

12

Jeux de hasard et d'argent

Par jeux de hasard et d'argent, on entend toute forme de jeu impliquant que le joueur engage de l'argent (ou un objet de valeur), que la mise est irréversible et que l'issue du jeu dépend totalement ou en partie du hasard.

Un parallèle peut être fait entre les addictions aux substances psychoactives et les addictions comportementales, et différents termes sont utilisés pour décrire les différents stades successifs du parcours addictif. Ainsi, en matière de pratique des jeux de hasard et d'argent, on parle de pratique sociale ou récréative (similitude avec l'usage simple de substances psychoactives), de pratique à risque ou problématique (similitude avec l'abus) et de jeu pathologique ou excessif (similitude avec la dépendance).

Le jeu pathologique est défini comme une pratique inadaptée, persistante et répétée du jeu, comme en témoigne la présence d'au moins 5 critères, et à condition qu'elle ne soit pas mieux expliquée par un épisode maniaque. La présence de 3-4 critères suffit à parler de jeu à risque (tableau 12.1).

Tableau 12.1 : Critères diagnostiques du jeu pathologique selon le DSM-IV (APA, 1994)

A. Pratique inadaptée, persistante et répétée du jeu

- Préoccupation par le jeu
- Besoin de jouer avec des sommes d'argent croissantes pour atteindre l'état d'excitation désiré
- Efforts répétés mais infructueux pour contrôler, réduire, arrêter la pratique
- Agitation ou irritabilité lors des tentatives de réduction ou d'arrêt de la pratique
- Joue pour échapper aux difficultés ou pour soulager une humeur dysphorique
- Après avoir perdu de l'argent au jeu, retourne souvent jouer un autre jour pour recouvrer ses pertes (pour « se refaire »)
- Ment à sa famille, à son thérapeute ou à d'autres pour dissimuler l'ampleur réelle de ses habitudes de jeu
- Commet des actes illégaux (vols, détournement d'argent...), pour financer la pratique du jeu
- Met en danger ou perd une relation affective importante, un emploi ou des possibilités d'étude ou de carrière à cause du jeu
- Compte sur les autres pour obtenir de l'argent et sortir de situations financières désespérées dues au jeu

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

La récente parution du DSM-5 confirme bien la logique à considérer le jeu pathologique comme une addiction (APA, 2013). La catégorie nosographique « jeu pathologique » est déplacée du groupe des « troubles du contrôle des impulsions, non spécifiés ailleurs » au groupe des « troubles liés aux substances

et addictifs ». Le terme de « *pathological gambling* » est remplacé par celui de « *gambling disorder* », que l'on pourrait traduire par « trouble lié à la pratique des jeux de hasard et d'argent ». Cette dernière version du DSM a éliminé le critère « commet des actes illégaux... » dont la fréquence de survenue était faible chez les sujets ayant des problèmes de jeu.

Les critères diagnostiques proposés désormais sont présentés dans le tableau 12.II.

Tableau 12.II : Critères diagnostiques du « *gambling disorder* » (trouble lié à la pratique des jeux de hasard et d'argent) selon le DSM-5 (APA, 2013)

A. Persistent and recurrent problematic gambling behavior leading to clinically significant impairment or distress, as indicated by the individual exhibiting four (or more) of the following in a 12-month period :

1. Needs to gamble with increasing amounts of money in order to achieve the desired excitement
2. Is restless or irritable when attempting to cut down or stop gambling
3. Has made repeated unsuccessful efforts to control, cut back, or stop gambling
4. Is often preoccupied with gambling (e.g., having persistent thoughts or reliving past gambling experiences, handicapping or planning the next venture, thinking of ways to get money with which to gamble)
5. Often gambles when feeling distressed (e.g., helpless, guilty, anxious, depressed)
6. After losing money gambling, often returns another day to get even ("chasing" one's losses)
7. Lies to conceal the extent of involvement with gambling
8. Has jeopardized or lost a significant relationship, job, or educational or career opportunity because of gambling
9. Relies on others to provide money to relieve desperate financial situations caused by gambling

B. The gambling behaviour is not better explained by a manic episode

Niveaux de pratique des jeux de hasard et d'argent

L'adolescence, période de turbulences s'il en est, s'accompagne souvent d'un engagement dans de multiples comportements de prise de risque, y compris la pratique des jeux de hasard et d'argent. On sait ainsi que 60 % des sujets qui initient un usage de substance illicite et 80 % des sujets qui initient un usage d'alcool ou de tabac le font avant 18 ans (Villella et coll., 2011). Alors que les alcoolisations des adolescents, en particulier lorsqu'elles sont massives, ont attiré l'attention des médias dans de nombreux pays occidentaux depuis plusieurs années, les taux moyens de participation à des jeux de hasard et d'argent sur la vie entière et sur l'année écoulée dépassent largement les estimations de l'usage d'alcool, sans que cela n'entraîne de mesures de santé publique spécifiques (Cronce et coll., 2007). On ne peut aussi que faire le constat du peu de données françaises dont nous disposons au sujet des niveaux de pratique des jeux de hasard et d'argent chez les adolescents.

Dans la plupart des pays occidentaux, la pratique des jeux de hasard et d'argent est illégale avant la majorité. Quelques études affirment que l'accessibilité aux jeux de hasard et d'argent de façon légale augmente le risque de s'engager dans cette pratique et de développer des troubles qui y sont liés. Ces études mettent aussi en exergue la disparité des législations nationales, voire régionales (Delfabbro et coll., 2005). La pratique des jeux de hasard et d'argent

existe néanmoins chez les adolescents et semble être en augmentation croissante. Jacobs rapportait ainsi une évolution perceptible en Amérique du Nord (Jacobs, 2000). S'appuyant sur des études indépendantes, il précisait que la pratique au moins annuelle des jeux de hasard et d'argent chez les adolescents était de l'ordre de 45 % entre 1984 et 1988, et de l'ordre de 66 % entre 1989 et 1998 (Jacobs, 2000). Parmi les études menées sur de larges échantillons de sujets scolarisés, celle de Moore et Ohtsuka en Australie (Moore et Ohtsuka, 2000) et celle de Cronce et de ses collaborateurs aux États-Unis (Cronce et coll., 2007), indiquent respectivement que 88,7 % et 83,5 % des adolescents interrogés avaient déjà expérimenté au cours de leur vie la pratique des jeux de hasard et d'argent. Une autre rapportait que 66 % des sujets de l'échantillon testé avaient joué au moins une fois au cours de l'année écoulée, et que 20 % avaient une pratique hebdomadaire des jeux de hasard et d'argent (Derevensky et coll., 2007).

Plus près de chez nous, en Suisse, 48,3 % des jeunes âgés de 15 à 24 ans avaient joué au moins une fois au cours de l'année écoulée et 13,5 % jouaient au moins une fois par semaine (Luder et coll., 2010). Très récemment, une étude menée en Grande-Bretagne auprès d'adolescents âgés de 11 à 15 ans indiquait que 28,2 % des garçons et 12,7 % des filles avaient joué à un jeu de hasard et d'argent dans la semaine précédente. Cette étude, qui était répliquée régulièrement, contredisait l'idée que la prévalence augmentait au fil du temps, et ce malgré l'accessibilité accrue des jeux de hasard et d'argent en ligne (Forrest et McHale, 2012). Il est donc difficile de conclure de façon définitive quant à l'existence d'un lien entre accessibilité des jeux de hasard et d'argent et troubles liés à leur pratique. En Finlande, 44 % des adolescents âgés de 12 à 18 ans avaient joué au moins une fois au cours des 6 derniers mois et ils étaient 12 % à jouer de façon hebdomadaire (Raisamo et coll., 2013).

En France, l'étude Escapad (Enquête sur la santé et les consommations réalisée lors de la Journée Défense et Citoyenneté) a exploré en 2011 pour la première fois la pratique des jeux de hasard et d'argent chez les adolescents de 17 ans : 44 % d'entre eux ont déjà joué au cours de leur vie (50 % des garçons et 38 % des filles), 39 % ont joué au cours de l'année écoulée (45 % des garçons et 33 % des filles) et 10 % ont joué au cours de la semaine (14,7 % des garçons et 6,6 % des filles) (OFDT, 2013).

L'initiation à la pratique des jeux de hasard et d'argent peut être très précoce. Une étude menée auprès d'étudiants de la région de Montréal indiquait que l'âge moyen de leur première expérience de jeu était de 11,5 ans (Gupta et Derevensky, 1998). Une autre retrouvait une initiation plus tardive (15,6 ans en moyenne), mais évaluée de façon rétrospective, au début de l'âge adulte, ce qui peut induire un biais de mémorisation (Auger et coll., 2010).

La prévalence de la pratique au cours de l'année écoulée augmente avec l'âge (Breyer et coll., 2009) et le sex-ratio est nettement en faveur des garçons

(Moore et Ohtsuka, 2000 ; Currie et coll., 2006 ; Cronce et coll., 2007 ; Derevensky et coll., 2007 ; Luder et coll., 2010).

Une étude australienne a rapporté que, parmi les adolescents qui jouaient plus d'une fois par mois, les jeux de prédilection étaient les paris sur les matchs de football et les jeux de cartes pour les garçons, et les jeux de loterie pour les filles (Moore et Ohtsuka, 2000). S'il est difficile de généraliser cette différence liée au genre, qui dépend probablement de nombreux facteurs socioculturels, on peut néanmoins faire le parallèle avec les joueurs adultes : les hommes préfèrent les jeux dits « stratégiques » (paris sportifs, jeux de carte) et les femmes les jeux « non stratégiques » (jeux de grattage, machines à sous) (Echeburua et coll., 2011).

Sans tenir compte du genre, les jeux de loterie et de grattage arrivaient en tête des préférences dans l'étude australienne. Les mêmes tendances étaient retrouvées chez les joueurs occasionnels : les garçons préféraient les jeux de cartes et les filles les jeux de loterie (Derevensky et coll., 2007). En France, les jeux de prédilection des adolescents sont également les jeux de grattage et de tirage (OFDT, 2013).

Les adolescents jouant au moins une fois par semaine se distinguent des autres par le nombre de jeux pratiqués, les premiers s'engageant dans davantage de jeux différents. Deux raisons peuvent l'expliquer. Jouer plus fréquemment donne l'opportunité de tester plus de variétés de jeu. On peut aussi supposer que les joueurs « fréquents » attachent plus d'importance au fait de jouer qu'au jeu lui-même (Luder et coll., 2010).

L'apparition de nouvelles technologies a révolutionné la pratique des jeux de hasard et d'argent. Internet procure une accessibilité et une disponibilité des jeux de hasard et d'argent incomparables. Il garantit l'anonymat des joueurs et promeut la pratique des jeux de hasard et d'argent par des publicités attractives. L'ensemble de ces aspects sont terriblement séduisants pour les adolescents, de plus en plus nombreux à utiliser ce support de façon générale, et pour jouer en particulier. Une étude récente menée en Grèce auprès d'un échantillon de près de 500 adolescents (âge moyen : 14,9 ans) a ainsi indiqué qu'ils étaient 15 % à jouer à des jeux de hasard et d'argent sur Internet. Parmi eux, la moitié jouait fréquemment, plutôt depuis un cybercafé qu'à la maison (Tsitsika et coll., 2011). L'ouverture à la concurrence et à la régulation du marché des jeux de hasard et d'argent en ligne en juin 2010 pourrait favoriser la même tendance en France. Ainsi, 8 % des adolescents déclaraient quelques mois après la mise en application de la loi avoir joué sur Internet (UNAF, 18 novembre 2010)¹¹⁶. Nous ne disposons pas de données relatives à la période

116. UNAF (UNION NATIONALE DES ASSOCIATIONS FAMILIALES), ACTION INNOCENCE. Jeux vidéo et jeux d'argent en ligne : quelles sont les pratiques de nos ados ? Quel est le rôle des parents ? Dossier de presse, 18 novembre 2010. Accessible à l'adresse : http://www.unaf.fr/IMG/pdf/Dossier_de_presse_Ados-jeux_video_18.11.2010.pdf (consulté le 21/06/2013)

antérieure. En France, près de 14 % des adolescents de 17 ans déclaraient avoir joué à un jeu de hasard et d'argent sur Internet au moins une fois dans l'année écoulée (OFDT, 2013). À titre de comparaison, l'enquête Prévalence-e-Jeu 2012 permet d'établir que dans l'ensemble de la population française, 3,7 % des personnes âgées de 18 ans et plus déclarent avoir joué à un jeu de hasard et d'argent en ligne au cours des douze mois précédant l'enquête, soit environ deux millions de personnes (Tovar et coll., 2013).

Données de prévalence des troubles liés à la pratique des jeux de hasard et d'argent

Il est difficile de comparer les études portant sur la prévalence d'un usage problématique de jeux chez les adolescents, en raison des bornes d'âge retenues, de l'instrument d'évaluation choisi, de la disponibilité locale des jeux de hasard et d'argent, et de façon plus générale des facteurs socioculturels du pays. Les instruments d'évaluation sont présentés dans une partie ultérieure du chapitre. Selon l'outil, on parlera de « joueurs à risque », de « joueurs problématiques », de « joueurs pathologiques probables », de « joueurs pathologiques », de « joueurs excessifs ». Ces différents termes reflètent des niveaux de sévérité des troubles variables et font référence à du dépistage ou du diagnostic. Leur nombre apporte parfois de la confusion lors de l'interprétation et de la comparaison des résultats des études. L'approche plus dimensionnelle du DSM-5, qui ne retient que la notion de troubles liés à la pratique des jeux, contribuera certainement à simplifier les conclusions.

Parmi les premières études de prévalence des problèmes de jeu menées en population étudiante, celle de Gupta et Derevensky, menée au Canada (région de Montréal), précisait que 4,7 % des sujets évalués présentaient les critères diagnostiques du jeu pathologique (Gupta et Derevensky, 1998). Par la suite, de nombreuses études ont été réalisées, dans différents pays occidentaux, avec des résultats variables. Les sujets inclus (âge moyen : 14 ans) dans l'étude australienne de Delfabbro présentaient pour 5 % d'entre eux des problèmes de jeu (Delfabbro et coll., 2005). Les données australiennes parues en 2000 indiquaient qu'environ 2 % des adolescents interrogés présentaient des « problèmes ou de potentiels problèmes de jeu » (Moore et Ohtsuka, 2000). Les taux de prévalence les plus élevés (et sensiblement identiques) sont rapportés par des auteurs Nord-Américains. Cronce et ses collaborateurs trouvaient 8,3 % de joueurs à risque et 8,6 % de joueurs pathologiques probables¹¹⁷ dans leur échantillon de près de 4 000 adolescents âgés de 14-21 ans, évalués par le SOGS-RA (Cronce et coll., 2007), et Derevensky et ses collaborateurs 8 % de joueurs à risque et 4,9 % de joueurs pathologiques probables

117. On emploie le terme « probable » quand l'outil d'évaluation est un instrument de dépistage et non de diagnostic.

parmi 2 336 adolescents âgés de 12-19 ans, évalués par le DSM-IV-MR-J (Derevensky et coll., 2007). Au Brésil, la prévalence du jeu problématique/pathologique concernait 1,6 % des adolescents âgés de 14 à 17 ans (Spritzer et coll., 2011).

