

Traitement interne ou externe pour le jeu pathologique : variables influençant le choix de l'orientation

Francine Ferland et Nadine Blanchette-Martin

*Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale / Centre
intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches (CIUSSS-CN/CISSS-CA)*

Audréane Bertrand-Danjou, Sophie Blais-Michaud, Andrée-Anne Légaré et
Isabelle Giroux
Université Laval

Pascal Garceau
CIUSSS-CN/CISSS-CA

Cathy Savard
CIUSSS-CN

Annie-Claude Savard
Université Laval

RÉSUMÉ

Actuellement, il y a peu de critères standardisés permettant de guider l'orientation des joueurs et des joueuses pathologiques vers les traitements internes ou externes. Les guides de bonnes pratiques suggèrent d'orienter ceux-ci vers des services d'une intensité appropriée à leurs besoins. Selon la littérature, c'est

Francine Ferland, Service de recherche en dépendance, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale / Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches (CIUSSS-CN/CISSS-CA); Nadine Blanchette-Martin, Service de recherche en dépendance, CIUSSS-CN/CISSS-CA; Audréane Bertrand-Danjou, étudiante au doctorat en psychologie, Centre québécois d'excellence pour la prévention et le traitement du jeu (CQEPTJ), Université Laval; Sophie Blais-Michaud, Université Laval; Andrée-Anne Légaré, Université Laval; Isabelle Giroux, directrice, CQEPTJ, Université Laval; Pascal Garceau, Service de recherche en dépendance, CIUSSS-CN/CISSS-CA; Cathy Savard, Centre de réadaptation en dépendance, CIUSSS-CN; Annie-Claude Savard, professeure adjointe, École de service social, Université Laval.

La correspondance concernant cet article devrait être acheminée à Francine Ferland, CIUSSS de la Capitale-Nationale, Centre de réadaptation en dépendance, 2525, chemin de la Canardière, Québec (Québec) G1J 2G3. Tél. : 418-663-5008. Courriel : francine.ferland.ciuusssn@ssss.gouv.qc.ca

la gravité du problème de jeu de hasard et d'argent (JHA) qui devrait déterminer l'intensité des services requis. Toutefois, la littérature présente une vaste gamme d'indicateurs pouvant permettre de déterminer la gravité d'un problème de JHA. La présente étude a comme objectif de déterminer quels indicateurs de la gravité d'un problème de JHA évalués lors de l'évaluation d'admission en traitement des joueurs et des joueuses sont utilisés pour déterminer de l'orientation vers les modalités de traitement interne ou externe. Les évaluations d'admission de 364 joueurs et joueuses adultes qui se sont présentés dans un service public du Québec spécialisé en dépendance ont été analysées à l'aide d'une régression logistique. Les résultats indiquent que bien que l'évaluation d'admission permette de dresser un portrait exhaustif de la situation du joueur et de la joueuse, seulement 5 indicateurs sont utilisés pour déterminer l'orientation clinique. Les impacts sur la durée de l'évaluation d'admission et sur le travail clinique des intervenants et des intervenantes sont discutés.

Mots clés : jeu pathologique, traitement, orientation, critères

ABSTRACT

Currently, there are few standardized criteria providing guidance for directing pathological gamblers towards internal or external treatment. Practice manuals recommend directing them towards services of an intensity suited to their needs. According to the literature, the severity of the gambling problem should determine the intensity of the required services. However, the literature presents a vast range of indicators that can be used to determine the severity of a gambling problem. The objective of the present study was to determine which indicators of the severity of pathological gambling are used during the evaluation of gamblers at admission to treatment to direct them towards the appropriate internal or external treatment services. The admission evaluations of 364 pathological adult gamblers who presented themselves to a specialized public addiction facility in the province of Quebec were analyzed by means of a logistical regression. The results indicate that, although an exhaustive portrait of the gambler's situation can be established through admission evaluation, only 5 indicators are actually used to determine clinical orientation. The impact on the duration of the admission evaluation and on clinical work is discussed.

Key words: pathological gambling, treatment, orientation, criteria

Les études de prévalence indiquent que la majorité des personnes âgées de 18 ans et plus ont déjà joué à un jeu de hasard et d'argent (JHA) au moins une fois au cours de sa vie (Griffiths, Wardle, Orford, Sprotson et Erens, 2010; Humphreys, Soebbing, Wynne, Turvey et Lee, 2011; Kairouz, Nadeau et Paradis, 2010). Bien que la plupart de ces personnes ne développent pas de problème de JHA, l'enquête de l'équipe de Kairouz indique que le Québec compte 0,7 % d'adultes qui ont un problème de JHA et 1,3 % à risque de développer un tel problème.

Même si sa prévalence est moins grande que celle d'autres problèmes de dépendance (ex. : alcool 10 % chez les 15 ans et plus) (Santé Canada, 2012), la présence de problèmes de JHA est associée à des coûts importants pour l'individu et pour la société (Desrosiers et Jacques, 2009; Downs et Woolrych, 2010; Ladouceur, Boisvert, Pépin, Loranger et Sylvain, 1994; Walker, 2007). Ces coûts sont souvent en lien avec les conséquences engendrées par le jeu pathologique (ex. : frais liés à la perpétration de crimes, à la baisse de performance ou aux absences au travail) ainsi qu'avec les frais médicaux, principalement ceux attribuables

au traitement du problème de JHA (Henriksson, 2001; Koo, Horn, Rosentraub et Rugle, 2005; Ladouceur *et al.*, 1994; Warfield, 2011).

