (2008), p. 217-232.
- Jacobs, D. « A general theory of addiction: A new theoretical model », *Journal of Gambling Behavior*, n° 2 (1986), p. 15-31.
- Jessor, R. et S. Jessor. *Problem Behavior Syndrome and Psychosocial Development: A Longitudinal Study of Youth*, New York, Academic Press, 1977.
- Kaminer, V. et N. Petry. « Alcohol and drug abuse: Gambling behavior in youths: Why we should be concerned », *Psychiatric Services*, n° 50 (1999), p. 167-168.
- Kaplan, M.S. et R.B. Krueger. « Diagnosis, Assessment, and Treatment of Hypersexuality », *Journal of Sex Research*, vol. 47 (2010), n° 2-3, p. 181-198.
- Kausch, O. « Patterns of substance abuse among treatment-seeking pathological gamblers », *Journal of Substance Abuse Treatment*, n° 25 (2003), p. 263-270.
- Keowan, L.A. « Le temps m'échappe : Les bourreaux de travail et la perception du temps », dans *Tendances sociales canadiennes*, Statistique Canada, n° 11-008 au catalogue, 2007. Consulté en ligne : <http://www.statcan.gc.ca/pub/11-008-x/2007001/pdf/9629-eng.pdf>.

- Khantzian, E. « The self-medication hypothesis of addictive disorders: Focus on heroin and cocaine dependence », *American Journal of Psychiatry*, n° 142 (1985), p. 1259-1264.
- Ladouceur, R., S. Chevalier, S. Sévigny et D. Hamel. « Prevalence of pathological gambling in Quebec in 2002 », *Canadian Journal of Psychiatry*, n° 50 (2005), p. 451-456.
- Langenbucher, J., L. Bavly, E. Labouvie, P. Sanjuan et C. Martin. « Clinical features of pathological gambling in an addictions treatment cohort », *Psychology of Addictive Behaviors*, n° 15 (2001), p. 77-79.
- Larkin, M. et M.D. Griffiths. « Dangerous sports and recreational drug-use: Rationalising and contextualising risk », *Journal of Community and Applied Social Psychology*, n° 14 (2004), p. 215-232.
- Lash, S., G. Petersen, E. O'Connor et P. Lehmann. « Social reinforcement of substance abuse aftercare group therapy attendance », *Journal of Substance Abuse and Treatment*, n° 20 (2001), p. 3-8.
- Ledgerwood, D. et K. Downey. « Relationship between gambling and substance use in a methadone maintenance population », *Addictive Behaviors*, n° 27 (2002), p. 483-491.
- Lerner, R. et D. Castellino. « Contemporary developmental theory and adolescence: Developmental systems and applied developmental science », *Journal of Adolescent Health*, n° 31 (2002), p. 122-135.
- Lesieur H. et S. Blume. « The South Oaks Gambling Screen (SOGS): A new instrument for the identification of pathological gamblers », *American Journal of Psychiatry*, n° 144 (1987), p. 1184-1188.
- Lesieur, H., S. Blume et R. Zoppa. « Alcoholism, drug abuse, and gambling », *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, n° 10 (1986), p. 33-38.
- Lesieur, H. et R. Custer. « Pathological gambling: Roots, phases, and treatment », *The Annals of the Academy of Political and Social Science*, n° 474 (1984), p. 46-156.
- Lesieur, H. et M. Heineman. « Pathological gambling among youthful multiple substance abusers in a therapeutic community », *British Journal of Addiction*, n° 83 (1988), p. 765-771.
- Leslie, K. « Youth substance use and abuse: Challenges and strategies for identification and intervention », *Canadian Medical Association Journal*, n° 178 (2008), p. 145-148.

Levine, H. « The discovery of addiction: Changing conceptions of habitual drunkenness in America », *Journal of Studies on Alcohol*, n° 39 (1978), p. 143-174.

Littman-Sharp, N. « Introduction to the treatment of problem gambling », dans S. Harrison et V. Carver (éd.), *Alcohol and Drug Problems: A Practical Guide for Counsellors*, Toronto, Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2004, p. 675-707.