Parmi les études européennes, celle menée en Italie auprès de 2 853 adolescents (âge moyen : 16,7 ans) retrouvait une prévalence du jeu pathologique de 7 % (Villella et coll., 2011). L'instrument d'évaluation était le SOGS-RA. En Norvège, la prévalence du jeu pathologique était de 2,5 % et celle du jeu problématique de 1,9 %, dans un échantillon de plus de 1 300 adolescents (Molde et coll., 2009). En Grande-Bretagne, la prévalence du jeu problématique parmi les adolescents de 11-15 ans était de 1,9 %. Elle s'élevait à 8,7 % des garçons et 5,6 % des filles qui avaient joué à un jeu de hasard et d'argent dans la semaine précédente (Forrest et McHale, 2012).

En France, l'étude Escapad menée en 2011 retrouvait, parmi les joueurs sur la semaine écoulée, près de 14 % de joueurs à risque modéré et 3 % de joueurs excessifs (l'outil utilisé, l'Indice Canadien du Jeu Excessif, est décrit plus loin). Le terme « joueur excessif » équivaut cliniquement à celui de « joueur pathologique » (OFDT, 2013).

Davantage de troubles que chez les adultes ?

Une méta-analyse, portant sur 146 études de prévalence des troubles liés à la pratique des jeux de hasard et d'argent menées en Amérique du Nord, a permis de conclure que les adolescents souffraient plus de « jeu à risque » (prévalence de 14,6 % sur l'année écoulée et de 8,4 % sur la vie entière) et de « jeu pathologique » (prévalence de 4,8 % sur l'année écoulée et de 3,4 % sur la vie entière) que les adultes (Shaffer et Hall, 2001). En France, à partir de l'étude Escapad menée en 2011 en population adolescente (OFDT, 2013) et de l'étude menée par l'OFDT et l'Inpes en 2010 en population générale adulte (Costes et coll., 2011), il est montré que les adolescents souffrent plus de « jeu à risque modéré » que les adultes (tableau 12.III).

Tableau 12.III : Prévalences du « jeu à risque modéré » et du « jeu excessif » en population adolescente et en population adulte (d'après Costes et coll., 2011 ; Escapad, 2011)

| | Prévalence (%) | |
|--|---------------------|--------------|
| | Jeu à risque modéré | Jeu excessif |
| Adolescents (ayant joué dans la semaine écoulée) | 14 | 3 |
| Adultes (joueurs « actifs » : ayant joué au moins 52 fois et/ou ayant misé plus de 500 euros dans l'année écoulée) | 7,1 | 3,7 |

Différents facteurs peuvent expliquer la surreprésentation des troubles (plus ou moins sévères) liés à la pratique des jeux de hasard et d'argent chez les adolescents par rapport aux adultes. Ainsi, on peut citer : l'effet probable de l'interaction entre l'adolescence et le contexte social actuel, qui rend l'adolescent plus vulnérable à une pratique addictive des jeux de hasard et d'argent (Villegla et coll., 2011) ; le fait que certains instruments d'évaluation spécifiques de la population adolescente, tel que le SOGS-RA, surestiment les problèmes de jeu (Ladouceur et coll., 2000a) ; la nature transitoire des troubles et leur résolution naturelle au début de l'âge adulte, pour une grande partie des sujets, de la même façon que les adolescents abandonnent progressivement un certain nombre de comportements à risque.

Quoi qu'il en soit, les adolescents ayant des troubles liés à leur pratique des jeux de hasard et d'argent ont tendance à minimiser leur existence ou leur sévérité, et donc à ne pas demander de l'aide pour y faire face (Hardoon et coll., 2003).

Pour conclure, il ressort de ces travaux que la prévalence des troubles liés à la pratique des jeux de hasard et d'argent est élevée à l'adolescence dans les pays occidentaux, allant de presque 2 % au Brésil à presque 17 % aux États-Unis. La France se situerait donc à un niveau plutôt bas, de l'ordre de 1,7 %, si l'on considère que, parmi les adolescents déclarant avoir joué dans la semaine écoulée (10 % de la population interrogée dans l'enquête Escapad), 17 % présentaient une pratique des jeux à risque modéré ou excessive.

Motivations et représentations

La pratique des jeux de hasard et d'argent est ressentie comme un loisir agréable, excitant, associé à des valeurs positives par les jeunes (Moore et Ohtsuka, 2000). Leur optimisme leur fait surestimer leurs chances de gagner. L'illusion de gagner facilement de l'argent et d'accéder ainsi à une vie meilleure contribuerait à rendre la pratique des jeux de hasard et d'argent attractive (Currie et coll., 2006).

L'intolérance à l'ennui peut aussi conduire les adolescents à s'engager dans la pratique des jeux de hasard et d'argent.

Les adolescents ayant une pratique à risque ou problématique/pathologique des jeux de hasard et d'argent, plus que les autres, rapportent jouer pour s'exciter, gagner de l'argent, s'évader ou être en relation avec d'autres. Dans l'étude de Yip et coll. (2011), la seule motivation qui permette de distinguer joueurs à risque et joueurs pathologiques concerne l'évasion (Yip et coll., 2011).

Facteurs associés

Facteurs de risque et facteurs de protection liés à l'adolescent : antécédents, personnalité, pathologies

Comme pour toute conduite addictive, il est classique de considérer le jeu pathologique comme l'interaction des multiples facteurs de risque et de vulnérabilité, d'ordre individuel, socio-environnementaux ou encore liés à l'objet addictif, en l'occurrence la pratique des jeux de hasard et d'argent. Ces facteurs de risque sont résumés dans plusieurs ouvrages ou articles de synthèse français récents, spécifiques de l'adolescence ou non (Inserm, 2008 ; Bouju et coll., 2011 ; Caillon et coll., 2012 ; Grall-Bronnec, 2012).

Âge de début

À l'instar des autres conduites addictives, l'un des principaux facteurs de risque est représenté par la précocité de l'initiation à la pratique des jeux de hasard et d'argent. Elle est associée à une plus grande fréquence du jeu problématique/pathologique chez les adolescents (Rahman et coll., 2012). Certains travaux indiquent que les adolescents joueurs pathologiques ont expérimenté la pratique des jeux de hasard et d'argent très jeunes, vers l'âge de 10 ans environ (Shead et coll., 2011a). Il s'agit là d'un facteur de mauvais pronostic, en ce sens que la précocité de la pratique des jeux de hasard et d'argent est aussi associée à la sévérité des symptômes psychiatriques (dépression, tentative de suicide et troubles oppositionnels) à l'adolescence et à l'abus/dépendance à l'alcool et aux substances illicites chez l'adulte jeune (Desai et coll., 2005). Une étude menée auprès d'un échantillon de joueurs pathologiques adultes en soins a indiqué que ceux dont l'âge de début de la pratique des jeux de hasard et d'argent se situait dans le premier quartile (âge moyen=10,5 ans) avaient au moment de l'évaluation les problèmes familiaux et sociaux et les troubles psychiatriques et liés à l'usage de substances les plus sévères (Burge et coll., 2006).

Il apparaît que l'âge d'initiation a un impact persistant tout au long de la vie : ainsi, chez des joueurs problématiques âgés d'au moins 65 ans, ceux qui avaient débuté leur pratique des jeux de hasard et d'argent avant 21 ans jouaient plus, étaient en moins bonne santé et rapportaient plus d'antécédents de troubles psychiatriques sur la vie entière, que ceux qui avaient débuté leur pratique des jeux de hasard et d'argent après 21 ans (Burge et coll., 2004).

L'une des rares études ayant retracé les étapes du parcours d'adolescents ayant des troubles liés à la pratique des jeux indiquait que le délai entre l'âge de début du jeu régulier et l'âge de début du jeu problématique était très court, de l'ordre de quelques mois seulement, attestant de la rapidité de la perte de contrôle sur le comportement de jeu (Spritzer et coll., 2011).

Sexe masculin

Quelles que soient les études, le sexe masculin est un facteur de risque majeur, spécifique, tant d'expérimenter la pratique des jeux de hasard et d'argent que de développer des problèmes de jeu à l'adolescence (Cronce et coll., 2007 ; Villella et coll., 2011 ; Shead et coll., 2011a ; Forrest et McHale, 2012). Ainsi, à titre d'exemple, la prévalence du jeu pathologique était en Italie de 9,7 % chez les adolescents et de seulement 2,9 % chez les adolescentes (Villella et coll., 2011). En France, à partir de l'étude Escapad menée en 2011 en population adolescente, la prévalence du « jeu à risque modéré » était de 15,5 % chez les garçons et de 9,5 % chez les filles ; concernant le « jeu excessif », la prévalence était respectivement de 3,7 % et 1,2 % chez les garçons et les filles (OFDT, 2013).

Stratégies de « coping »

L'adolescence est une période durant laquelle le sujet apprend à réguler ses émotions et à développer son arsenal de stratégies de *coping*, lui permettant de faire face au stress. S'engager dans la pratique des jeux de hasard et d'argent peut en être une, inadaptée si elle est univoque et persistante. Les adolescents vulnérables sur le plan émotionnel sont plus enclins que les autres à adopter la pratique des jeux de hasard et d'argent comme moyen de s'extraire de leur quotidien douloureux (Storr et coll., 2012). Pour eux, le jeu revêt une fonction singulière, qu'il convient d'interroger. Plus que l'espoir d'un gain ou la recherche du plaisir (agissant comme renforcement positif), l'évasion émotionnelle (renforcement négatif) est la motivation principale. Ils tentent surtout de contourner leurs difficultés existentielles par un court-circuit de la pensée, en se plaçant dans une sorte d'état dissociatif qui réduit l'attention et régule l'humeur.

Ces sujets sont appelés « émotionnellement vulnérables » dans un modèle intégratif de compréhension du jeu pathologique de l'adulte (Blaszczynski et Nower, 2002), en partie validé chez l'adolescent (Gupta et coll., 2013). Le trouble addictif s'installe peu à peu, comme une conséquence de la vulnérabilité émotionnelle, qui se traduit aussi par de fréquentes comorbidités anxio-dépressives, préexistantes aux problèmes de jeu. Par ailleurs, ces sujets rapportent le plus souvent une mauvaise estime de soi, un sentiment d'infériorité ou d'illégitimité, une faible tolérance à l'ennui, ces traits étant perçus précocement dès l'enfance. L'histoire développementale est marquée en outre par des traumatismes précoces et des expériences négatives, et se prolonge à l'âge adulte par de faibles capacités d'adaptation et de résolution de problèmes.

On retrouve d'autres stratégies de *coping* inadaptées (par exemple se réfugier dans le sommeil, éviter la compagnie des autres, manger pour se reconforter) (Afifi et coll., 2010). Il semble que les joueurs problématiques adoptent principalement des stratégies de *coping* par évitement et fuite, notamment vers

d'autres conduites addictives, ainsi que des stratégies de *coping* orientées sur la régulation des émotions, à l'inverse des non-joueurs et des joueurs récréatifs, qui présentent des stratégies de *coping* centrées sur la résolution du problème (Gupta et Derevensky, 2001).

Évènements de vie

Chez les adultes, il a été démontré que les évènements de vie traumatisants étaient associés à une augmentation du risque de développer une pratique pathologique des jeux de hasard et d'argent (Lobo et Kennedy, 2009). On sait ainsi que plus les évènements de vie traumatisants sont nombreux et/ou graves dans l'enfance, plus l'initiation aux jeux de hasard et d'argent sera précoce et plus les troubles liés à la pratique des jeux de hasard et d'argent seront sévères (Petry et Steinberg, 2005 ; Scherrer et coll., 2007). Parmi les évènements traumatisants de l'enfance, la négligence par les parents est celui qui est le plus associé au jeu pathologique, suivi par les abus sexuels ou physiques.

Les travaux portant directement sur une population d'adolescents sont plus rares. Ils indiquent néanmoins une association entre l'expérience d'évènements menaçants et déviant/violents et le fait de jouer fréquemment à des jeux de hasard et d'argent (Storr et coll., 2012) ou entre différents types de violence subis durant l'enfance et la sévérité du problème de jeu (Felsher et coll., 2010).

Personnalité

Il est difficile de parler de troubles de la personnalité à l'adolescence, tout au plus peut-on évoquer certains traits de personnalité particuliers, des éléments de tempérament ou de caractère. Une étude a ainsi conclu que les adolescents présentant des troubles liés à leur pratique des jeux de hasard et d'argent se distinguaient des autres par des scores anormaux d'excitabilité, de conformisme, d'auto-discipline et de bonne humeur (Shead et coll., 2011a). Selon les mêmes auteurs, ces adolescents ont tendance à adopter des comportements moins contrôlés, en raison de l'impulsivité, de la distractibilité, de l'hyperactivité, de la difficulté à se conformer aux normes du groupe, tout en donnant l'impression d'aller bien. Parmi ceux dont les problèmes de jeu sont les plus sévères, on retrouve un haut niveau d'intolérance à la frustration et à l'ennui, de désinhibition, d'impulsivité, d'anxiété, d'impatience et d'irritabilité. La recherche de sensations, inhérente au processus d'adolescence, est souvent évoquée, de même que la recherche de nouveauté (Goudriaan et coll., 2009).

Impulsivité

Il s'agit d'une dimension de personnalité particulière, prépondérante dans la survenue des troubles addictifs, qu'il convient d'isoler et de décrire plus

spécifiquement. Elle apparaît comme un facteur de risque indéniable dans l'expérimentation et l'initiation à la pratique des jeux de hasard et d'argent. L'impulsivité est en effet identifiée comme un facteur prédictif de l'engagement dans des comportements à risque variés à l'adolescence. Une étude a cherché à comprendre les liens entre impulsivité, comportements à risque et déficits des fonctions exécutives, sur un échantillon de près de 400 pré-adolescents (Romer et coll., 2009). Le niveau d'impulsivité était corrélé positivement et fortement à l'initiation de comportements à risque, tels que l'usage d'alcool ou de tabac, les bagarres ou la pratique des jeux de hasard et d'argent. Avoir un haut niveau d'impulsivité à l'âge de 14 ans était un facteur prédictif d'avoir, à l'âge de 17 ans, tant des problèmes de jeu que des symptômes dépressifs (Dussault et coll., 2011). Il semble que l'impulsivité soit un facteur de risque de débiter la pratique des jeux de hasard et d'argent, à condition qu'elle soit associée à des marqueurs d'un bas niveau socioéconomique (parents n'ayant pas fait d'études supérieures et provenant d'une zone défavorisée) (Auger et coll., 2010).