Malgré les coûts associés au traitement d'un problème de JHA, il est important de se rappeler qu'en matière de dépendance il est en général économiquement plus rentable pour la société d'investir dans le traitement que de ne pas le faire (French, Salomé, Sindelar et McLellan, 2002; Tremblay, Bertrand, Landry et Ménard, 2010). Toutefois, bien que des services de traitement soient offerts aux joueurs et aux joueuses pathologiques, seulement un nombre restreint d'entre eux suivent un traitement pour leur problème de JHA (Petry, 2009; Simoneau, Contant et Chauvet, 2012; Slutske, 2006; Suurvali, Hodgins, Toneatto et Cunningham, 2008) et bon nombre rechutent moins d'un an après leur sortie de traitement (Hodgins et el-Guebaly, 2004; Slutske, 2006; Slutske, Piasecki, Blaszczynski et Martin, 2010). Selon plusieurs il serait essentiel d'orienter les joueurs et les joueuses pathologiques vers la modalité de traitement la plus appropriée à leur situation afin, entre autres, d'augmenter l'efficacité de l'intervention et de diminuer l'incidence de rechute (Desrosiers et Jacques, 2009; Mee-Lee, Shulman, Fishman, Gastfriend et Griffith, 2001; Westphal, 2006).

Au Québec (Canada), des centres publics spécialisés dans le traitement de la dépendance offrent du traitement gratuit en externe ou en interne aux joueurs et aux joueuses pathologiques (Desrosiers et Jacques, 2009; Ladouceur *et al.*, 2006). Le choix de la modalité de traitement est fait par l'intervenant ou l'intervenante qui procède à l'évaluation d'admission des joueurs et des joueuses pathologiques. Les traitements dispensés en interne sont des services dits intensifs (environ 30 jours avec hébergement), alors que les traitements offerts en externe prennent la forme de services ambulatoires d'intensité variable (Allard et Papineau, 2006; Desrosiers et Jacques, 2009). Cette différence est non négligeable puisque le retrait de la vie quotidienne pour une durée d'un mois implique des coûts personnels importants pour le joueur et la joueuse en traitement (absence de revenus, abandon des activités de loisirs, séparation de la famille, etc.).

Dans son guide de pratique concernant les services de réadaptation en dépendance (Desrosiers et Ménard, 2010), l'Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec recommande aux établissements de son réseau de se baser sur les critères de l'American Society of Addiction Medicine (ASAM) afin d'orienter la personne vers la modalité de traitement appropriée. Selon l'ASAM (Mee-Lee, 2013), cette orientation devrait être basée sur la gravité du problème de consommation. En ce sens, un problème plus grave requerrait une intensité de traitement plus grande (Book *et al.*, 1995) afin de favoriser le rétablissement. De Leon, Melnick et Cleland (2008) précisent d'ailleurs qu'une personne qui reçoit un traitement d'une intensité inférieure au niveau d'intensité requis pour la gravité de sa dépendance répond moins bien au traitement alors qu'un traitement d'une intensité supérieure au niveau requis par la gravité de la dépendance n'aurait pas d'influence sur les résultats. L'équipe de Book ajoute qu'il faut également s'assurer que le traitement proposé soit le moins intrusif possible, c'est-à-dire qu'il interfère le moins possible avec le fonctionnement régulier de la personne.

Ainsi, selon les recommandations de l'ASAM (Mee-Lee, 2013) pour la dépendance aux substances psychoactives (SPA), la gravité du problème de dépendance serait le critère à privilégier lorsque vient le temps de déterminer de l'orientation d'une personne vers une modalité de traitement interne ou externe. Comme le jeu pathologique est un problème de dépendance au même titre que la dépendance aux SPA (American Psychiatric Association, 2013), le même critère devrait s'appliquer pour choisir la meilleure orientation de traitement pour le joueur ou la joueuse. Toutefois la manière de définir la gravité d'un problème de JHA

n'est pas chose simple puisque la littérature scientifique identifie de nombreux indicateurs comme étant garants du niveau de gravité.

D'abord, le *DSM-5* (American Psychiatric Association, 2013) propose de tenir compte du nombre de critères diagnostiques rencontrés par le joueur ou la joueuse pour déterminer la gravité du problème de JHA. Ainsi, il s'agit d'un problème léger lorsque l'individu présente de quatre à cinq critères diagnostiques du jeu pathologique et d'un problème sévère lorsqu'il présente de huit à neuf critères (American Psychiatric Association, 2013). Outre le nombre de critères diagnostiques rencontrés par la personne, la gravité du problème de JHA serait également conséquente du nombre d'activités de JHA effectué dans la dernière année (Winters, Stinchfield et Fulkerson, 1993), des conséquences du problème de JHA dans la vie personnelle du joueur et de la joueuse, de la présence de traitements antérieurs pour le JHA (Tolchard et Battersby, 2010), de la présence de troubles psychologiques—entre autres, les symptômes dépressifs—en concomitance (Barry, Stefanovics, Desai et Potenza, 2010; Hounslow, Smith, Battersby et Morefield, 2011; Morasco, vom Eigen et Petry, 2006; Morasco, Weinstock, Ledgerwood et Petry, 2007; Thomsen, Callesen, Linnet, Kringelbach et Møller, 2009), de la présence de problèmes légaux en raison des JHA (Petry et Oncken, 2002; Pietrzak et Petry, 2006) ainsi que d'un soutien social déficitaire (Petry et Weiss, 2009).