Lynch, W., P. Maciejewski et M. Potenza. « Psychiatric correlates of gambling in adolescents and young adults grouped by age at gambling onset », *Archives of General Psychiatry*, n° 61 (2004), p. 1116-1122.

Malat, J., J. Collins, B. Dhayanandhan, F. Carullo et N. Turner. « Addictive behaviors in comorbid addiction and mental illness: Preliminary results from a self-report questionnaire », *Journal of Addiction Medicine*, vol. 4, n° 1 (2010), p. 38-46.

Marlatt, G., J. Baer, D. Donovan et D. Kivlahan. « Addictive behaviors: Etiology and treatment », *Annual Review of Psychology*, n° 39 (1988), p. 223-252 (doi: 10.1146/annurev.ps.39.020188.001255).

Martins, S., D. Lobo, H. Tavares et V. Gentile. « Pathological gambling in women: A review », *Revista do Hospital das Clínicas*, n° 57 (2002), p. 235-242.

McCormack, J., A. Jackson et S. Thomas. « Gambling and older people in Australia », *Australasian Journal on Ageing*, n° 22 (2003), p. 120-126.

McNeilly, D. et W. Burke. « Late life gambling: The attitudes and behaviors of older adults », *Journal of Gambling Studies*, n° 16 (2000), p. 393-415.

Moore, T. et T. Jados. *The etiology of pathological gambling: A study to enhance understanding of causal pathways as a step towards improving prevention and treatment*, Wilsonville (Oregon), Oregon Gambling Addiction Treatment Foundation, 2002. Consulté en ligne le 19 juillet 2010 : <http://www.gamblingaddiction.org/Etiology/Etio02.PDF>.

Musto, D. *The American Disease: Origins of Narcotic Control*, New Haven (Connecticut), Yale University Press, 1973.

Nightingale, E. et B. Fischhoff. « Adolescent risk and vulnerability: Overview », dans B. Fischhoff, E. Nightingale et J. Iannotta (éd.), *Adolescent Risk and Vulnerability: Concepts and Measurement*, Washington D.C., National Academy Press, 2001, p. 1-14.

Orford, J., H. Wardle, M. Griffiths, K. Sproston et B. Erens. *The Role of Social Factors in Gambling: Evidence from the 2007 British Gambling Prevalence Survey*, rapport présenté à la UK Gambling Commission, 2009. Consulté en ligne le 19 juillet 2010 :

<http://www.gamblingcommission.gov.uk/pdf/Role%20of%20Social%20Factors%20Evidence%20from%20the%202007%20BGPS%20-%20March%202009.pdf>.

Pagani, L., J. Derevensky et C. Japel. « Predicting gambling behavior in sixth grade from kindergarten impulsivity: A tale of developmental continuity », *Archives of Pediatric Adolescent Medicine*, n° 163 (2009), p.238-243.

Pantalon, M., P. Maciejewski, R. Desai et M. Potenza. « Excitement-seeking gambling in a nationally representative sample of recreational gamblers », *Journal of Gambling Studies*, n° 24 (2008), p. 63-78.

Peele, S. *Diseasing of America: Addiction Treatment Out of Control*, Lanham (Maryland), Lexington, 1989.

Peele, S. « Is gambling an addiction like drug and alcohol addiction? Developing realistic and useful conceptions of compulsive gambling », dans G. Reith (éd.), *Gambling: Who Wins? Who Loses?*, Amherst (New York), Prometheus Books, 2003, p. 208-220.

Petry, N. « A comparison of young, middle-aged, and older adult treatment-seeking pathological gamblers », *The Gerontologist*, n° 42 (2002), p. 92-99.

Petry, N. « Should the scope of addictive behaviors be broadened to include pathological gambling? », *Addiction*, n° 101 (supplément n° 1, 2006), p. 152-160.

Petry, N. et C. Armentano. « Prevalence, assessment, and treatment of pathological gambling: A review », *Psychiatric Services*, n° 50 (1999), p. 1021-1027.

Potenza, M. « Should addictive disorders include non-substance related conditions? », *Addiction*, n° 101 (supplément n° 1, 2006), p. 142-151.