Dépression et anxiété

Jouer peut être un comportement visant à faire disparaître des états émotionnels négatifs et des affects dépressifs. Il s'agit alors d'un comportement ayant valeur de renforcement négatif. Les adolescents joueurs problématiques/pathologiques, plus que les autres, rapportaient des troubles de l'humeur sur l'année écoulée, de type dysphorique ou dépressif (Yip et coll., 2011 ; Martin et coll., 2013a). Les liens entre troubles liés à la pratique des jeux de hasard et d'argent et troubles dépressifs étaient bidirectionnels : avoir des symptômes dépressifs à l'âge de 17 ans était un facteur prédictif d'avoir des problèmes de jeu à 23 ans et inversement (Dussault et coll., 2011). La présence de symptômes dépressifs au début de l'adolescence augmentait aussi considérablement le risque d'avoir des troubles liés à la pratique des jeux de hasard et d'argent en fin d'adolescence (Lee et coll., 2011). La pratique des jeux de hasard et d'argent pouvait procurer une illusion de bien-être et permettre de laisser de côté, transitoirement, des idées suicidaires (Shead et coll., 2011a).

Troubles liés à l'usage de substances psychoactives et autres conduites addictives

Les résultats de nombreux travaux concordent : usage de substances psychoactives et pratique des jeux de hasard et d'argent ont tendance à coexister chez les adolescents, suggérant que l'usage de substances psychoactives pourrait être un signe d'alarme pour des problèmes de jeu et inversement (Shead et coll., 2011a). La pratique des jeux de hasard et d'argent chez les adolescents s'accompagne souvent d'autres conduites potentiellement addictives, telles l'usage de tabac, d'alcool ou des substances illicites (Gupta et Derevensky, 1998 ; Goudriaan et coll., 2009 ; Luder et coll., 2010 ; Chaumeton et coll.,

2011 ; Forrest et McHale, 2012). Plusieurs études ont conclu à l'association plus fréquente de l'usage et des troubles liés à l'usage de substances psychoactives chez les adolescents joueurs par rapport aux adolescents non joueurs (Lynch et coll., 2004 ; Martins et coll., 2004 ; Barnes et coll., 2011). Chez les adolescents, la pratique problématique/pathologique des jeux de hasard et d'argent est associée à davantage de troubles liés à la consommation de substances psychoactives (dont l'alcool) comparée à la pratique sociale ou l'absence de pratique (Huang et coll., 2007 ; Yip et coll., 2011 ; Martin et coll., 2013a). Les facteurs de risque des troubles liés à la pratique des jeux de hasard et d'argent et des troubles liés à l'usage de substances psychoactives sont partagés, ce qui explique la prévalence élevée des comorbidités addictives. L'usage de substances psychoactives est d'autant plus important chez les adolescents joueurs que leur pratique des jeux de hasard et d'argent a débuté précocement (Betancourt et coll., 2012).

Si la pratique des jeux de hasard et d'argent est fréquente à l'adolescence, celle des jeux vidéo l'est beaucoup plus encore. Peu de travaux ont cherché à déterminer les liens entre ces deux types de pratique, similaires à certains égards. L'étude menée par Delfabbro et ses collaborateurs concluait que, si la fréquence de l'utilisation des jeux vidéo était liée au jeu pathologique chez les adolescents, l'effet de taille était limité et pouvait être expliqué par la grande popularité de ces jeux dans cette tranche d'âge. L'utilisation des jeux vidéo ne semble donc pas être un facteur de risque de développer une pratique pathologique des jeux de hasard et d'argent (Delfabbro et coll., 2009).

Trouble déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH)

Le TDAH est un trouble neuro-développemental se manifestant dès l'enfance, pouvant soit disparaître, soit persister à l'âge adulte dans 40 à 60 % des cas sous une forme plus ou moins atténuée (Groen et coll., 2013). Si les liens entre TDAH et troubles liés à l'usage de substances psychoactives sont bien documentés, les travaux étudiant la comorbidité entre TDAH et jeu pathologique sont plus rares (Derevensky et coll., 2007 ; Breyer et coll., 2009 ; Faregh et Derevensky, 2011). Les deux troubles partagent pourtant un trait essentiel, l'impulsivité, suggérant ainsi une relation étroite entre eux. Une étude a ainsi conclu que les enfants (7-11 ans) chez lesquels le TDAH était diagnostiqué dans l'enfance et persistait au début de l'âge adulte devenaient plus fréquemment des joueurs problématiques/pathologiques plus tard (18-24 ans) (Breyer et coll., 2009). Selon les auteurs, le TDAH et les problèmes de jeu pourraient être dus à des déficits neurologiques dans les zones cérébrales contrôlant les fonctions exécutives et les capacités d'auto-régulation. La comorbidité TDAH et jeu pathologique chez l'adulte est associée à des facteurs de gravité (sévérité du jeu pathologique, fréquence des comorbidités psychiatriques et addictives, risque suicidaire, haut niveau d'impulsivité) (Grall-Bronnec et coll., 2011).

Troubles des apprentissages

Les troubles liés à la pratique des jeux de hasard et d'argent sont significativement plus fréquents chez les adolescents masculins ayant des troubles des apprentissages par rapport à ceux n'ayant pas de troubles des apprentissages, ceci indépendamment de la coexistence d'autres troubles internalisés (par exemple, la dépression) ou externalisés (par exemple, le TDAH) (Parker et coll., 2013). Les résultats de cette étude allaient cependant à l'encontre de ceux de McNamara et de ses collaborateurs. La comparaison de trois groupes d'adolescents (avec seulement des troubles des apprentissages ; avec des troubles des apprentissages et un TDAH ; sans troubles des apprentissages) ne permettait pas de les différencier au sujet de leur pratique des jeux de hasard et d'argent, même si la présence de troubles des apprentissages était un facteur de risque de développer d'autres comportements à risque comme l'usage de tabac ou de cannabis, la petite délinquance ou des gestes agressifs (McNamara et coll., 2008). Il ne semble donc pas exister de liens robustes entre troubles des apprentissages et troubles liés à la pratique des jeux de hasard et d'argent.

Trouble des conduites, traits de personnalité antisociale et délinquance

Comparés aux adolescents qui ne jouent pas, ceux qui jouent à des jeux de hasard et d'argent s'engagent davantage dans des conduites antisociales (Chaumeton et coll., 2011). À titre d'exemple, avoir des troubles liés à la pratique des jeux de hasard et d'argent, sur Internet ou en réel, majore le risque de détenir une arme (*odds ratios* : 2,01 et 1,90 respectivement) (Potenza et coll., 2011). Le fait d'avoir eu des comportements agressifs et perturbateurs dans l'enfance et au début de l'adolescence est associé à une plus grande fréquence de la pratique des jeux de hasard et d'argent (*odds ratio* : 1,89 pour l'adolescence) et des problèmes de jeu à la fin de l'adolescence (*odds ratio* : 2,60 pour l'enfance et 3,19 pour l'adolescence) (Martins et coll., 2013b). On trouve un lien entre pratique des jeux de hasard et d'argent et comportements externalisés (troubles des conduites, TDAH par exemple) d'une part, et entre troubles liés à la pratique des jeux de hasard et d'argent et trouble des conduites d'autre part (Langhinrichsen-Rohling et coll., 2004a ; Hayatbakhsh et coll., 2012), d'autant plus que les troubles liés à la pratique des jeux de hasard et d'argent apparaissent précocement (avant l'âge de 14 ans) (Barnes et coll., 2011). Ces adolescents américains ayant des troubles liés à la pratique des jeux de hasard et d'argent, plus que les autres, rapportent s'être engagés dans des bagarres violentes ou déclarent avoir porté une arme (Yip et coll., 2011).

Autres comportements à risque, prise de risque et syndrome de comportements problématiques

À la recherche de leurs limites, certains adolescents s'engagent dans des conduites à risque, leur permettant d'éprouver des sensations fortes et

répondant à leur désir de nouveauté. On peut aussi parler de dimension ordalique, en ce sens que les adolescents, tout en s'abandonnant au destin par leurs conduites risquées, cherchent aussi de façon paradoxale à garder le contrôle sur leur vie. Ils recherchent le risque en conduisant, en jouant à des jeux de hasard et d'argent, en expérimentant l'usage de substances psychoactives ou en ayant une activité sexuelle à risque.

Parmi les travaux étudiant chez les adolescents les comportements à risque et la pratique des jeux de hasard et d'argent, quelques-uns seulement se sont intéressés au comportement sexuel à risque, indiquant une relation entre ancienneté de l'activité sexuelle, fréquence des rapports sexuels et nombre de partenaires sexuels d'une part, et pratique des jeux de hasard et d'argent, pathologique ou non, d'autre part. Les joueurs problématiques avaient en outre plus de partenaires sexuels au cours des trois derniers mois, n'utilisaient pas de contraception et se prostituaient davantage (Langhinrichsen-Rohling et coll., 2004a ; Blinn-Pike et coll., 2010).

Distorsions cognitives liées au jeu

Les distorsions cognitives liées aux jeux de hasard et d'argent sont des pensées erronées, des erreurs d'appréciation ou de jugement liées à la situation de jeu, et plus spécifiquement au facteur « hasard » qualifiant le jeu de hasard et d'argent. De façon expérimentale, il a été démontré qu'elles étaient présentes chez des sujets n'ayant pas de problèmes de jeu. Si les distorsions cognitives sont communément partagées par les joueurs, elles permettent cependant de différencier joueurs non pathologiques et pathologiques, ces derniers exprimant plus de pensées erronées en situation de jeu. De plus, le degré de conviction dans ces pensées augmente au fil de la séquence de jeu chez les joueurs pathologiques, alors qu'elle diminue chez les joueurs non pathologiques (Ladouceur, 2004). Le lien entre pensées erronées et durée de la séquence de jeu a été démontré (Benhsain et coll., 2004). La théorie socio-cognitive du jeu insiste sur le rôle crucial tenu par les distorsions cognitives (Walker, 1992). Elle postule que la motivation principale du joueur est de gagner de l'argent et que les distorsions cognitives qu'il entretient favorisent la poursuite du jeu, avec l'espoir de « se refaire ». Or les jeux de hasard et d'argent sont conçus de telle sorte que, statistiquement et sur le long terme, les pertes seront toujours supérieures aux gains. On parle dans ce cas d'espérance de gain négative pour le joueur, le plaçant dans un paradoxe cognitif (Ladouceur et coll., 2000c). Selon plusieurs auteurs, un gros gain initial (que les anglo-saxons appellent « *big win* ») est un élément déterminant dans l'initiation de la pratique des jeux de hasard et d'argent, car se développent à son sujet des distorsions cognitives (« J'ai de la chance, je vais gagner à nouveau », « J'ai gagné car j'ai des compétences, ce n'est pas le hasard »...) (Delfabbro et Thrupp, 2003). De nombreux travaux ont indiqué que les distorsions cognitives liées au jeu participent à l'initiation et à la poursuite d'une pratique pathologique

du jeu (Breen et coll., 2001 ; Oliveira et Silva, 2001 ; Ladouceur, 2004). Par ailleurs, il existe un lien positif entre niveau de distorsions cognitives et sévérité des problèmes de jeu (Breen et coll., 2001 ; Xian et coll., 2008 ; Emond et Marmurek, 2010). Chez les adolescents, le niveau de distorsions cognitives permet aussi de différencier ceux ayant des troubles liés à la pratique des jeux de hasard et d'argent et les autres (Taylor et coll., 2013).

Facteurs de risque et facteurs de protection liés à la famille : importance de la famille et du milieu, transmission intergénérationnelle

Transmission intrafamiliale des habitudes de jeu

La culture, à travers les valeurs et les croyances qui sont transmises aux membres d'une famille, peut avoir un impact sur le choix des décisions prises par les individus et sur leur évaluation des situations de l'existence, dont l'issue peut être incertaine et imprévisible. À la pratique des jeux de hasard et d'argent, comme à n'importe quel autre comportement social, sont attribuées des significations en référence au contexte dans laquelle elle se déroule. Les valeurs et croyances se transmettent de différentes façons, la première étant la transmission intrafamiliale. Ainsi, la théorie de l'apprentissage social suggère qu'un sujet apprend, imite et perpétue des comportements parce qu'ils sont observables et renforcés, c'est-à-dire suivis de « récompenses » (Bandura, 1977). L'initiation à la pratique des jeux de hasard et d'argent se fait le plus souvent dans le premier cercle familial, dès l'enfance. Une étude menée dans la région de Montréal, portant sur les habitudes de jeu de près de 500 enfants âgés de 9 à 14 ans, a ainsi précisé que parmi ceux qui déclaraient jouer régulièrement, 86 % le faisaient en compagnie d'un membre de la famille, en majorité avec un membre de la fratrie ou avec leurs parents (Gupta et Derevensky, 1997). Dans une étude portant sur une cohorte d'étudiants américains, les joueurs pathologiques probables étaient ceux qui rapportaient le plus souvent avoir des parents eux-mêmes joueurs (Langhinrichsen-Rohling et coll., 2004a).

Le partage d'histoires de jeu, de mythes familiaux, contribue aussi à ce que l'enfant/l'adolescent ait envie d'expérimenter la pratique des jeux de hasard et d'argent (Raylu et Oei, 2004). De plus, les distorsions cognitives semblent se transmettre de génération en génération, entretenant ainsi au sein d'une même famille la pratique des jeux de hasard et d'argent, éventuellement pathologique (Oei et Raylu, 2004).

Les habitudes de jeu s'acquièrent d'autant plus que le regard porté sur la pratique par les parents est tolérant, voire bienveillant (Forrest et McHale, 2012). L'implication des parents dans la pratique des jeux de hasard et d'argent de leurs enfants vaut pour approbation et est associée à une augmentation de la prévalence des habitudes de jeu et du jeu problématique (McComb et

Sabiston, 2010). Ainsi, offrir des jeux de hasard et d'argent n'est pas anodin. Une étude a ainsi montré que les adolescents ayant reçu durant l'enfance ou l'adolescence pour cadeau des tickets à gratter rapportaient plus que les autres des symptômes évocateurs d'une pratique problématique des jeux de hasard et d'argent. Par ailleurs, leurs parents désapprouvaient moins la pratique des jeux de hasard et d'argent (Kundu et coll., 2013). Ils transmettent ainsi le message que jouer est une activité socialement acceptable et sans risque, ou alors que ce risque est acceptable, voire valorisé. Ceci est surtout le cas des pères, les mères engageant plus la discussion avec leurs adolescents au sujet du jeu et étant plus attentives à leur éducation (Shead et coll., 2011b).