Il est à noter qu'à l'heure actuelle, hormis les critères diagnostiques du jeu pathologique présents dans le *DSM-5* (American Psychiatric Association, 2013), peu de directives formelles sont proposées dans la littérature scientifique quant aux éléments à prioriser pour évaluer la gravité d'un problème de JHA (Desrosiers et Jacques, 2009). Par contre, une revue de la littérature de George et Murali (2005) liste les éléments qui devraient être questionnés afin de réaliser une évaluation optimale du joueur ou de la joueuse pathologique. Selon George et Murali, cette évaluation devrait inclure : (a) un portrait détaillé des habitudes de JHA (initiation, progression, fréquence actuelle, types de JHA joués, etc.), (b) un bilan des conséquences financières, relationnelles, professionnelles, sociales et juridiques vécues en raison de la participation aux JHA, (c) l'histoire psychiatrique complète comprenant les troubles concomitants (d) le risque suicidaire, (e) un examen général du fonctionnement intellectuel et (f) l'exploration des motifs de consultation, de la motivation au changement et des attentes par rapport au traitement.

Dans les centres publics spécialisés dans le traitement de la dépendance du Québec (Desrosiers et Jacques, 2009), la majorité des évaluations faites à l'admission des joueurs et des joueuses désirant un traitement ciblent plusieurs des éléments suggérés par George et Murali (2005). Ces évaluations permettent aux intervenants et intervenantes de documenter un nombre important d'indicateurs de la gravité du jeu pathologique qui sont ensuite utilisés pour orienter le joueur ou la joueuse vers la modalité de traitement la plus appropriée au niveau de gravité de sa dépendance, c'est-à-dire un traitement interne ou externe. Malgré l'appui de la littérature pour le grand nombre d'indicateurs évalués, encore aucune étude ne s'est attardée à préciser quels indicateurs de la gravité du problème de JHA parmi l'ensemble des indicateurs évalués sont réellement utilisés par les intervenants et les intervenantes pour déterminer l'orientation des joueurs et des joueuses pathologiques vers un traitement interne ou externe. La présente étude vise à combler cette lacune dans le but d'éventuellement réduire l'éventail des indicateurs de gravité évalués à l'admission des joueurs et des joueuses afin de réduire le temps d'évaluation et prioriser l'intervention.

MÉTHODE

Participants et participantes

La présente étude a été menée à l'aide du questionnaire « Évaluation initiale au regard du jeu pathologique » (Tremblay *et al.*, 2007) utilisé par les intervenants et les intervenantes pour réaliser l'évaluation d'admission de tous les joueurs et joueuses adultes désirant un traitement au Service régional spécialisé en dépendance (SSD) de la région de Chaudière-Appalaches, Québec, Canada. Les questionnaires remplis entre janvier 2007 et décembre 2013 ($N = 364$) ont été retenus pour ce projet. L'échantillon est composé de 71,2 % d'hommes et l'âge moyen des joueurs et des joueuses évalués est de 43,7 ans ($\acute{E}T = 19,9$).

Les questionnaires retenus ont été répartis en deux groupes selon l'orientation de traitement déterminée par les intervenants et les intervenantes au moment de l'évaluation : (a) les joueurs et les joueuses pathologiques orientés vers des services externes ($n = 235$) et (b) les joueurs et les joueuses pathologiques orientés vers des services internes ($n = 129$). Les deux tiers des participants et participantes du groupe orienté vers des services externes ont en moyenne 42,5 ans ($\acute{E}T = 13,5$), 40,9 % sont en couple (marié[e] ou conjoint[e] de fait) et la majorité sont des hommes (75,3 %). Pour leur part, les participants et les participantes du groupe orienté vers les services internes sont âgés de 45,9 ans ($\acute{E}T = 11,5$), 27,6 % sont en couple et la majorité sont des hommes (63,6 %).

Matériel

L'outil d'évaluation utilisé pour la présente étude est le questionnaire d'admission des joueurs et des joueuses pathologiques utilisé au SSD de la région de Chaudière-Appalaches au Québec. Il se nomme « Évaluation initiale au regard du jeu pathologique » (Tremblay *et al.*, 2007) et a été développé par un groupe d'experts composé tant de chercheurs que de cliniciennes et cliniciens spécialisés en dépendance, notamment en jeu pathologique. Il évalue le besoin d'aide de la personne se présentant au SSD pour un problème de JHA et permet de l'orienter vers la modalité de traitement appropriée à ses besoins (interne ou externe). Le questionnaire est composé de plusieurs outils de mesure standardisés, ainsi que d'outils non standardisés et de questions individuelles ajoutées sur la base de l'expérience clinique du groupe d'experts et d'expertes. Ces questions ciblent les renseignements sociodémographiques, les motifs de consultation, l'historique de traitement, le niveau d'urgence suicidaire, les habitudes de JHA et leurs conséquences, la motivation à suivre un traitement et le type de traitement envisagé. Les paragraphes suivants décrivent les outils inclus dans l'« Évaluation initiale au regard du jeu pathologique ». Ceux-ci sont présentés dans l'ordre dans lequel ils apparaissent dans le questionnaire.

Outil d'évaluation des besoins en réinsertion sociale (RÉSO). Le RÉSO (Tremblay, Blanchette-Martin *et al.*, 2010) est utilisé pour évaluer les besoins en réinsertion sociale des personnes aux prises avec des problèmes de dépendance (SPA et JHA). Bien que l'instrument original cible neuf sphères de vie différentes, seule la sphère « Réseau de soutien » est utilisée auprès des joueurs et des joueuses pathologiques. Cette sphère dresse un portrait de l'entourage sur lequel ces derniers peuvent compter pour : (a) obtenir du soutien matériel, (b) avoir des moments de détente, (c) parler de ses difficultés ou émotions et (d) obtenir

du soutien dans sa démarche d'intervention. Cet instrument n'a pas fait l'objet d'une validation empirique, mais il a franchi le stade de validité de façade et il est largement utilisé dans les SSD du Québec.