Proimos, J., R. DuRant, J. Pierce et E. Goodman. « Gambling and other risk behaviors among 8th- to 12th-grade students », *Pediatrics*, n° 102 (1998), p. 1-6.

Reinarman, C. « Addiction as accomplishment: The discursive construction of disease », *Addiction Research and Theory*, n° 13 (2005), p. 307-320.

Robinson, B. *Chained to the Desk*, New York, New York University Press, 1998.

Room, R. « Taking account of cultural and societal influences on substance use diagnoses and criteria », *Addiction*, n° 101 (supplément n° 1, 2006), p. 31-39.

Room, R. « The cultural framing of addiction », *Janus Head*, n° 6 (2003), p. 221-234.

Rosecrance, J. « Compulsive gambling and the medicalization of deviance », *Social Problems*, n° 32 (1985), p. 275-284.

Rosenthal, R. « Pathological gambling », *Psychiatric Annals*, n° 22 (1992), p. 72-78.

Rosenthal, R. et H. Lesieur. « Self-reported withdrawal symptoms and pathological gambling », *The American Journal on Addictions*, n° 1 (1992), p. 150-154.

Schmidt, L. et R. Room. « Cross-cultural applicability in international classifications and research on alcohol dependence », *Journal of Studies on Alcohol*, n° 60 (1999), p. 448-462.

Schneider, J., J. Sealy, J. Montgomery et R. Irons. « Ritualization and reinforcement: Keys to understanding mixed addictions involving sex and drugs », *Sexual Addiction and Compulsivity*, n° 12 (2005), p. 121-148.

Shaffer, H., C. Freed et D. Healea. « Gambling disorders among homeless persons with substance use disorders seeking treatment at a community center », *Psychiatric Services*, n° 53 (2002), p. 1112-1117.

Shaffer, H. et D. Korn. « Gambling and related mental disorders: A public health analysis », *Annual Review of Public Health*, n° 23 (2002), p. 171-212.

Shaffer, H., D. LaPlante, R. LaBrie, R. Kidman, A. Donato et M. Stanton. « Toward a syndrome model of addiction: Multiple expressions, common etiology », *Harvard Review of Psychiatry*, n° 12 (2004), p. 367-374.

Smart, R. et J. Ferris. « Alcohol, drugs and gambling in the Ontario adult population, 1994 », *Canadian Journal of Psychiatry*, n° 41 (1996), p. 36-45.

Southwell, J., P. Boreham et W. Laffan. « Problem gambling and the circumstances facing older people: A study of gaming machine players aged 60+ in licensed clubs », *Journal of Gambling Studies*, n° 24 (2008), p. 151-174.

Spunt, B. « Pathological gambling and substance misuse », *Substance Use & Misuse*, vol. 37, n° 8-10 (2002), p. 1299-1304.

Spunt, B., I. Dupont, H. Lesieur, H.J. Liberty et D. Hunt. « Pathological gambling and substance misuse: A review of the literature », *Substance Use & Misuse*, vol. 33, n° 13 (1998), p. 2535-2560.

Stein, D. et C. Lochner. « The empirical basis of the obsessive-compulsive spectrum », dans J. Abramowitz, D. McKay et S. Taylor (éd.), *Clinical Handbook of Obsessive-Compulsive Disorders and Related Problems*, Baltimore, Johns Hopkins, 2008, p. 177-187.

Steinberg, M., T. Kosten et B. Rounsaville. « Cocaine abuse and pathological gambling », *The American Journal on Addictions*, n° 1 (1992), p. 121-132.

Stinchfield, R.. « Gambling and correlates of gambling among Minnesota public school students », *Journal of Gambling Studies*, n° 16 (2000), p. 153-173.

Svetieva, E. et M. Walker. « Inconsistency between concept and measurement: The Canadian Problem Gambling Index (CPGI) », *Journal of Gambling Issues*, n° 22 (2008). Consulté en ligne le 19 juillet 2010 :

<http://www.camh.net/egambling/issue22/pdfs/01svetieva-walker.pdf>.