Avec l'âge, les habitudes évoluent, et la pratique des jeux de hasard et d'argent se déplace vers l'extérieur de la maison, en compagnie des amis (influence du groupe de pairs et poursuite de l'apprentissage social).

Influence de la famille

Hormis leurs habitudes de jeu, les parents peuvent influencer de façon non spécifique des comportements à risque tels que la pratique des jeux de hasard et d'argent chez leurs enfants. Notons ainsi que la qualité de l'attachement parental, reposant en particulier sur la confiance et la communication, est inversement corrélée à la sévérité des problèmes de jeu des adolescents (Magoon et Ingersoll, 2006). De plus, la surveillance parentale « à distance » au sujet des activités de leurs enfants et l'absence de guidance ou de limites définies par les parents est directement et positivement liée à la sévérité des problèmes de jeu chez les adolescents (Magoon et Ingersoll, 2006 ; McComb et Sabiston, 2010).

Tant le support apporté par la famille que sa cohésion sont des facteurs protecteurs vis-à-vis des problèmes de jeu pour les adolescents (McComb et Sabiston, 2010 ; Casey et coll., 2011). À l'inverse, vivre dans une famille monoparentale ou dans une famille ayant des problèmes est associé à une fréquence accrue de jeu problématique/pathologique chez les adolescents (McComb et Sabiston, 2010 ; Yip et coll., 2011).

Antécédents familiaux

Un certain nombre de travaux indiquent que le jeu pathologique apparaît plus fréquemment chez les individus dont les parents ont des habitudes de jeu, *a fortiori* lorsqu'elles sont problématiques (Lesieur et Klein, 1987 ; Lesieur et coll., 1991 ; Raylu et Oei, 2004 ; Magoon et Ingersoll, 2006). Des études interrogeant les antécédents familiaux de joueurs pathologiques évaluent la prévalence du jeu pathologique chez les parents entre 25 et 40 % (Hardoon et coll., 2004). Les adolescents ayant une pratique problématique/pathologique des jeux de hasard et d'argent ont plus souvent que les autres des parents eux-mêmes joueurs problématiques/pathologiques (Gupta et Derevensky, 1998).

Il apparaît aussi que l'occurrence des problèmes de jeu chez des adolescents issus de la population générale est liée à la sévérité des problèmes de jeu chez le père (Vachon et coll., 2004). Par ailleurs, la perception de problèmes de jeu chez les parents, même s'ils ne sont pas réels, constitue un facteur de risque d'une pratique problématique chez l'adolescent (Cronce et coll., 2007).

D'autres antécédents familiaux sont également plus souvent rapportés chez les parents d'adolescents joueurs à risque et problématiques, comme les troubles liés à l'usage de substances psychoactives (McComb et Sabiston, 2010).

Facteurs de risque et facteurs de protection liés à l'environnement social, culturel et économique

Caractéristiques liées à la pratique des jeux de hasard et d'argent

La façon de jouer influence bien évidemment le développement des troubles. Ainsi, jouer fréquemment et à plusieurs types de jeux, engager de grosses sommes (et donc perdre ou gagner beaucoup) sont des facteurs prédictifs de troubles liés à la pratique des jeux de hasard et d'argent (*odds ratio* entre 2,10 et 2,90) (Cronce et coll., 2007).

Utiliser le support Internet en est un autre. Le fait de jouer sur Internet constitue en soi un risque de développer des problèmes de jeu. On retrouve en effet davantage de joueurs à risque ou problématique chez les adolescents jouant sur Internet par rapport à ceux ne jouant pas sur Internet (Potenza et coll., 2011 ; Brunelle et coll., 2012). Les adolescents sont particulièrement vulnérables à l'attrait d'Internet. La principale motivation avancée par les adolescents pour jouer sur Internet concerne l'aspect de compétition, en particulier lorsqu'ils jouent aux cartes (Derevensky et Gupta, 2007). Ainsi, l'essor d'Internet a contribué non seulement à faciliter l'accès à des sites de jeux, mais aussi à induire une nouvelle façon d'être au monde et aux autres, ne facilitant pas le développement des capacités d'autorégulation. Cette technologie de l'information et de la communication est en effet fondée sur l'immédiateté, donnant l'illusion que l'on peut tout avoir, tout de suite, ne permettant pas l'apprentissage de la frustration, de l'attente et de l'anticipation. L'anonymat qu'il procure facilite l'accès des mineurs, qui parviennent à en détourner l'interdiction.

Des travaux européens confirment que la disponibilité des jeux de hasard et d'argent est bel et bien un facteur de risque. Ainsi, en Suisse, pays qui n'applique pas la loi de la même façon sur l'ensemble de son territoire national, la prévalence des problèmes de jeu est plus importante chez les jeunes des cantons francophones, zone géographique où la densité de casinos est la plus forte (Luder et coll., 2010). Une revue récente de littérature indiquait chez les adultes des taux de prévalence des troubles liés à la pratique des jeux de hasard et d'argent variables d'un pays à l'autre, de 0,2 % en Norvège à 5,3 % à Hong

Kong (Hodgins et coll., 2011). De tels écarts peuvent certes s'expliquer par des méthodologies d'étude différentes, liées par exemple au choix des instruments d'évaluation ou de la période de référence des troubles, mais aussi par une accessibilité et une disponibilité des jeux de hasard et d'argent tout à fait disparates. Le lien entre les possibilités de jouer et le nombre de joueurs problématiques a été établi depuis longtemps, au travers d'enquêtes épidémiologiques répétées (Ladouceur et coll., 1999 ; Raylu et Oei, 2002 ; Welte et coll., 2004). Dans ce contexte, Internet constitue un facteur de risque de jeu problématique de par la facilité d'accès aux jeux de hasard et d'argent qu'il procure.

D'autres facteurs contextuels, non spécifiques des adolescents et moins évalués, peuvent aussi être considérés comme des facteurs de risque de développer une pratique problématique des jeux de hasard et d'argent. On citera ainsi la possibilité de payer ses jeux avec une carte de crédit ou la proximité d'un distributeur automatique de billets du lieu où se pratiquent les jeux de hasard et d'argent, ce qui facilite des dépenses plus importantes ; la possibilité de consommer de l'alcool lors d'une séquence de jeu, ce qui diminue l'inhibition et conduit à une pratique de jeu plus intense et plus risquée ; enfin les stratégies de marketing et la publicité, qui activent l'envie de jouer par conditionnement répondant (appelé aussi apprentissage Pavlovien) (Abbott, 2007).

Scolarité, activités extrascolaires

Une étude menée aux États-Unis et ayant évalué des sujets à 10 ans d'intervalle indiquait qu'avoir un bas niveau d'éducation augmentait le risque de développer des problèmes de jeu. L'éducation serait un facteur protecteur, dans la mesure où elle permettrait de développer des capacités d'analyse et de raisonnement particulièrement utiles pour garder de la distance vis-à-vis des distorsions cognitives spécifiques du jeu (Scherrer et coll., 2007). Ce facteur de risque était aussi identifié dans une grande enquête épidémiologique menée en Louisiane et dans l'Illinois (Cunningham-Williams et coll., 2005), et plus récemment dans une étude australienne portant sur de jeunes adultes (Hayatbakhsh et coll., 2012). Avoir de mauvaises performances scolaires semble être un facteur prédictif de troubles liés à la pratique des jeux de hasard et d'argent (Shead et coll., 2011a). À l'inverse, se sentir accepté et intégré dans son environnement scolaire serait un facteur de protection vis-à-vis des problèmes de jeu (Shead et coll., 2011a). Une étude brésilienne a indiqué qu'être déscolarisé au moment de l'évaluation était un facteur associé au jeu problématique/pathologique chez les adolescents âgés de 14 à 17 ans (Spritzer et coll., 2011).

Un autre facteur de risque de développer des problèmes de jeu, du moins chez les sujets de sexe masculin, est relatif à l'occupation du temps non-scolaire. Comparés aux adolescents qui n'ont pas de pratique des jeux de hasard et d'argent, ceux qui en ont une passent plus de temps devant les écrans (pour des activités de jeux vidéo, de TV ou d'Internet) (Chaumeton et coll., 2011). Disposer d'argent

est une variable associée à la pratique des jeux de hasard et d'argent, qu'elle soit problématique ou non, chez les très jeunes adultes (Hayatbakhsh et coll., 2012). Chez les adolescents, on constate le même risque : plus ils ont d'argent de poche, plus ils jouent et risquent d'avoir des problèmes de jeu (Forrest et McHale, 2012).

Influence du groupe de pairs et support social

L'apprentissage social est un élément essentiel pour rendre compte de l'apparition et du maintien de certains comportements. Ainsi, et de façon générale, avoir des apparentés ou surtout des amis joueurs est un facteur associé au fait de jouer soi-même (Apinuntavech et coll., 2012). À l'adolescence, l'influence du groupe de pairs est déterminante, d'autant plus que la pratique des jeux de hasard et d'argent est ressentie comme un loisir agréable, excitant, associé à des valeurs positives par les jeunes (Moore et Ohtsuka, 2000). Cette influence se fait sentir dans un second temps, après celle de la famille et des parents en particulier. Elle sera d'autant plus manifeste que les parents ne peuvent assurer une surveillance et un attachement de qualité (Magoon et Ingersoll, 2006). Dans un échantillon d'adolescents, les problèmes de jeu étaient associés à une sensibilité à la pression du groupe de pairs et au fait que les amis jouaient aussi (Langhinrichsen-Rohling et coll., 2004b). Une étude a indiqué que les adolescents vivant sans fratrie à la maison étaient plus à risque d'avoir une pratique des jeux de hasard et d'argent, problématique ou non, probablement liée à la recherche de compagnie en dehors du cercle familial (Forrest et McHale, 2012). Des pairs plus âgés (jeunes adultes en particulier) peuvent avoir une influence négative. Par exemple, appartenir à un club sportif pourrait contribuer à faciliter l'accès aux jeux de hasard et d'argent, puisque l'adolescent sera alors au contact avec des sujets plus âgés, ayant la possibilité d'engager des paris (Moore et Ohtsuka, 2000). Autre exemple, les petits boulots. Outre le fait qu'ils permettent d'obtenir un salaire, ils exposent l'adolescent au risque de fréquenter des adultes et d'adopter leurs comportements et habitudes, dont ceux de jouer (Casey et coll., 2011). Il ne s'agit évidemment pas de dire que pratiquer un sport dans un club ou avoir un petit boulot est dangereux et doit être évité, mais que l'encadrement de l'adolescent doit se faire aussi dans ces domaines-là.

Chez les adolescents, il a été montré qu'un certain nombre de difficultés psychosociales étaient associées à la pratique problématique des jeux de hasard et d'argent (Hardoon et coll., 2004), en particulier la perception d'un étayage familial et d'un support du groupe de pairs insuffisants.

Autres facteurs socioéconomiques et socioculturels

Il existe souvent une confusion de variables entre facteurs socioéconomiques et facteurs socioculturels. C'est dans les segments les plus défavorisés sur le plan socioéconomique que l'on retrouve les plus fortes proportions de sujets ayant des troubles liés à leur pratique des jeux de hasard et d'argent. Être

issu d'une famille défavorisée sur le plan économique est un facteur de risque d'avoir des problèmes de jeu pour les jeunes âgés de 11 à 15 ans (Forrest et McHale, 2012).

On peut cependant isoler l'effet de facteurs socioculturels, tels que les croyances religieuses ou spirituelles qui peuvent constituer soit un facteur de protection (caractère immoral du jeu) ou un facteur de risque (croyance à la chance, au destin ou aux pensées magiques). Des travaux ont ainsi indiqué que la religion et les valeurs morales avaient une influence protectrice (Casey et coll., 2011). Dans un pays à forte influence catholique comme le Brésil, ne pas accorder de l'importance à la religion est un facteur associé aux troubles liés à la pratique des jeux de hasard et d'argent chez les adolescents âgés de 14 à 17 ans (Spritzer et coll., 2011). L'effet généralement protecteur de la religion peut cependant être contrebalancé par les contingences économiques. Pour nombre de sujets, tenter sa chance en jouant représente un moyen d'améliorer sa situation financière, d'autant plus que les opportunités d'y parvenir autrement, en particulier par le travail, sont limitées. On observe ainsi une augmentation de la pratique des jeux de hasard et d'argent dans certains pays traditionnellement hostiles aux jeux de hasard et d'argent, comme ceux où la religion musulmane est prédominante, mais frappés par la crise économique depuis de nombreuses années (Raylu et Oei, 2004).

La pratique des jeux de hasard et d'argent est plus fréquente chez les adolescents dont les parents sont d'origine étrangère (Chaumeton et coll., 2011). Les études explorant les troubles liés à la pratique des jeux de hasard et d'argent chez les sujets d'un même pays, mais issus de communautés différentes, indiquent que les taux de prévalence sont plus élevés en cas d'appartenance à une minorité ethnique ou culturelle, qu'il s'agisse des chinois en Australie, des indiens, afro-américains, hispaniques et asiatiques sur le continent Nord-Américain ou encore des maoris en Nouvelle-Zélande (Raylu et Oei, 2004 ; Yip et coll., 2011). Dans l'étude menée en Grande-Bretagne auprès d'adolescents de 11 à 15 ans, le fait d'appartenir à un groupe ethnique asiatique était un facteur de risque de jeu problématique (Forrest et McHale, 2012). Ce phénomène pourrait s'expliquer par un statut socioéconomique souvent plus bas, par plus de chômage, par un usage plus important d'alcool, par des traumatismes liés à l'histoire... Des valeurs et croyances culturelles peuvent influencer l'attitude des individus vis-à-vis de la pratique des jeux de hasard et d'argent. Les auteurs évoquent par exemple l'acceptation culturelle de la pensée magique chez les indiens d'Amérique, qui permet aux croyances liées à la chance ou au destin de se généraliser à la pratique des jeux de hasard et d'argent. Ainsi, les chinois reconnaissent dans cette activité un mode de vie à part entière, expliquant sans doute leur forte participation dans les jeux de hasard et d'argent.

Effets néfastes sur la santé et dommages sociaux

Effets néfastes sur la santé à court et long terme

Les troubles liés à la pratique des jeux de hasard et d'argent sont associés à davantage d'usage de substances psychoactives, à la dépression ou la dysphorie et aux comportements agressifs chez les étudiants (Langhinrichsen-Rohling et coll., 2004a ; Yip et coll., 2011 ; Apinuntavech et coll., 2012 ; Martin et coll., 2013b).