Dépistage/Évaluation du besoin d'aide—Alcool/Drogues (DÉBA-A/D). Le DÉBA-A/D (Tremblay, Rouillard et Sirois, 2004) se divise en deux sections, soit une évaluant la consommation d'alcool (DÉBA-A) et l'autre la consommation de drogues (DÉBA-D). Il est composé de quatre grilles d'évaluation, soit le Questionnaire bref sur la dépendance à l'alcool (QBDA), l'Échelle des conséquences de la consommation d'alcool (ÉCCA), l'Échelle de sévérité de la dépendance (ÉSD) et l'Échelle des conséquences de la consommation de drogues (ÉCCD). Le QBDA, version française du Short Alcohol Dependence Data Questionnaire (Raistrick, Dunbar et Davidson, 1983), compte 15 items identifiant la fréquence des symptômes vécus au cours de la dernière année. L'ÉSD, version française du Severity of Dependence Scale (Gossop *et al.*, 1995), compte cinq items mesurant les dimensions psychologiques de la dépendance. Pour leur part, l'ÉCCA et l'ÉCCD ont été conçues par Tremblay et son équipe (Tremblay *et al.*, 2004) à partir des critères d'abus du *DSM-IV-TR* (American Psychiatric Association, 2000) et permettent d'identifier les diagnostics probables d'abus de consommation d'alcool (ÉCCA) et de drogues (ÉCCD). Le DÉBA-A/D n'a pas fait l'objet d'une validation empirique, mais il présente des coefficients α de Cronbach de 0,74 (QBDA) et de 0,75 (ÉSD) auprès d'échantillons de personnes en traitement dans un SSD (Tremblay et Blanchette-Martin, 2009).

Indice de gravité de la toxicomanie (IGT). L'IGT (Bergeron, Landry, Ishak, Vaugeois et Trépanier, 1992) est la version française validée de l'Addiction Severity Index de McLellan, Luborsky, Woody et O'Brien (1980). Bien qu'il évalue sept sphères différentes, seulement les sphères *État psychologique*, *Situation judiciaire* et *État de santé physique* sont incluses dans l'évaluation d'admission des joueurs et des joueuses pathologiques au SSD. Les coefficients de consistance interne de l'IGT varient entre 0,63 et 0,89 et sa fidélité test-retest comporte des coefficients de corrélation variant entre 0,50 et 0,93 (Bergeron *et al.*, 1992).

Critères diagnostiques du *DSM-IV* pour le jeu pathologique. Ce questionnaire (Ladouceur, Boutin, Doucet, Lachance et Sylvain, 2000) est basé sur les critères diagnostiques du jeu pathologique énoncés par l'American Psychiatric Association (1994). Il est composé de 10 items pouvant être répondus par « oui » ou par « non ». Le score obtenu est exprimé sur une échelle variant de 0 à 10. Un score de 0 à 2 indique une bonne maîtrise des activités de JHA. Un score de 3 ou 4 indique des difficultés potentielles concernant les JHA et un score de 5 ou plus indique un JHA pathologique.

Situations aggravantes. Ce court questionnaire de sept items permet de vérifier dans quelle mesure les habitudes de JHA ont envahi les différentes sphères de vie du joueur et de la joueuse pathologiques. Chaque item est répondu sur une échelle de type Likert variant de 0 à 4. Les sphères questionnées concernent les impacts sur la relation conjugale, la relation avec les enfants, la sécurité des enfants, la sécurité financière, la sécurité physique, le risque de poser des gestes illégaux et la sécurité d'emploi. Cet instrument n'a pas fait l'objet d'une validation empirique.

RÉSULTATS

Une analyse de régression logistique exploratoire (méthode ascendante pas-à-pas) a été réalisée afin de déterminer les indicateurs utilisés par les intervenants et les intervenantes pour orienter vers le traitement en interne les joueurs et les joueuses requérant des services en jeu pathologique. Avant de procéder à la régression, les variables à inclure dans le modèle de régression ont été sélectionnées selon la méthode de Hosmer et Lemeshow (2000). Les variables retenues pour ces premières analyses ont été sélectionnées en fonction des critères de gravité identifiés dans la littérature scientifique : le nombre de critères diagnostiques du jeu pathologique, le nombre d'activités de JHA jouées dans la dernière année, la présence de problèmes judiciaires, la présence d'un soutien social/environnemental déficitaire, la présence d'un risque élevé d'aggravation des difficultés relationnelles/occupationnelles en raison des habitudes de JHA, la présence d'un problème de consommation de SPA, la présence de symptômes dépressifs et/ou anxieux dans les 30 derniers jours, la présence d'idées suicidaires dans les 7 derniers jours ainsi que la participation non efficace à un traitement antérieur pour le JHA dans une modalité externe ou interne.

Les données de 364 joueurs et joueuses pathologiques requérant des services au SSD ont été retenues pour les analyses préliminaires. Celles-ci indiquent que l'ensemble des variables, hormis la variable « présence de problèmes judiciaires », diffère significativement entre les groupes. Elles sont donc retenues comme prédictrices potentielles de l'orientation des joueurs et des joueuses pathologiques. Le tableau 1 présente les résultats de ces analyses.