Szalavitz, M. « Love is the drug », *New Scientist*, vol. 176, n° 2370 (2002), p. 38-40.

Taber, J., R. McCormick, A. Russo, B. Adkins et L. Ramirez. « Follow-up of pathological gamblers after treatment », *American Journal of Psychiatry*, n° 144 (1987), p. 757-761.

Terry, A., A. Szabo et M. Griffiths. « The exercise addiction inventory: A new brief screening tool », *Addiction Research & Theory*, n° 12 (2004), p. 289-499.

Vaillant, G. *The Natural History of Alcoholism*, Cambridge (Massachusetts), Harvard University Press, 1983.

van Hamel, A., J. Derevensky, Y. Takane, L. Dickson et R. Gupta. « Adolescent gambling and coping within a generalized high-risk behavior framework », *Journal of Gambling Studies*, n° 23 (2007), p. 377-393.

Vitaro, F., M. Brendgen, R. Ladouceur et R. Tremblay. « Gambling, delinquency, and drug use during adolescence: Mutual influences and common risk factors », *Journal of Gambling Studies*, n° 17 (2001), p. 171-190.

Walker, M. *The Psychology of Gambling*, Oxford, Pergamon Press, 1992.

Walker, M. « Treatment strategies for problem gambling: A review of effectiveness », dans W. Eadington et J. Cornelius (éd.), *Gambling Behavior and problem gambling*, Reno, University of Nevada, 1993, p. 533-536.

Weis, R. « Treating sex addiction », dans R. Coombs (éd.), *Handbook of Addictive Disorders: A Practical Guide for Therapists*, Hoboken (New Jersey), John Wiley, 2004, p. 233-272.

Welte, J., G. Barnes, W. Wieczorek, M. Tidwell et J. Parker. « Risk factors for pathological gambling », *Addictive Behaviors*, n° 29 (2004), p. 323-335.

White, M.A., P. Mun, N. Kauffman, C. Whelan et M. Regan. *Teen gambling in Ontario: Behaviours and perceptions among 15 to 17 year olds*, Toronto, Conseil du jeu responsable, janvier 2007. Consulté en ligne le 19 juillet 2010 :

[http://www.responsiblegambling.org/articles/teen\\_gambling\\_in\\_ontario\\_jan\\_07.pdf](http://www.responsiblegambling.org/articles/teen_gambling_in_ontario_jan_07.pdf)

Wiebe, J. et A. Falkowski-Ham. *Understanding the audience: The key to preventing youth gambling problems*, Toronto, Conseil du jeu responsable, 2003. Consulté en ligne :

[http://www.responsiblegambling.org/articles/understanding\\_the\\_audience\\_youth\\_2003.pdf](http://www.responsiblegambling.org/articles/understanding_the_audience_youth_2003.pdf).

Wiebe, J., P. Mun et N. Kauffman. *Gambling and problem gambling in Ontario 2005*, Toronto, Conseil du jeu responsable, septembre 2006. Consulté en ligne le 19 juillet 2010 :

[http://www.responsiblegambling.org/articles/gambling\\_and\\_problem\\_gambling\\_in\\_ontario\\_2005.pdf](http://www.responsiblegambling.org/articles/gambling_and_problem_gambling_in_ontario_2005.pdf).

Wiebe, J., E. Single, A. Falkowski-Ham et P. Mun. *Gambling and problem gambling among older adults in Ontario*, Conseil du jeu responsable et le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, novembre 2004. Consulté en ligne le 19 juillet 2010 :

[http://www.responsiblegambling.org/articles/gambling\\_and\\_problem\\_gambling\\_among\\_older\\_adults\\_in\\_ontario.pdf](http://www.responsiblegambling.org/articles/gambling_and_problem_gambling_among_older_adults_in_ontario.pdf).

Winters, K. et N. Anderson. « Gambling involvement and drug use among adolescents », *Journal of Gambling Studies*, n° 16 (2000), p. 175-198.

Witte, K., K. Cameron, J. McKeon et J. Berkowitz. « Predicting risk behaviors: Development and validation of a diagnostic scale », *Journal of Health Communication, International Perspectives*, n° 1 (1996), p. 317-341.