On relève aussi, parmi les effets néfastes, des troubles du sommeil dans les suites de pertes financières dues au jeu et la perception d'un moins bon état de santé (Apinuntavech et coll., 2012). Dans une étude portant sur une population d'étudiants, ceux considérés comme des joueurs pathologiques probables (après la passation du questionnaire SOGS-RA) étaient aussi ceux qui rapportaient le plus de tentatives de suicide (Langhinrichsen-Rohling et coll., 2004b).

On peut aussi évoquer la honte et la culpabilité de jouer, les perturbations dans les relations sociales et au niveau du rythme de vie (Raisamo et coll., 2013).

Dommages individuels et sociaux

Scolarité

Les troubles liés à la pratique des jeux de hasard et d'argent sont associés à de moins bonnes performances académiques chez les étudiants (Yip et coll., 2011). La qualité du travail est altérée par les préoccupations liées au jeu et par les conséquences émotionnelles de la pratique en cas de pertes financières (Shead et coll., 2011a).

Délinquance

En soi, la pratique des jeux de hasard et d'argent est une activité illégale avant la majorité. Au-delà de cette transgression, qui pour la plupart des adolescents n'en est pas une, la banalisation de la pratique la faisant apparaître comme normale, le fait de jouer peut être associé à d'autres activités délictueuses. Ainsi, on peut citer les vols pour financer la pratique des jeux de hasard et d'argent, ce qui constituait un critère diagnostique du jeu pathologique dans le DSM-IV, mais aussi d'autres actes de délinquance (violation répétée des lois, bagarres, vandalisme), le comportement de jeu appartenant alors de façon plus générale au syndrome de comportements problématiques, avec la présence de traits de personnalité antisociale (Shead et

coll., 2011a). Il est difficile de préciser le sens du lien entre délinquance et jeu problématique/pathologique. Les vols commis pour financer la pratique des jeux de hasard et d'argent peuvent être considérés comme un dommage, mais peuvent aussi être favorisés par certains traits de personnalité, qui eux-mêmes sont des facteurs de risque de s'engager dans la pratique des jeux de hasard et d'argent.

Principaux outils actuels du repérage précoce en France et à l'étranger

Le rôle des parents dans ce repérage est essentiel. Nous l'avons vu précédemment, une surveillance attentive des adolescents, de leurs activités et de leurs fréquentations protège des risques de s'engager dans la pratique des jeux de hasard et d'argent et de perdre le contrôle (McComb et Sabiston, 2010). Il apparaît que la mère, plus que le père, est consciente de ce risque et impliquée dans les processus de surveillance et de réalisation de mesures de prévention de la pratique des jeux de hasard et d'argent pour leurs enfants (Shead et coll., 2011b). Compte-tenu de cette différence d'attitudes entre pères et mères, des auteurs recommandent d'adapter les programmes de prévention (approche plus générale pour les pères avec informations sur les risques de la pratique des jeux de hasard et d'argent à l'adolescence ; approche plus spécifique pour les mères, visant à mieux surveiller la pratique des jeux de hasard et d'argent de leurs adolescents, évaluer les éventuels problèmes apparaissant et solliciter l'aide la plus appropriée le cas échéant) (Shead et coll., 2011b).

Les parents ont un rôle déterminant dans l'émergence d'une pratique des jeux de hasard et d'argent et dans le développement de troubles liés à cette pratique. En tant que garants de l'éducation et du bien-être de leurs enfants et modèles dans le processus d'apprentissage social, ils doivent « donner l'exemple », être attentifs et pouvoir intervenir en cas de pratique du jeu et de perte de contrôle.

Les pairs ont aussi un rôle à jouer, de même que les enseignants. Malgré une bonne conscience que les adolescents jouent et que cette pratique peut être problématique, leurs enseignants perçoivent cette conduite comme la moins sévère affectant les adolescents, plaçant alors en tête l'usage de substances illicites et la violence à l'école (Derevensky et coll., 2013).

On peut aussi citer les intervenants de première ligne : médecins de famille, infirmières scolaires, éducateurs sportifs... Enfin, les distributeurs de jeu, en particulier ceux de la Française des jeux et du PMU, ont un rôle protecteur essentiel à tenir, en ne permettant pas la vente de jeux de hasard et d'argent à des mineurs et en mettant à disposition de leurs clients des outils d'information sur les jeux et les risques liés à leur pratique.

One item Screen for Problem Gambling¹¹⁸

Partant du constat que peu de joueurs problématiques sollicitaient de l'aide auprès des professionnels de santé, certains cliniciens ont souhaité développé un outil permettant aux acteurs de première ligne un dépistage rapide, afin d'adresser dans un second temps, les sujets à risque aux services spécialisés. Une question a été retenue (« Avez-vous déjà eu un problème avec votre pratique des jeux ? »), et testée en population générale lors d'une enquête téléphonique. L'instrument utilisé comme comparateur était l'Indice Canadien du Jeu Excessif (Ferris et Wynne, 2001). Les auteurs rapportaient un taux de faux positifs de 4 % et un taux de faux négatifs de 21 %, et concluaient que le *One item Screen for Problem Gambling* constituait un moyen fiable et rapide d'identifier les problèmes de jeu. À notre connaissance, les propriétés psychométriques de cet instrument n'ont pas été testées en population adolescente.

Lie/Bet Questionnaire¹¹⁹

Il s'agit d'un questionnaire à deux items, dérivés des critères diagnostiques de la section « jeu pathologique » du DSM-IV. La capacité de ce questionnaire à dépister les problèmes de jeu a été testée auprès de joueurs pathologiques et de sujets contrôles. Les questions posées (« Avez-vous déjà menti à votre famille ou vos amis à propos de l'argent que vous avez dépensé en jouant ? » et « Avez-vous déjà ressenti le besoin de miser toujours plus d'argent ? ») permettent un dépistage rapide, avec une sensibilité qui varie de 0,99 à 1 et une spécificité qui varie de 0,85 à 0,91 en fonction des études (Johnson et coll., 1997 et 1998). Une réponse positive suffit à faire évoquer des problèmes de jeu.

Une étude plus récente a testé la validité du *Lie/Bet Questionnaire* en population générale adulte (n=2 014) et adolescente (n=3 237). En conservant pour *cut off* au moins une réponse positive, le questionnaire avait une sensibilité et une spécificité élevées. Parmi les adultes et les adolescents, 0,54 % et 5,6 % respectivement étaient identifiés comme joueurs pathologiques probables ou joueurs à risque (Gotestam et coll., 2004). Une autre étude a confronté deux méthodes de dépistage/diagnostic des problèmes de jeu auprès d'une population d'adolescents âgés de 14 à 17 ans. Parmi les adolescents, 2,8 % étaient dépistés par le *Lie/Bet Questionnaire*, alors que 1,6 % étaient diagnostiqués par le DSM-IV-MR-J (décrit plus loin) (Spritzer et coll., 2011).

118. Thomas et coll., 2008

119. Johnson et coll., 1997

South Oaks Gambling Screen (SOGS)¹²⁰

Ce questionnaire comprend 16 questions (avec 37 items dont seuls 20 sont cotés), issues des critères diagnostiques de la section « jeu pathologique » du DSM-III. Un score compris entre 0 et 2/20 signe l'absence de problème de jeu, entre 3 et 4 le jeu problématique (ou jeu à risque, ou encore jeu pathologique possible), tandis qu'un score supérieur ou égal à 5 permet d'évoquer le jeu pathologique probable. Le SOGS a longtemps été considéré comme un outil de référence pour l'évaluation des problèmes de jeu. On peut cependant lui reprocher de ne pas comporter de période de référence, avec pour corollaire une surestimation des problèmes de jeu. Le sujet répond en effet en considérant « sa vie entière », alors que bien souvent il a pu résoudre ses difficultés au moment de l'évaluation. Des travaux ultérieurs viennent confirmer que le SOGS est intéressant en population clinique, mais peu approprié en population générale.

Il existe une version adaptée pour la population adolescente, le *South Oaks Gambling Screen Revised for Adolescents (SOGS-RA)* (Winters et coll., 1993), qui évalue les comportements de jeu et les problèmes liés au jeu sur la période des 12 derniers mois. Plus que sur les emprunts d'argent, l'accent est mis sur la fréquence du comportement de jeu et sur les indices comportementaux. Une analyse factorielle permettait la mise en évidence de deux dimensions : le contrôle sur la pratique des jeux de hasard et d'argent et les conséquences du jeu (Wiebe et coll., 2000). L'interprétation des scores n'est pas consensuelle : on recommandait initialement de conclure à une pratique problématique de jeu pour un score d'au moins 3 (Winters et coll., 1993), puis pour un score d'au moins 4, un score de 2-3 signant une pratique « à risque » (Winters et coll., 1995). Ladouceur et ses collaborateurs suggéraient de retenir le score-seuil d'au moins 5 comme déterminant le jeu pathologique probable (Ladouceur et coll., 2000a).

En population adolescente (631 sujets âgés de 15-17 ans), l'équipe de Ladouceur a comparé l'usage du SOGS-RA à celui d'un entretien clinique basé sur les critères diagnostiques du DSM-IV (Ladouceur et coll., 2005). Sur les 93 joueurs problématiques dépistés avec le SOGS-RA, le diagnostic de jeu pathologique n'a été confirmé que pour 7 sujets par l'entretien clinique. À l'instar du SOGS, la version adaptée pour les adolescents ne peut donc être considérée comme un instrument de diagnostic, dans la mesure où le nombre de faux positifs reste élevé.

Section « Jeu Pathologique » du DSM-IV¹²¹

Le jeu pathologique est répertorié dans le DSM à partir de sa 3^e édition, en 1980. On assiste depuis lors à une évolution des critères, avec en particulier

120. Lesieur et Blume, 1987

121. APA, 1980 et 1994 ; Stinchfield, 2003

l'apparition d'items faisant directement référence au concept de dépendance d'un point de vue pharmacologique (critères évoquant le sevrage et la tolérance). Parmi les 10 critères proposés (voir *supra* : tableau 12.1), la présence d'au moins 5 est nécessaire pour affirmer le diagnostic de jeu pathologique, tandis que la présence de 3 ou 4 suffit à parler de jeu à risque ou de jeu problématique.

Il existe également une version adaptée pour les adolescents, appelée « DSM-IV *Adapted for Juveniles* » (DSM-IV-J). Douze questions couvrent 9 domaines du jeu pathologique (préoccupation, tolérance, sevrage et perte de contrôle, fuite, jouer pour se refaire, mensonge et supercherie, actes délictueux, ruptures familiales et scolaires, problèmes financiers). Les questions sont adaptées à l'âge : par exemple, argent détourné du déjeuner à l'école ou du transport scolaire. Un score supérieur ou égal à 4 indique le jeu pathologique probable (Fisher, 1992).

Le DSM-IV *Multiple Response-Juvenile* (DSM-IV-MR-J) a été proposé pour une utilisation en population non clinique, permettant d'apprécier plus précisément la sévérité du problème : au lieu de réponses binaires, plusieurs options sont offertes pour chacun des 9 domaines explorés. Un score au moins égal à 4 indique le jeu pathologique probable (Fisher, 2000).

Indice Canadien du Jeu Excessif (ICJE)¹²²

L'Indice Canadien du Jeu Excessif (ICJE) (ou *Canadian Problem Gambling Index*, CPGI) a été construit pour un usage lors d'études épidémiologiques menées en population générale, de façon à refléter le contexte social et environnemental de la pratique des jeux de hasard et d'argent. Ainsi, sur un ensemble de 31 items, neuf peuvent être cotés pour obtenir le taux de prévalence du jeu excessif, tandis que les autres sont considérés comme des indicateurs associés à la pratique du jeu (types de jeux, fréquence de la pratique, dépenses occasionnées) et des corrélats (par exemple : « a joué sous l'effet de l'alcool ou de drogues », « a joué pour fuir quelque chose de douloureux », « se rappelle avoir gagné une grosse somme d'argent ») (Ferris et Wynne, 2001). L'analyse factorielle indiquait qu'il n'existait qu'une seule dimension fondamentale, « le jeu excessif ». Les 9 items cotés possèdent 4 niveaux de réponse pour chaque question (0 : jamais ; 1 : parfois ; 2 : la plupart du temps ; 3 : presque toujours). Le score se calcule en additionnant les points obtenus à chaque question. Un score de 0 signifie l'absence de problème de jeu, un score de 1-2 signifie des habitudes de jeu à faible risque, qui semblent avoir peu de conséquences négatives, un score de 3-7 signifie des habitudes de jeu à risque modéré, qui ont certaines conséquences négatives, et un score supérieur ou

122. Ferris et Wynne, 2001

égal à 8 signifie le jeu problématique, qui a des conséquences négatives et peut être hors de contrôle. En raison de sa relative nouveauté, il existe encore peu de travaux sur l'ICJE. Il est, pour certains auteurs, l'instrument le plus adapté aux études épidémiologiques (Young et Stevens, 2008). Sa capacité à discriminer les problèmes de jeu le situe entre le DSM-IV d'une part, et le SOGS d'autre part. L'ICJE a déjà été utilisé en population adolescente (Huang et Boyer, 2007).

Massachusetts Adolescent Gambling Screen (MAGS)¹²³

Développé pour évaluer les problèmes de jeu actuels ou passés, chez les adolescents en population générale, il s'agit d'un questionnaire à 26 items évaluant les problèmes biologiques, psychologiques et sociaux présents chez les adolescents en cas de problèmes de jeu. Il est constitué de 2 sous-échelles, la sous-échelle « DSM-IV » comportant 12 questions basées sur les critères du DSM-IV, et la sous-échelle « MAGS » comportant 14 questions sur le comportement de jeu.

Les mêmes auteurs ont proposé une version à 7 items (MAGS-7), qui présente l'avantage d'être brève et de correspondre aux critères diagnostiques du DSM-IV. Le score total est dérivé d'une combinaison linéaire des 7 items, chacun multiplié par un « poids » relatif. On parle de jeu à risque lorsque le score est compris entre 0 et 2 et de jeu problématique ou pathologique probable lorsqu'il est supérieur à 2.

Une étude menée chez 1 735 étudiants âgés en moyenne de 16,5 ans, a comparé l'utilisation du MAGS-7 par rapport à un instrument de référence (SOGS-RA) (Langhinrichsen-Rohling et coll., 2004b). La prévalence des problèmes de jeu, évalués par le SOGS-RA, variait en fonction du score-seuil retenu (8,2 % si ≥ 3 ; 4,8 % si ≥ 4 et 2,9 % si ≥ 5). Le taux de prévalence de 4,8 % est celui qui se rapprochait le plus des données de la littérature sur le sujet. La prévalence des problèmes de jeu, évalués par le MAGS-7, était de 1,7 %. La concordance entre les deux instruments était très bonne pour confirmer l'absence de problèmes (82,2 % des sujets identifiés par les 2 instruments), mais mauvaise pour repérer les problèmes de jeu (seuls 28,2 % des sujets étaient identifiés par les 2 instruments comme étant des joueurs à risque ou problématiques).