Une régression linéaire a été réalisée sur l'ensemble des variables retenues afin de confirmer le respect des postulats de base de la régression logistique. Celle-ci témoigne de l'absence de multicollinéarité entre les variables. Une donnée extrême multivariée a été identifiée et retirée avant de procéder à la régression logistique. Ce faisant, les données de 363 joueurs et joueuses pathologiques ont été utilisées pour bâtir le modèle de régression logistique. Celle-ci a été effectuée avec un seuil de signification α de 0,10 en raison de la nature exploratoire de l'étude.

Le modèle final compte cinq variables : « Nombre de critères diagnostiques du jeu pathologique », « Présence d'un risque élevé aggravation des difficultés relationnelles/occupationnelles », « Présence de symptômes dépressifs », « Présence de symptômes anxieux » et « Présence d'idéations suicidaires ». L'analyse de régression logistique démontre que ces cinq variables permettent de classer correctement 74,1 % des joueurs et des joueuses pathologiques selon l'orientation faite par les intervenants et les intervenantes lors de l'évaluation d'admission au SSD. Le test d'ajustement global du modèle témoigne d'un bon ajustement, $\chi^2(5, N = 363) = 100,23, p < 0.001$. L'indice de Nagelkerke indique que le modèle explique 33,2 % de la variance. Les résultats de l'analyse de régression logistique sont présentés au tableau 2.

Tableau 1
Comparaison des groupes en fonction des variables sélectionnées

Variabiles	Groupe interne (<i>n</i> = 129)	Groupe externe (<i>n</i> = 235)	<i>F</i> (dl)	χ^2
Nombre de critères diagnostiques du jeu pathologique	<i>M</i> = 7,38 (<i>ÉT</i> = 1,6)	<i>M</i> = 6,16 (<i>ÉT</i> = 1,87)	39,02 ** (1,36)	
Nombre d'activités de JHA effectuées dans la dernière année	<i>M</i> = 3,39 (<i>ÉT</i> = 1,30)	<i>M</i> = 2,75 (<i>ÉT</i> = 1,35)	19,08 ** (1,36)	
Participation antérieure à un traitement du jeu pathologique s'étant avéré inefficace	41,1 %	31,7 %		3,12 *
Soutien familial et environnemental insuffisant	61,1 %	41,4 %		12,51 **
Présence de problèmes judiciaires	16,9 %	12,2 %		1,492
Présence d'un risque élevé d'aggravation des difficultés relationnelles / occupationnelles	84,1 %	55,7 %		34,27 **
Présence d'un problème de consommation de SPA	24,8 %	17,0 %		3,40*
Présence de symptômes dépressifs (30 derniers jours)	62,5 %	31,5 %		32,51**
Présence de symptômes anxieux (30 derniers jours)	72,4 %	38,4 %		98,13**
Présence d'idées suicidaires (7 derniers jours)	45,0 %	20,0 %		25,28**

p* < 0,05; *p* < 0,001

Tableau 2
Variables prédictrices de l'orientation des joueurs et des joueuses pathologiques vers la modalité de traitement interne

Variables	β	ES	Wald	Exp(β)	IC pour Exp (β) 95 %	
					Inférieur	Supérieur
Présence d'un risque élevé aggravation des difficultés relationnelles / occupationnelles	1,59	0,31	25,75***	4,93	2,66	9,12
Nombre de critères diagnostiques du jeu pathologique	0,31	0,77	16,21***	1,36	1,17	1,58
Présence de symptômes dépressifs (30 derniers jours)	0,59	0,29	4,27*	1,81	1,03	3,17
Présence de symptômes anxieux (30 derniers jours)	0,78	0,28	7,84**	2,19	1,27	3,79
Présence d'idéations suicidaires (7 derniers jours)	0,67	0,28	5,62*	1,96	1,12	3,42

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$; ES = Erreur standard; IC = Intervalle de confiance

DISCUSSION

L'objectif de cette étude était d'identifier les indicateurs utilisés par les intervenants et les intervenantes procédant à l'évaluation d'admission des joueurs et des joueuses pathologiques pour déterminer le type de traitement le plus approprié à leurs besoins. Les résultats obtenus à l'aide du modèle de régression indiquent que les intervenants et les intervenantes tiennent compte de cinq indicateurs pour déterminer l'orientation vers un traitement interne ou externe. Ces indicateurs sont : (a) la présence d'un risque élevé d'aggravation des difficultés relationnelles ou occupationnelles en raison des habitudes de JHA, (b) la présence de symptômes anxieux dans les 30 jours précédant l'évaluation, (c) la présence de symptômes dépressifs dans les 30 jours précédant l'évaluation, (d) la présence d'idées suicidaires dans la semaine précédant l'évaluation et (e) le nombre de critères diagnostiques du jeu pathologique. Ainsi, bien que l'évaluation faite lors de l'admission des joueurs et des joueuses pathologiques au SSD dresse un portrait d'ensemble de la situation du joueur et de la joueuse et qu'elle suit les lignes directrices mises de l'avant par George et Murali (2005) dans leur revue de littérature, seuls ces cinq indicateurs distinguent les joueuses et les joueurs pathologiques orientés vers une modalité de traitement à l'interne des joueuses et des joueurs pathologiques orientés vers une modalité de traitement en externe.

Les présents résultats viennent alimenter la réflexion à propos de la finalité de l'évaluation d'admission des joueurs et des joueuses pathologiques dans les SSD. En effet, l'évaluation telle qu'utilisée actuellement permet de dresser un portrait exhaustif de la situation du joueur ou de la joueuse pathologiques et peut donc servir de base à l'élaboration d'un plan d'intervention adapté à leurs besoins. Elle peut également être utilisée comme support à l'intervention auprès des joueurs et des joueuses pathologiques.