Canadian Adolescent Gambling Inventory (CAGI)¹²⁴

Il s'agit de l'instrument le plus récent, conçu pour les adolescents et non dérivé d'une version pour l'adulte. Son but est de mesurer les problèmes de jeu

123. Shaffer et coll., 1994

124. Wiebe et coll., 2005 ; Wiebe et coll., 2008 ; Tremblay et coll., 2010.

spécifiques des adolescents, de façon dimensionnelle et non pas catégorielle (Stinchfield, 2011).

Il s'agit d'un auto-questionnaire comportant 45 items et 4 niveaux de réponse par item, avec une partie portant sur la pratique des jeux de hasard et d'argent en elle-même (type de jeu, fréquence de jeu, temps passé à jouer, argent dépensé en jouant) et une autre évaluant la sévérité des troubles liés à la pratique (avec 9 items). Les 5 dimensions explorées sont : la sévérité du problème de jeu, les conséquences psychologiques, les conséquences sociales, les conséquences financières et la perte de contrôle. La période de référence concerne les trois derniers mois.

Il est disponible en version anglaise et française. La stabilité de l'outil dans le temps est bonne, voire excellente, de même que la consistance interne. En utilisant les critères du DSM-IV comme *gold standard*, la sous-échelle « sévérité du problème de jeu » a une sensibilité de 0,96 et une spécificité de 0,89.

Pour conclure, une revue de littérature a indiqué que le SOGS et le DSM-IV-J ou DSM-IV-MR-J sont les instruments les plus utilisés dans les études portant sur la pratique des jeux de hasard et d'argent chez les adolescents (Blinn-Pike et coll., 2010).

Quelles interventions : du repérage précoce aux soins

Dans de nombreux pays, les recommandations adressées aux autorités de santé insistent sur l'intérêt d'adopter des stratégies de réduction des risques et de diminuer les dommages de la pratique des jeux pour l'individu, sa famille et la société, plutôt que de préconiser la prohibition, non réaliste (Korn, 2000). Rappelons que la pratique des jeux de hasard et d'argent n'est pas légale avant 18 ans, mais existe, de fait.

On parle de façon globale de « réduction des risques » pour aborder la question de la prévention des risques et de la réduction des dommages. La réduction des risques concourt à la promotion de la santé et s'inscrit dans un continuum qui va de la prévention aux soins. Elle vise à aider le sujet à mettre en œuvre des stratégies ayant pour objectif de subir le moins de dommages possibles, avec ou sans poursuite de sa pratique addictive, après qu'il ait fait la balance entre les bénéfices dont il peut jouir en continuant de jouer et les risques auxquels il s'expose (ANPAA, 2012).

Dans de nombreux pays, les taux de prévalence des troubles liés à la pratique des jeux sont plus élevés chez les adolescents par rapport aux adultes, et pourtant les jeunes sont une minorité à chercher de l'aide, témoignant en partie du caractère inadapté des soins traditionnels pour cette population vulnérable (Hardoon et coll., 2003). La plupart des auteurs recommandent

une approche pas à pas, en prodiguant les soins les moins intensifs en première intention, en intensifiant l'offre de soins uniquement pour ceux qui le justifient.

Nécessité d'une prise en charge adaptée

Un article de synthèse récent (Stea et Hodgins, 2011) identifie et analyse la place de chaque stratégie de soins chez l'adulte. Il n'en existe pas encore d'équivalent pour l'adolescent. Nous présenterons donc les interventions concernant les adultes, en soulignant quand elles ont été étudiées, voire validées, chez l'adolescent.

Le traitement du joueur pathologique repose avant tout sur les approches psychothérapeutiques (Blaszczynski et Nower, 2002). Elles constituent les premières modalités de prise en charge décrites, et celles qui occupent encore la première place dans les recommandations émises par les spécialistes du domaine (Korn et Shaffer, 2004).

De l'approche psychanalytique à l'approche cognitive, le panel des interventions est large. Des revues de littérature récentes ont décrit les différentes approches, et des travaux étayent leur efficacité (Hodgins et coll., 2011 ; Stea et Hodgins, 2011). Tenant compte tant de l'hétérogénéité clinique et des trajectoires de jeu, de l'ensemble des facteurs de risque du jeu pathologique et de la diversité des modèles théoriques du trouble, l'approche sera intégrative, reposant sur plusieurs types d'interventions concertées (Blaszczynski et Nower, 2002).

À cette étape, il est essentiel de s'interroger sur l'objectif de soins. Comme pour les autres conduites addictives, cet objectif a longtemps été, chez l'adulte, celui d'atteindre l'abstinence, puis de la maintenir. Un nouveau paradigme apparaît au début des années 2000 : celui d'un objectif thérapeutique intermédiaire avec la réduction de la pratique des jeux de hasard et d'argent, qui permet de réduire les dommages.

Selon Ladouceur, le faible taux de joueurs pathologiques réclamant des soins, et à l'inverse le taux élevé de joueurs pathologiques les abandonnant prématurément, pourraient s'expliquer par le dogme de l'abstinence. Ladouceur préconise de laisser les sujets expérimenter la possibilité du contrôle de la pratique, ce qui permettrait d'attirer vers les soins des joueurs pathologiques peu convaincus de leur capacité à obtenir une abstinence complète. Parvenir au contrôle de la pratique augmenterait le sentiment d'efficacité personnelle. À l'inverse, les sujets échouant, mais ayant tenté cette expérience du contrôle, adhèreraient plus facilement dans un second temps à un objectif d'abstinence. Cette stratégie permet une amélioration globale de la qualité de vie (Ladouceur, 2005).

De quoi parle-t-on lorsque l'on vise la réduction de la pratique des jeux de hasard et d'argent ? Il s'agit de la réduction, mais pas de l'élimination du comportement de jeu, concernant trois de ses aspects : la fréquence de jeu, le temps passé à jouer et l'argent dépensé en jouant. Plusieurs essais attestent d'une part que cet objectif de soins est réaliste et, d'autre part, qu'il permet une réelle amélioration de la qualité de vie du joueur problématique/pathologique (Blaszczynski et coll., 1991 ; Robson et coll., 2002 ; Dowling et coll., 2009 ; Ladouceur et coll., 2009 ; Slutske et coll., 2010). Il convient juste de bien repérer les sujets les plus accessibles à cet objectif et de proposer les mesures thérapeutiques appropriées.

La question de l'objectif de soins est d'autant plus importante chez l'adolescent que celui-ci est peu demandeur de soins : davantage que l'adulte, il a tendance à sous-estimer la sévérité de ses problèmes, à penser qu'il pourra les contrôler seul, à croire qu'ils pourront se résoudre spontanément, à se sentir à la fois invulnérable et coupable, enfin à avoir une perception négative des soins et de toute modalité de psychothérapie (Hardoon et coll., 2003). Il est alors important de fixer avec lui des objectifs minimalistes mais réalistes, qui seront réévalués de façon rapprochée (Derevensky et coll., 2011).

Thérapies « *on-line* » ou « *e-thérapies* »

On assiste depuis une dizaine d'années au développement, dans le champ des conduites addictives, de la thérapie *online* ou e-thérapie. Plus qu'un type de thérapie, il s'agit d'une modalité, nouvelle, en plein essor et attractive pour des patients accédant difficilement aux soins. Le *medium* Internet assure un parfait anonymat, qui n'est pas pour déplaire aux sujets souffrant d'une timidité malade, d'une fragilité narcissique ou simplement honteux de leur conduite addictive. Il paraît moins effrayant et intimidant, puisqu'il permet d'éviter une confrontation directe avec les autres (Gainsbury, 2011). Il annule surtout les distances et rapproche virtuellement le patient de son thérapeute. En résumé, Internet fait tomber les barrières entre un sujet en souffrance et des possibilités d'aide. Une étude conclut aussi qu'Internet est une façon de trouver de l'aide pour résoudre ses problèmes personnels (Gainsbury, 2011). Il semble cependant que les interventions par Internet (conseils) aient moins d'impact que celles menées par téléphone, qui génèrent une meilleure alliance thérapeutique et une moindre résistance (Gainsbury, 2011).

Les travaux évaluant leur intérêt sont encore peu nombreux en matière de jeu problématique/pathologique (Gainsbury et Blaszczynski, 2011), mais le support thérapeutique en ligne est perçu par les adolescents et jeunes adultes comme utile et acceptable et a fait la preuve de son efficacité pour réduire la consommation de tabac et les alcoolisations massives.

Il semble pertinent de développer ce type d'intervention pour permettre aux jeunes de prendre conscience de leurs problèmes de jeu et de parvenir

à un meilleur contrôle de la pratique, et ainsi de diminuer les dommages (Monaghan et Wood, 2010). Des programmes de thérapie en ligne pour les adultes présentant des troubles liés à leur pratique des jeux de hasard et d'argent existent en Australie, en Nouvelle-Zélande, au Canada, en Finlande, en Norvège, en Suède, en Allemagne et en Grande-Bretagne. Les résultats de ces programmes sont positifs, même si nous n'avons pas beaucoup de recul pour en juger (Gainsbury, 2011).

Auto-support, interventions brèves, entretiens motivationnels

Il s'agit des interventions requérant le moins de ressources soignantes, pouvant se dérouler en une seule session, ou encore sous forme de groupes d'auto-support. On y inclut les « *Self-help treatments* ». Ces différentes interventions s'appuient sur des approches comportementales et/ou cognitives et sur les thérapies brèves (approches solutionnistes, qui visent à s'appuyer sur les ressources du patient pour répondre de manière appropriée aux situations qu'il rencontre ; entretiens motivationnels, qui visent à augmenter la motivation intrinsèque du patient pour qu'il mette en œuvre un changement) (Stea et Hodgins, 2011).

Auto-support (« Self-help treatments »)

Sous forme de manuels, de support audio ou vidéo et utilisant le *medium* Internet, les « *Self-help treatments* » s'adressent particulièrement aux joueurs problématiques/pathologiques qui ont du mal à accéder aux soins pour les motifs évoqués précédemment ou qui ne justifient pas de soins plus étayés en raison d'une moindre sévérité de leurs problèmes (Raylu et coll., 2008).

Les « *Self-help treatments* » ont donné lieu à peu de travaux à ce jour. L'étude menée par Labrie et ses collaborateurs constitue en ce sens un travail intéressant puisqu'il fait la démonstration de l'efficacité d'une mesure simple (sous forme d'une « boîte à outils » en version papier, pouvant être accompagnée d'un guide d'utilisation). Lors d'une évaluation réalisée à court terme, les outils mis à disposition des joueurs problématiques/pathologiques leur permettaient de s'abstenir de jouer (Labrie et coll., 2012).

Repérage précoce-intervention brève (RPIB)

Le RPIB existe surtout dans le champ des troubles liés à l'usage d'alcool, mais son principe peut être étendu aux troubles liés à la pratique des jeux de hasard et d'argent. Il s'adresse de façon large aux sujets à risque de présenter une pratique excessive des jeux de hasard et d'argent et doit être réalisé par les acteurs de santé de première ligne, en particulier les médecins généralistes. Ces derniers doivent être alertés, face à un patient adulte, par des plaintes telles que

des céphalées, des troubles du sommeil, des symptômes dépressifs ou anxieux et interroger les patients sur leur pratique des jeux de hasard et d'argent. Chez l'adolescent, les signes d'alerte peuvent être les mêmes, mais aussi concerner la chute des résultats scolaires.

Un outil de dépistage des problèmes de jeu pourra alors être utilisé (par exemple le *Lie/Bet Questionnaire* de Johnson et coll., 1997). En cas de dépistage, on peut suivre les étapes de l'intervention brève, synthétisées par l'acronyme FRAMES (tableau 12.IV).

Tableau 12.IV : Étapes de l'intervention brève

-
1. Restituer les résultats du test de repérage au patient (ou *Feed-back*)
 2. Responsabiliser (le changement de comportement appartient au patient, non au thérapeute)
 3. Donner un conseil de modération (ou *Advice*)
 4. Évoquer avec le patient les modifications possibles de sa pratique des jeux de hasard et d'argent (ou *Menu*)
 5. User de bienveillance, ne pas juger (ou *Empathy*)
 6. Laisser le patient acteur de son changement et l'encourager dans ce sens (ou *Self-efficacy*)
-

Encore très peu développé en France en matière de jeu, le RPIB a donné lieu à quelques travaux chez l'adulte, à l'étranger, qui attestent de son intérêt (Robson et coll., 2002 ; Tolchard et coll., 2007 ; Petry et coll., 2008). Si son but n'est pas d'arrêter la pratique excessive des jeux de hasard et d'argent, le RPIB permet néanmoins de réduire les sommes d'argent perdues, le temps passé à jouer et la fréquence de jeu.

Chez l'adolescent, l'intervention brève a montré son efficacité par rapport à l'absence d'intervention et elle est souvent plus efficace qu'une intervention plus longue. Une étude menée auprès d'adolescents joueurs problématiques concluait aussi qu'une intervention brève de 10 minutes, comparée à une absence d'intervention, produisait un effet significatif, avec une diminution de la sévérité des problèmes de jeu et une diminution de la fréquence de jeu et du montant des sommes mises 9 mois après (Petry et coll., 2009).

Entretiens motivationnels

Méthode de communication directive, centrée sur la personne, les entretiens motivationnels visent au changement de comportement par l'exploration et la résolution de l'ambivalence du sujet. Il s'agit d'outils ayant montré des résultats prometteurs dans les autres formes d'addictions.

En matière de pratique des jeux de hasard et d'argent, les entretiens motivationnels servent le plus souvent d'amorce à des thérapies plus structurées et longues, afin d'en améliorer l'efficacité et d'augmenter le taux de rétention (Whelam et coll.,

2007). De plus, leur efficacité propre a été testée en les comparant à différentes formes de prises en charge. Un essai a ainsi conclu que 4 sessions d'entretiens motivationnels étaient aussi efficaces que 8 sessions de thérapie cognitivo-comportementale (TCC) en groupe (Carlbring et coll., 2010). Le nombre d'entretiens motivationnels proposés dans les essais varie, et il semble même qu'un seul suffise à produire un effet bénéfique chez des sujets ayant une pratique des jeux de hasard et d'argent à risque modéré (Diskin et Hodgins, 2009).