Toutefois, dans un contexte où un SSD désirerait utiliser l'évaluation d'admission seulement pour orienter le joueur ou la joueuse pathologique vers la meilleure modalité de traitement pour répondre à ses besoins, le temps d'évaluation pourrait être réduit considérablement en ne ciblant que les cinq indicateurs recensés ici. Dans un tel cas, l'évaluation plus en profondeur visant à soutenir l'intervention clinique et réaliser le plan d'intervention pourrait alors être mise en place une fois l'orientation du joueur ou de la joueuse pathologique déterminée et l'intervention débutée. D'autre part, dans un contexte où l'évaluation d'admission exhaustive continue d'être réalisée dès la demande de service, une grille d'orientation vers les services internes ou externes pourrait être conçue à partir des présents indicateurs. Une telle grille permettrait de guider le travail des intervenants et des intervenantes et permettrait également de standardiser les pratiques.

Il est intéressant de noter que la présence d'idées suicidaires chez le joueur ou la joueuse pathologique n'arrive pas en tête de liste des indicateurs pris en compte par les intervenants et les intervenantes pour déterminer de l'orientation vers un traitement interne ou externe. Selon nous, ceci ne doit pas être perçu comme un manque de considération des intervenants et des intervenantes pour le risque suicidaire puisque celui-ci peut se fondre dans la présence de symptômes dépressifs ainsi que dans la présence/l'absence d'un soutien social. En effet, comme le mentionnent Battersby, Tolchard, Scurrah, et Thomas (2006), la présence de risque suicidaire chez un joueur ou une joueuse pathologique est habituellement liée aux pertes de relations et d'emploi vécus de même qu'à la présence de problèmes de santé mentale concomitants au problème de JHA—soit trois indicateurs pris en compte par les intervenants et les intervenantes. Notons de plus que la présence d'un soutien social fait souvent foi de l'issue de l'intervention, les joueurs et les joueuses pathologiques bien entourés rencontrant de meilleurs taux de succès (Dobkin, De Civita, Paraherakis et Gill, 2002).

Il est également important de noter qu'étant la première à se pencher sur les critères d'orientation des joueurs et des joueuses pathologiques, la présente étude ne tient pas compte des interactions possibles pouvant exister entre les différents indicateurs retenus, comme la présence d'idées suicidaires et de symptômes dépressifs qui sont habituellement fortement reliés et qui sont ici deux indicateurs distincts. Ces différentes interactions pourraient faire l'objet de prochaines études afin de mieux comprendre le processus décisionnel sous-tendant l'orientation des joueurs et des joueuses pathologiques.

Il est également à noter que le choix des indicateurs retenus pour l'étude a été basé sur les données présentes dans la littérature. Ainsi, ce n'est pas la globalité de l'évaluation faite à l'admission des joueurs et des joueuses pathologiques qui a été prise en compte, mais bien des indicateurs déjà documentés dans la littérature sur les JHA. Ce faisant, il est possible que des indicateurs recevant peu ou pas d'appui empirique actuellement puissent avoir un impact sur l'orientation des joueurs et des joueuses pathologiques. Il est important de garder en tête que les évaluations d'une seule région du Québec ont été utilisées pour cette étude et que chaque région possède son propre questionnaire d'évaluation des joueurs et des joueuses pathologiques. Toutefois, comme la présente étude permet d'identifier des indicateurs spécifiques, il pourrait être intéressant de créer un outil d'évaluation standardisé comme c'est le cas pour la consommation de SPA.

Une des forces de cette étude est d'avoir été menée auprès d'un peu plus de 350 adultes ayant formellement demandé de recevoir des services cliniques en jeu pathologique dans un établissement public offrant des services gratuits à la population. L'utilisation d'un échantillon aussi grand assure une bonne diversité des expériences de JHA de même que la répartition des joueurs et des joueuses sur un grand continuum de gravité, rendant ainsi les indicateurs très représentatifs. Bien que l'outil d'évaluation d'admission des

joueurs et des joueuses pathologiques varie d'un SSD à l'autre, tous partagent la même compréhension d'un problème de JHA puisque celle-ci est basée sur un guide de bonnes pratiques en matière de JHA rédigé par l'Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec en 2009 (Desrosiers et Jacques, 2009).

CONCLUSION

Le présent projet dresse les bases sous-tendant la prise de décision des intervenants et intervenantes concernant l'orientation des joueurs et des joueuses pathologiques vers un traitement interne ou externe. Maintenant que ces indicateurs sont identifiés, il sera important de vérifier si l'orientation faite à l'aide de ceux-ci favorise la rétention en traitement, le rétablissement et la diminution des rechutes. Ce n'est qu'une fois ceci fait qu'une grille d'orientation pourra être créée et validée.

RÉFÉRENCES

- Allard, D. et Papineau, É. (2006). *Évaluation du programme expérimental sur le jeu pathologique : rapport synthèse*. Québec, QC : Institut national de santé publique du Québec. Récupéré de <https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/563-EvalProgExpJeuPatho-RS.pdf>
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV*. Arlington, VA : Auteur.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR*. Arlington, VA : Auteur.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: Fifth edition*. Arlington, VA : Auteur.
- Barry, D. T., Stefanovics, E. A., Desai, R. A. et Potenza, M. N. (2010). Differences in the associations between gambling problem severity and psychiatric disorders among black and white adults: Findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *American Journal on Addictions*, 20(1), 69-77. doi:10.1111/j.1521-0391.2010.00098.x
- Battersby, M., Tolchard, B., Scurrah, M. et Thomas, L. (2006). Suicide ideation and behaviour in people with pathological gambling attending a treatment service. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 4, 233-246.
- Bergeron, J., Landry, M., Ishak, A., Vaugeois, P. et Trépanier, M. (1992). *Validation d'un instrument d'évaluation de la gravité des problèmes reliés à la consommation de drogues et d'alcool : l'Indice de gravité d'une toxicomanie (IGT)*. Montréal, QC : Recherche et intervention sur les substances psychoactives—Québec.
- Book, J., Harbin, H., Marques, C., Silvermand, C., Lizanich-Aro, S. et Lazarus, A. (1995). The ASAM and Green Spring alcohol and drug detoxification and rehabilitation criteria for utilization review. *American Journal on Addictions*, 4, 187-197.
- De Leon, G., Melnick, G. et Cleland, C. M. (2008). Client matching: A severity-treatment intensity paradigm. *Journal of Addictive Diseases*, 27(3), 99-113. doi:10.1080/10550880802122703
- Desrosiers, P. et Jacques, C. (2009). *Les services en jeu pathologique dans les centres de réadaptation en dépendance : guide bonnes pratiques et offre de services de base*. Montréal, QC : Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec.
- Desrosiers, P. et Ménard, J.-M. (dir.). (2010). *Les services de réadaptation en toxicomanie auprès des adultes dans les centres de réadaptation en dépendance : guide de pratique et offre de services de base*. Montréal, QC : Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec.
- Dobkin, P. L., De Civita, M., Paraherakis, A. et Gill, K. (2002). The role of functional social support in treatment retention and outcomes among outpatient adult substance abusers. *Addiction*, 97(3), 347-356.
- Downs, C. et Woolrych, R. (2010). Gambling and debt: The hidden impacts on family and work life. *Community, Work and Family*, 13(3), 311-328. doi:10.1080/13668803.2010.488096

- French, M. T., Salomé, H. J., Sindelar, J. L. et McLellan, A. T. (2002). Benefit-cost analysis of addiction treatment: Methodological guidelines and empirical application using the DATCAP and ASI. *Health Services Research, 37*(2), 433-455.
- George, S. et Murali, V. (2005). Pathological gambling: An overview of assessment and treatment. *Advances in Psychiatric Treatment, 11*, 450-456.
- Gossop, M., Darke, S., Griffiths, P., Hando, J., Powis, B., Hall, W. et Strang, J. (1995). The Severity of Dependence Scale (SDS): Psychometric properties of the SDS in English and Australian samples of heroin, cocaine and amphetamine users. *Addiction, 90*(5), 607-614.
- Griffiths, M. D., Wardle, H., Orford, J., Sprotson, K. et Erens, B. (2010). Gambling, alcohol, consumption, cigarette smoking and health: Findings from the 2007 British Gambling Prevalence Survey. *Addiction Research & Theory, 18*(2), 208-223. doi:10.3109/16066350902928569
- Henriksson, L. E. (2001). Gambling in Canada: Some insights for cost-benefit analysis. *Managerial and Decision Economics, 22*, 113-123. doi:10.1002/mde.1001
- Hodgins, D. C. et el-Guebaly, N. (2004). Retrospective and prospective reports of precipitants to relapse in pathological gambling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*(1), 72-80. doi:10.1037/0022-006x.72.1.72
- Hosmer, D. W., Jr. et Lemeshow, S. (2000). *Applied logistic regression* (2^e éd). New York, NY : John Wiley & Sons.
- Hounslow, V., Smith, D., Battersby, M. et Morefield, K. (2011). Predictors of problem gambling severity in treatment seeking gamblers. *International Journal of Mental Health and Addiction, 9*, 682-695. doi:10.1007/s11469-010-9292-3
- Humphreys, B. R., Soebbing, B. P., Wynne, H., Turvey, J. et Lee, Y. S. (2011). *The socio-economic impact of gambling in Alberta*. Edmonton, AB : University of Alberta, SEIGA Research Team.
- Kairouz, S., Nadeau, L. et Paradis, C. (2010). *Enquête ENHJEU—Québec : portrait du jeu au Québec : prévalence, incidence et trajectoires sur quatre ans*. Montréal, QC : Fonds de recherche sur la société et la culture Québec.
- Koo, J., Horn, A., Rosentraub, M. S. et Rugle, L. (2005). *The social costs of casino gambling for Ohio: A review of what is known and estimates of future expenses*. Cleveland, OH : Greater Cleveland Partnership and Selected Cincinnati Area Businesses.
- Ladouceur, R., Boisvert, J.-M., Pépin, M., Loranger, M. et Sylvain, C. (1994). Social cost of pathological gambling. *Journal of Gambling Studies, 10*(4), 399-409.
- Ladouceur, R., Boutin, C., Doucet, C., Lachance, S. et Sylvain, C. (2000). *Programme d'évaluation et de traitement des joueurs excessifs*. Québec, QC : Université Laval, Centre québécois d'excellence pour la prévention et le traitement du jeu.
- Ladouceur, R., Sylvain, C., Sévigny, S., Poirier, L., Brisson, L., Dias, C., [. . .] Pilote, P. (2006). Pathological gamblers: Inpatients' versus outpatients' characteristics. *Journal of Gambling Studies, 22*, 443-450.
- McLellan, A. T., Luborsky, I., Woody, G. E. et O'Brien, C. P. (1980). An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients. *Journal of Nervous and Mental Disease, 168*, 26-33.
- Mee-Lee, D. (dir.). (2013). *The ASAM criteria: Treatment criteria for addictive, substance-related, and co-occurring conditions* (3^e éd.). Rockville, MD : American Society of Addiction Medicine.
- Mee-Lee, D., Shulman, G. D., Fishman, M., Gastfriend, D. R. et Griffith, J. H. (dir.). (2001). *ASAM patient placement criteria for the treatment of substance-related disorders* (2^e—rév.). Chevy Chase, MD : American Society of Addiction Medicine.
- Morasco, B. J., vom Eigen, K. A. et Petry, N. M. (2006). Severity of gambling is associated with physical and emotional health in urban primary care patients. *General Hospital Psychiatry, 28*, 94-100. doi:10.1016/j.genhosppsy.2005.09.004
- Morasco, B. J., Weinstock, J., Ledgerwood, D. M. et Petry, N. M. (2007). Psychological factors that promote and inhibit pathological gambling. *Cognitive and Behavioral Practice, 14*(2), 208-217.
- Petry, N. M. (2009). Disordered gambling and its treatment. *Cognitive and Behavioral Practice, 16*, 457-467.
- Petry, N. M. et Oncken, C. (2002). Cigarette smoking is associated with increased severity of gambling problems in treatment-seeking gamblers. *Addiction, 97*, 745-753.
- Petry, N. M. et Weiss, B. A. (2009). Social support is associated with gambling treatment outcomes in pathological gamblers. *American Journal on Addictions, 18*, 402-408. doi:10.1080/10550490903077861
- Pietrzak, R. H. et Petry, N. M. (2006). Severity of gambling problems and psychosocial functioning in older adults. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology, 19*(2), 106-113.