Ce type d'intervention est particulièrement pertinent pour les adolescents ; il peut s'agir d'une seule intervention de 50 minutes, fondée sur l'approche motivationnelle et incluant des conseils personnalisés sur le comportement de jeu, une balance décisionnelle, la manière d'adapter la pratique des jeux de hasard et d'argent aux objectifs de vie personnels, ainsi qu'un plan d'action rempli avec l'intervenant (Petry et coll., 2009). Dans cette étude menée auprès d'adolescents joueurs problématiques, un seul entretien motivationnel était plus efficace qu'aucune intervention, et produisait 9 mois après une diminution significative de la sévérité des problèmes de jeu, de la fréquence de jeu et du montant des sommes mises. Les entretiens motivationnels peuvent être réalisés par téléphone (Hodgins et coll., 2004).

Gamblers Anonymous (G.A.)

Les groupes de G.A., très répandus et populaires dans les pays anglo-saxons, s'inspirent directement des principes spirituels et de la tradition des Alcooliques Anonymes. Le jeu pathologique est une maladie qui, selon ces principes, ne peut jamais guérir, seulement s'interrompre par une abstinence totale du joueur. Les groupes, qui suivent les 12 étapes, sont animés par des volontaires eux-mêmes anciens joueurs problématiques/pathologiques. Malgré leur popularité, on retrouve peu de travaux dans la littérature confirmant leur intérêt. Si les joueurs problématiques/pathologiques affiliés aux G.A. semblent mieux s'en sortir que les autres, cette modalité de prise en charge est cependant moins efficace que les TCC (Stea et Hodgins, 2011). Ces groupes seraient surtout intéressants pour les sujets ayant les formes de jeu problématique/pathologique les plus sévères et pour prévenir le risque de rechutes. En France, on dénombre très peu de groupes de G.A. Pour être utile aux adolescents, ce type de groupe doit être adapté : l'objectif d'abstinence prôné peut sembler inatteignable et être alors particulièrement dissuasif, de même que l'ambiance vécue parfois comme oppressante (Caillon et coll., 2012).

Approches psychanalytiques et psychodynamiques

Il s'agit de thérapies individuelles ou de groupe, au long cours, reposant sur le cadre psychanalytique ou sur les thérapies psychodynamiques plus récemment

développées. En réponse aux théories psychanalytiques du jeu pathologique, leur but est de résoudre les conflits inconscients et de réduire la pratique des jeux de hasard et d'argent en augmentant les capacités d'introspection (« *insight* »). Elles ne découlent pas de recommandations ou de protocoles de soins ou de manuels codifiés et n'ont pas donné lieu à des études contrôlées permettant de conclure de façon scientifique à leur efficacité (Stea et Hodgins, 2011).

Thérapies comportementales et/ou cognitives (TCC)

Elles s'appuient sur les théories comportementales, cognitives et socio-cognitives du jeu pathologique, qui conceptualisent le trouble comme un comportement appris selon les différents modèles d'apprentissage (opérant, répondant et social), se reproduisant en raison de l'apparition de différents renforcements (renforcements positifs : plaisir, excitation, espoir de gain, relations sociales et renforcements négatifs : disparition des émotions négatives, de l'ennui, recherche d'une dissociation), et du développement de distorsions cognitives liées au jeu (superstitions, illusion de contrôle, biais d'interprétations...). Utilisées exclusivement ou conjointement, les thérapies comportementales et cognitives reposent sur les techniques usuelles dans ce type d'approches. Au fil du temps, les thérapies comportementales se sont enrichies d'une approche cognitive, plus ou moins centrées sur les distorsions cognitives liées au jeu. L'objectif premier des TCC est d'augmenter la conscience du joueur à propos de ses pensées et du lien entre ses pensées, ses émotions et ses comportements. Elles se focalisent essentiellement sur la reconnaissance des distorsions cognitives spécifiques et sur leur correction, sur le renforcement des comportements non liés au jeu et sur la prévention de la rechute. Le volet cognitif inclut la modification des croyances fondamentales et la restructuration cognitive, ainsi que les stratégies contribuant à faire face aux envies impérieuses de jouer, en particulier lors de l'exposition à des stimuli déclenchant le *craving*, et aux émotions négatives. Le volet comportemental inclut les stratégies décrites précédemment (Stea et Hodgins, 2011). Depuis plus de 20 ans, des manuels codifiant les thérapies comportementales et/ou cognitives ont été publiés. Les plus usités sont ceux associant un volet comportemental et un volet cognitif (Ladouceur et coll., 2000b ; Petry, 2005 ; Raylu et Oei, 2010).

Il n'existe pas de protocoles de thérapie empiriquement validés chez les adolescents souffrant de jeu problématique/pathologique. Les quelques études publiées sont critiquables, compte-tenu de leur effectif insuffisant ou de faiblesses méthodologiques (Derevensky et coll., 2011).

Néanmoins, on peut retenir 5 composantes essentielles à développer : information générale sur les jeux de hasard et d'argent et leur pratique ; interventions cognitives et stratégiques ; entraînement à la résolution de problèmes ; prévention de la rechute ; entraînement aux compétences sociales (Ladouceur et coll., 1994).

Il est aussi essentiel d'analyser les séquences de jeu, d'aider l'adolescent à réduire progressivement le comportement de jeu dans sa fréquence et/ou sa durée, d'identifier les situations à risque pour adopter des comportements alternatifs (par exemple, avoir moins d'argent liquide sur soi), de comprendre les motivations du jeune joueur et les causes de son anxiété, de sa dépression ou de son stress de façon générale, d'évaluer et d'améliorer les stratégies de *coping*, de reconstruire des relations interpersonnelles plus saines, d'occuper les temps libres autrement qu'en jouant... (Derevensky et coll., 2011).

Thérapies familiales

Les dommages du jeu problématique/pathologique ne concernent pas que le joueur, mais aussi ceux qui l'entourent. La plupart des adolescents vivent encore chez leurs parents. Quelques approches familiales spécifiques ont été décrites : l'approche CRAFT (*Community Reinforcement and Family Training*) (Miller et coll., 1999) ou le programme de psycho-éducation ETAPPE, qui permet de diminuer la détresse psychologique des proches de joueurs problématiques/pathologiques (Buchner et coll., 2012). À l'heure actuelle, ces approches n'ont pas été évaluées.

Traitements médicamenteux

À ce jour, aucune molécule n'a obtenu d'autorisation de mise sur le marché en France ou ailleurs (Grant et coll., 2010a). Néanmoins, la recherche pharmacologique en matière de jeu pathologique existe depuis plus de 10 ans. Un article de synthèse très récent recensait 18 essais thérapeutiques menés en double aveugle et contre placebo, testant des molécules ayant aussi fait l'objet d'études dans le cadre des addictions à des substances psychoactives (Hodgins et coll., 2011). On retrouve ainsi des molécules déjà testées dans le vaste champ des addictions : les antagonistes des récepteurs opiacés (Kim et Grant, 2001 ; Kim et coll., 2001 ; Grant et coll., 2006, 2008 et 2010b), les antidépresseurs (Hollander et coll., 2000 ; Blanco et coll., 2002 ; Kim et coll., 2002 ; Grant et coll., 2003 ; Black, 2004 ; Saiz-Ruiz et coll., 2005), les thymorégulateurs (Pallanti et coll., 2002 ; Hollander et coll., 2005a ; Fong et coll., 2008) et les modulateurs glutamatergiques (Dannon et coll., 2005 ; Grant et coll., 2007 ; Zack et Poulos, 2009 ; Grant et coll., 2010a ; Berlin et coll., 2013). Dans l'ensemble, l'effet de ces molécules est supérieur à celui du placebo, même si l'effet est relativement faible, en raison probablement d'un effet placebo rapporté particulièrement fort (Hodgins et coll., 2011).

Ces essais présentent des biais, qui réduisent la portée des résultats : effectif insuffisant, période de suivi trop courte, critères d'exclusion trop restrictifs, taux de sujets placebo-répondeurs très élevé. L'efficacité des molécules est

globalement assez limitée, sauf celle des antagonistes des récepteurs opiacés. Par ailleurs, les modulateurs glutamatergiques semblent prometteurs. Tenant compte de l'hétérogénéité des profils cliniques des joueurs pathologiques, les recherches actuelles visent à définir la meilleure stratégie thérapeutique en fonction de caractéristiques particulières (Hollander et coll., 2005b ; Grant et Kim, 2006 ; Achab et Khazaal, 2011 ; Hodgins et coll., 2011). Enfin, l'efficacité comparée des approches médicamenteuses, psychothérapeutiques et conjointes mériterait d'être évaluée.

En conclusion, la première enquête évaluant les niveaux de pratique des jeux de hasard et d'argent chez les adolescents en France confirme que cette activité est largement répandue dans cette population et qu'elle peut entraîner des problèmes chez un certain nombre. Une dérive addictive de la pratique des jeux de hasard et d'argent survient lorsque les vulnérabilités individuelles et socio-environnementales interagissent. Il est important de pouvoir repérer les sujets les plus à risque et de dépister les troubles avant qu'ils ne s'installent durablement et entraînent des dommages. Des outils d'évaluation existent pour cela. Les interventions et modalités de soins seront adaptées à l'individu, en fonction de la sévérité de ses troubles et de sa singularité.

BIBLIOGRAPHIE

ABBOTT MW. Situational factors that affect gambling behavior. *In* : Research and Measurement Issues in Gambling Studies. SMITH G, HODGINS DC, WILLIAMS RJ (ed.) New York: Elsevier. 2007 : 251-278

ACHAB S, KHAZAAL Y. Psychopharmacological treatment in pathological gambling: a critical review. *Curr Pharm Des* 2011, **17**: 1389-1395

AFIFI TO, COX BJ, MARTENS PJ, SAREEN J, ENNS MW. Demographic and social variables associated with problem gambling among men and women in Canada. *Psychiatry Res* 2010, **178** : 395-400

ANPAA. RDR Alcool. Prévention des risques et réduction des dommages chez les consommateurs d'alcool. Commission des pratiques professionnelles. 2012, 66 p

APA (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd ed.). ASSOCIATION AP, editor. Washington DC, USA, 1980

APA (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). ASSOCIATION AP, editor. Washington DC, USA, 1994

APA (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition. ASSOCIATION AP, editor. Washington, DC, USA. 2013, 947 p

APINUNTAVECH S, VIWATWONGKASEM C, TIPAYAMONGKHOLGUL M, WICHADIT W, SANGTHONG R. Consequences and associated factors of youth gambling. *J Med Assoc Thai* 2012, **95** (Suppl 6) : S21-S29

AUGER N, LOE, CANTINOTTI M, O'LOUGHLIN J. Impulsivity and socio-economic status interact to increase the risk of gambling onset among youth. *Addiction* 2010, **105** : 2176-2183

BANDURA A. Social learning theory. New York: General Learning Press, 1977

BARNES GM, WELTE JW, HOFFMAN JH, TIDWELL MC. The co-occurrence of gambling with substance use and conduct disorder among youth in the United States. *Am J Addict* 2011, **20** : 166-173

BENHSAIN K, TAILLEFER A, LADOUCEUR R. Awareness of independence of events and erroneous perceptions while gambling. *Addictive Behaviors* 2004, **29** : 399-404

BERLIN HA, BRAUN A, SIMEON D, KORAN LM, POTENZA MN, et coll. A double-blind, placebo-controlled trial of topiramate for pathological gambling. *World J Biol Psychiatry* 2013, **14** : 121-128

BETANCOURT LM, BRODSKY NL, BROWN CA, MCKENNA KA, GIANNETTA JM, et coll. Is executive cognitive function associated with youth gambling? *J Gambl Stud* 2012, **28** : 225-238

BLACK DW. An open-label trial of bupropion in the treatment of pathologic gambling. *J Clin Psychopharmacol* 2004, **24** : 108-110

BLANCO C, PETKOVA E, IBANEZ A, SAIZ-RUIZ J. A pilot placebo-controlled study of flvoxamine for pathological gambling. *Ann Clin Psychiatry* 2002, **14** : 9-15

BLASZCZYNSKI A, MCCONAGHY N, FRANKOVA A. Control versus abstinence in the treatment of pathological gambling: a two to nine year follow-up. *Br J Addict* 1991, **86** : 299-306

BLASZCZYNSKI A, NOWER L. A pathways model of problem and pathological gambling. *Addiction* 2002, **97** : 487-499

BLINN-PIKE L, WORTHY SL, JONKMAN JN. Adolescent gambling: a review of an emerging field of research. *J Adolesc Health* 2010, **47** : 223-236

BOUJU G, GRALL-BRONNEC M, LANDREAT-GUILLOU M, VENISSE JL. Pathological gambling: risk factors. *Encephale* 2011, **37** : 322-331

BREEN RB, KRUEDELBACH NG, WALKER HI. Cognitive changes in pathological gamblers following a 28-day inpatient program. *Psychology of Addictive Behaviors* 2001, **15** : 246-248

BREYER JL, BOTZET AM, WINTERS KC, STINCHFIELD RD, AUGUST G, et coll. Young adult gambling behaviors and their relationship with the persistence of ADHD. *J Gambl Stud* 2009, **25** : 227-238

BRUNELLE N, LECLERC D, COUSINEAU MM, DUFOUR M, GENDRON A, et coll. Internet gambling, substance use, and delinquent behavior: an adolescent deviant behavior involvement pattern. *Psychol Addict Behav* 2012, **26** : 364-370