- Raistrick, D., Dunbar, G. et Davidson, R. (1983). Development of a questionnaire to measure alcohol dependence. *British Journal of Addiction*, 78, 89-95.
- Santé Canada. (2012). *Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues*. Ottawa, ON : Auteur. Récupéré de http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/drugs-drogues/stat/_2012/summary-sommaire-fra.php
- Simoneau, H., Contant, E. et Chauvet, M. (2012). *Obstacles au traitement du jeu pathologique dans la région des Laurentides*. Montréal, QC : Centre Dollard-Cormier—Institut universitaire sur les dépendances.
- Slutske, W. S. (2006). Natural recovery and treatment-seeking in pathological gambling: Results of two U.S. national surveys. *American Journal of Psychiatry*, 163(2), 297-302.
- Slutske, W. S., Piasecki, T. M., Blaszczynski, A. et Martin, N. G. (2010). Pathological gambling recovery in the absence of abstinence. *Addiction*, 105(12), 2169-2175. doi:10.1111/j.1360-0443.2010.03080.x
- Suurvali, H., Hodgins, D., Toneatto, T. et Cunningham, J. (2008). Treatment seeking among Ontario problem gamblers: Results of a population survey. *Psychiatric Services*, 59(11), 1343-1346.
- Thomsen, K. R., Callesen, M. B., Linnet, J., Kringelbach, M. L. et Møller, A. (2009). Severity of gambling is associated with severity of depressive symptoms in pathological gamblers. *Behavioural Pharmacology*, 20, 527-536. doi:10.1097/FBP.0b013e3283305e7a
- Tolchard, B. et Battersby, M. W. (2010). The Victorian Gambling Screen: Reliability and validation in a clinical population. *Journal of Gambling Studies*, 26(4), 623-638. doi:10.1007/s10899-009-9172-6
- Tremblay, J., Bertrand, K., Landry, M. et Ménard, J.-M. (2010). Recension des écrits sur les meilleures pratiques en réadaptation auprès des adultes alcooliques ou toxicomanes. Dans P. Desrosiers et J.-M. Ménard (dir.), *Les services de réadaptation en toxicomanie auprès des adultes dans les centres de réadaptation en dépendance : guide de pratique et offre de services de base* (pp. 11-87). Montréal, QC : Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec,.
- Tremblay, J. et Blanchette-Martin, N. (2009). *Manuel d'utilisation du DÉBA Alcool/Drogues/Jeu : Dépistage et évaluation du besoin d'aide—Alcool/Drogues et détection du besoin d'aide/Jeu* (Version 1.08). Québec, QC : Service de recherche CRUV/CRAT-CA.
- Tremblay, J., Blanchette-Martin, N., Sirois, M., Bellerose, D., Tremblay, S. et Drouin, M. (2007). *Évaluation initiale au regard du jeu pathologique*. Québec, QC : Service de recherche CRUV/CRAT-CA.
- Tremblay, J., Blanchette-Martin, N., Sirois, M., Dorval, J., Drouin, M. et Leblanc, L. (2010). *RÉSO : Outil d'évaluation des besoins en réinsertion sociale*. Québec, QC : Service de recherche CRUV/CRAT-CA.
- Tremblay, J., Rouillard, P. et Sirois, M. (2004). *Manuel d'utilisation du DÉBA-A/D : Dépistage/évaluation du besoin d'aide alcool/drogues* (Version 1.7h). Québec, QC : Service de recherche CRUV—ALTO.
- Walker, D. M. (2007). *Challenges that confront researchers on estimating the social costs of gambling*. American Gaming Association 10th Anniversary White Paper Series. Washington, DC : American Gaming Association.
- Warfield, B. (2011). *Gambling motivated fraud in Australia 2008-2010*. Sydney, NSW, Australia : Warfield & Associates.
- Westphal, J. (2006, September). *Attrition among gambling treatment patients: Clinical and research implications*. Paper presented at the Conference on Gambling: Gambling and its Impacts—Policy, Practice and Research Perspectives, University of Auckland, Auckland, New Zealand.
- Winters, K. C., Stinchfield, R. D. et Fulkerson, J. (1993). Toward the development of an adolescent gambling problem severity scale. *Journal of Gambling Studies*, 9(1), 63-84.