- BUCHNER G, ARNOLD M, KOYTEK A, GOLLRAD T, WORDAZ N. It's not only the gamblers who need help. A pilot study on a family training programme. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2012, **62** : 383-389
- BURGE AN, PIETRZAK RH, MOLINA CA, PETRY NM. Age of gambling initiation and severity of gambling and health problems among older adult problem gamblers. *Psychiatr Serv* 2004, **55** : 1437-1439
- BURGE AN, PIETRZAK RH, PETRY NM. Pre/early adolescent onset of gambling and psychosocial problems in treatment-seeking pathological gamblers. *J Gambl Stud* 2006, **22** : 263-274
- CAILLON J, GRALL-BRONNEC M, BOUJU G, LAGADEC M, VENISSE JL. Pathological gambling in adolescence. *Arch Pediatr* 2012, **19** : 173-179
- CARLBRING P, JONSSON J, JOSEPHSON H, FORSBERG L. Motivational interviewing versus cognitive behavioral group therapy in the treatment of problem and pathological gambling: a randomized controlled trial. *Cogn Behav Ther* 2010, **39** : 92-103
- CASEY DM, WILLIAMS RJ, MOSSIERE AM, SCHOPFLOCHER DP, EL-GUEBALY N, et coll. The role of family, religiosity, and behavior in adolescent gambling. *J Adolesc* 2011, **34** : 841-851
- CHAUMETON NR, RAMOWSKI SK, NYSTROM RJ. Correlates of gambling among eighth-grade boys and girls. *J Sch Health* 2011, **81** : 374-385
- COSTES J-M, POUSSET M, EROUKMANOFF V, LE NÉZET O, RICHARD J-B, et coll. Les niveaux et pratiques des jeux de hasard et d'argent en 2010. OFDT, *Tendances* n° 77, 2011 : 8 p.
- CRONCE JM, CORBIN WR, STEINBERG MA, POTENZA MN. Self-perception of gambling problems among adolescents identified as at-risk or problem gamblers. *J Gambl Stud* 2007, **23** : 363-375
- CUNNINGHAM-WILLIAMS RM, GRUCZA RA, COTTLER LB, WOMACK SB, BOOKS SJ, et coll. Prevalence and predictors of pathological gambling: results from the St. Louis personality, health and lifestyle (SLPHL) study. *J Psychiatr Res* 2005, **39** : 377-390
- CURRIE SR, HODGINS DC, WANG J, EL-GUEBALY N, WYNNE H, et coll. Risk of harm among gamblers in the general population as a function of level of participation in gambling activities. *Addiction* 2006, **101** : 570-580
- DANNON PN, LOWENGRUB K, GONOPOLSKI Y, MUSIN E, KOTLER M. Topiramate versus fluvoxamine in the treatment of pathological gambling: a randomized, blind-rater comparison study. *Clin Neuropharmacol* 2005, **28** : 6-10
- DELFABBRO P, THRUPP L. The social determinants of youth gambling in South Australian adolescents. *J Adolesc* 2003, **26** : 313-330
- DELFABBRO P, LAHN J, GRABOSKY P. Further evidence concerning the prevalence of adolescent gambling and problem gambling in Australia: a study of the ACT. *International Gambling Studies* 2005, **5** : 209-228
- DELFABBRO P, KING D, LAMBOS C, PUGLIES S. Is video-game playing a risk factor for pathological gambling in Australian adolescents? *J Gambl Stud* 2009, **25** : 391-405

DEREVENSKY JL, GUPTA R. Internet Gambling Amongst Adolescents: A Growing Concern. *Int J Ment Health Addiction* 2007, **5** : 93-101

DEREVENSKY JL, PRATT LM, HARDOON KK, GUPTA R. Gambling problems and features of Attention Deficit Hyperactivity Disorder among children and adolescents. *J Addict Med* 2007, **1** : 165-172

DEREVENSKY JL, TEMCHEFF CE, GUPTA R. Treatment of adolescent gambling problems: more art than science? In : *Youth Gambling The hidden addiction*. DEREVENSKY JL, SHEK DTL, MERRICK J (eds). Berlin/Boston: Walter de Gruyter. 2011, p 167-186

DEREVENSKY JL, ST-PIERRE RA, TEMCHEFF CE, GUPTA R. Teacher awareness and attitudes regarding adolescent risky behaviours: Is adolescent gambling perceived to be a problem? *J Gambl Stud* 2013 Feb 20. [Epub ahead of print]

DESAI RA, MACIEJEWSKI PK, PANTALON MV, POTENZA MN. Gender differences in adolescent gambling. *Annals of Clinical Psychiatry* 2005, **17** : 249-258

DISKIN KM, HODGINS DC. A randomized controlled trial of a single session motivational intervention for concerned gamblers. *Behav Res Ther* 2009, **47** : 382-388

DOWLING N, SMITH D, THOMAS T. A preliminary investigation of abstinence and controlled gambling as self-selected goals of treatment for female pathological gambling. *J Gambl Stud* 2009, **25** : 201-214

DUSSAULT F, BRENDGEN M, VITARO F, WANNER B, TREMBLAY RE. Longitudinal links between impulsivity, gambling problems and depressive symptoms: a transactional model from adolescence to early adulthood. *J Child Psychol Psychiatry* 2011, **52** : 130-138

ECHEBURUA E, GONZALEZ-ORTEGA I, DE CORRAL P, POLO-LOPEZ R. Clinical gender differences among adult pathological gamblers seeking treatment. *J Gambl Stud* 2011, **27** : 215-227

EMOND MS, MARMUREK HH. Gambling related cognitions mediate the association between thinking style and problem gambling severity. *J Gambl Stud* 2010, **26** : 257-267

FAREGH N, DEREVENSKY J. Gambling behavior among adolescents with attention deficit/hyperactivity disorder. *J Gambl Stud* 2011, **27** : 243-256

FELSHER JR, DEREVENSKY JL, GUPTA R. Young adults with gambling problems: the impact of childhood maltreatment. *Int J ment Health addiction* 2010, **8** : 545-556

FERRIS J, WYNNE H. The Canadian Problem Gambling Index: final report. Ottawa, ON: Canadian Centre on Substance Abuse, 2001

FISHER S. Developing the DSM-IV-TR criteria to identify adolescent problem gambling in non-clinical populations. *J Gambl Stud* 2000, **16** : 253-273

FISHER SE. Measuring pathological gambling in children: the case of fruit machines in the UK. *J Gambl Stud* 1992, **8** : 263-285

FONG T, KALECHSTEIN A, BERNHARD B, ROSENTHAL R, RUGLE L. A double-blind, placebo-controlled trial of olanzapine for the treatment of video poker pathological gamblers. *Pharmacol Biochem Behav* 2008, **89** : 298-303

- FORREST D, MCHALE IG. Gambling and problem gambling among young adolescents in Great Britain. *J Gambl Stud* 2012, **28** : 607-622
- GAINSBURY S. Seeking help online: a new approach for youth-specific gambling interventions. In : Youth Gambling The hidden addiction. DEREVENSKY JL, SHEK DTL, MERRICK J (editors). Berlin/Boston: Walter de Gruyter. 2011, p. 187-200
- GAINSBURY S, BLASZCZYNSKI A. A systematic review of Internet-based therapy for the treatment of addictions. *Clin Psychol Rev* 2011, **31** : 490-498
- GOTESTAM KG, JOHANSSON A, WENZEL HG, SIMONSEN IE. Validation of the lie/bet screen for pathological gambling on two normal population data sets. *Psychol Rep* 2004, **95** : 1009-1013
- GOUDRIAAN AE, SLUTSKE WS, KRULL JL, SHER KJ. Longitudinal patterns of gambling activities and associated risk factors in college students. *Addiction* 2009, **104** : 1219-1232
- GRALL-BRONNEC M. Le jeu pathologique. Comprendre, prévenir, traiter. Masson, Paris, 2012, 158 p.
- GRALL-BRONNEC M, WAINSTEIN L, AUGY J, BOUJU G, FEUILLET F, et coll. Attention Deficit Hyperactivity Disorder among Pathological and At-Risk Gamblers Seeking Treatment: A Hidden Disorder. *Eur Addict Res* 2011, **17** : 231-240
- GRANT JE, KIM SW. Medication management of pathological gambling. *Minn Med* 2006, **89** : 44-48
- GRANT JE, KIM SW, POTENZA MN, BLANCO C, IBANEZ A, et coll. Paroxetine treatment of pathological gambling: a multi-centre randomized controlled trial. *Int Clin Psychopharmacol* 2003, **18** : 243-249
- GRANT JE, POTENZA MN, HOLLANDER E, CUNNINGHAM-WILLIAMS R, NURMINEN T, et coll. Multicenter investigation of the opioid antagonist nalmefene in the treatment of pathological gambling. *Am J Psychiatry* 2006, **163** : 303-312
- GRANT JE, KIM SW, ODLAUG BL. N-acetyl cysteine, a glutamate-modulating agent, in the treatment of pathological gambling: a pilot study. *Biol Psychiatry* 2007, **62** : 652-657
- GRANT JE, KIM SW, HOLLANDER E, POTENZA MN. Predicting response to opiate antagonists and placebo in the treatment of pathological gambling. *Psychopharmacology (Berl)* 2008, **200** : 521-527
- GRANT JE, CHAMBERLAIN SR, ODLAUG BL, POTENZA MN, KIM SW. Memantine shows promise in reducing gambling severity and cognitive inflexibility in pathological gambling: a pilot study. *Psychopharmacology (Berl)* 2010a, **212** : 603-612
- GRANT JE, ODLAUG BL, POTENZA MN, HOLLANDER E, KIM SW. Nalmefene in the treatment of pathological gambling: multicentre, double-blind, placebo-controlled study. *Br J Psychiatry* 2010b, **197** : 330-331
- GROEN Y, GAASTRA GF, LEWIS-EVANS B, TUCHA O. Risky behavior in gambling tasks in individuals with ADHD - a systematic literature review. *PLoS One* 2013, **8** : e74909

GUPTA R, DEREVENSKY J. Familial and social influences on juvenile gambling behavior. *J Gambl Stud* 1997, **13** : 179-192

GUPTA R, DEREVENSKY JL. Adolescent Gambling Behavior: A Prevalence Study and Examination of the Correlates Associated with Problem Gambling. *J Gambl Stud* 1998, **14** : 319-345

GUPTA R, DEREVENSKY J. An examination of the Differential Coping Styles of Adolescents with Gambling Problems. Toronto, Ontario, 2001

GUPTA R, NOWER L, DEREVENSKY JL, BLASZCZYNSKI A, FAREGH N, et coll. Problem gambling in adolescents: an examination of the pathways model. *J Gambl Stud* 2013, **29** : 575-588

HARDOON K, DEREVENSKY JL, GUPTA R. Empirical measures vs. perceived gambling severity among youth: why adolescent problem gamblers fail to seek treatment. *Addict Behav* 2003, **28** : 933-946

HARDOON KK, GUPTA R, DEREVENSKY JL. Psychosocial variables associated with adolescent gambling. *Psychol Addict Behav* 2004, **18** : 170-179

HAYATBAKHSH MR, CLAVARINO A, WILLIAMS GM, BOR W, NAJMAN JM. Young adults' gambling and its association with mental health and substance use problems. *Aust N Z J Public Health* 2012, **36** : 160-166

HODGINS DC, CURRIE S, EL-GUEBALY N, PEDEN N. Brief motivational treatment for problem gambling: a 24-month follow-up. *Psychol Addict Behav* 2004, **18** : 293-296

HODGINS DC, STEA JN, GRANT JE. Gambling disorders. *Lancet* 2011, **378** : 1874-1884

HOLLANDER E, DECARIA CM, FINKELL JN, BEGAZ T, WONG CM, et coll. A randomized double-blind fluvoxamine/placebo crossover trial in pathologic gambling. *Biol Psychiatry* 2000, **47** : 813-817

HOLLANDER E, PALLANTI S, ALLEN A, SOOD E, BALDINI ROSSI N. Does sustained-release lithium reduce impulsive gambling and affective instability versus placebo in pathological gamblers with bipolar spectrum disorders? *Am J Psychiatry* 2005a, **162** : 137-145

HOLLANDER E, SOOD E, PALLANTI S, BALDINI-ROSSI N, BAKER B. Pharmacological treatments of pathological gambling. *J Gambl Stud* 2005b, **21** : 99-110

HUANG JH, BOYER R. Epidemiology of youth gambling problem in canada: a national prevalence study. *Can J Psychiatry* 2007, **52** : 657-665

HUANG JH, JACOBS DE, DEREVENSKY JL, GUPTA R, PASKUS TS. Gambling and health risk behaviors among U.S. college student-athletes: findings from a national study. *J Adolesc Health* 2007, **40** : 390-397

INSERM. Jeux de hasard et d'argent. Contextes et addictions. Collection Expertise collective, Les éditions Inserm, 2008, 479 p.

JACOBS DE. Juvenile gambling in North America: an analysis of long term trends and future prospects. *Journal of Gambling Studies* 2000, **16** : 119-152

JOHNSON EE, HAMER R, NORA RM, TAN B, EISENSTEIN N, et coll. The Lie/Bet Questionnaire for screening pathological gamblers. *Psychol Rep* 1997, **80** : 83-88

- JOHNSON EE, HAMER RM, NORA RM. The Lie/Bet Questionnaire for screening pathological gamblers: a follow-up study. *Psychol Rep* 1998, **83** : 1219-1224
- KIM SW, GRANT JE. An open naltrexone treatment study in pathological gambling disorder. *Int Clin Psychopharmacol* 2001, **16** : 285-289
- KIM SW, GRANT JE, ADSON DE, SHIN YC. Double-blind naltrexone and placebo comparison study in the treatment of pathological gambling. *Biol Psychiatry* 2001, **49** : 914-921
- KIM SW, GRANT JE, ADSON DE, SHIN YC, ZANINELLI R. A double-blind placebo-controlled study of the efficacy and safety of paroxetine in the treatment of pathological gambling. *J Clin Psychiatry* 2002, **63** : 501-507
- KORN DA. Expansion of gambling in Canada: implications for health and social policy. *Canadian Medical Association Journal* 2000, **163** : 61-64
- KORN DA, SHAFFER HJ. Practice Guidelines for Treating Gambling-Related Problems. An Evidence-Based Treatment Guide for Clinicians. Toronto: Massachusetts Council on Compulsive Gambling, 2004
- KUNDU PV, PILVER CE, DESAI RA, STEINBERG MA, RUGLE L, et coll. Gambling-related attitudes and behaviors in adolescents having received instant (scratch) lottery tickets as gifts. *J Adolesc Health* 2013, **52** : 456-464
- LABRIE RA, PELLER AJ, LAPLANTE DA, BERNHARD B, HARPER A, et coll. A brief self-help toolkit intervention for gambling problems: a randomized multisite trial. *Am J Orthopsychiatry* 2012, **82** : 278-289
- LADOUCEUR R. Perceptions among pathological and nonpathological gamblers. *Addictive Behaviors* 2004, **29** : 555-565
- LADOUCEUR R. Controlled gambling for pathological gamblers. *J Gambl Stud* 2005, **21** : 49-59
- LADOUCEUR R, BOISVERT JM, DUMONT J. Cognitive-behavioral treatment for adolescent pathological gamblers. *Behav Modif* 1994, **18** : 230-242
- LADOUCEUR R, JACQUES C, FERLAND F, GIROUX I. Prevalence of problem gambling: a replication study 7 years later. *Can J Psychiatry* 1999, **44** : 802-804
- LADOUCEUR R, BOUCHARD C, RHEAUME N, JACQUES C, FERLAND F, et coll. Is the SOGS an accurate measure of pathological gambling among children, adolescents and adults? *J Gambl Stud* 2000a, **16** : 1-24
- LADOUCEUR R, BOUTIN C, DOUCET C, LACHANCE S, SYLVAIN C. Programme d'évaluation et de traitement des joueurs excessifs. Laval: Centre québécois d'excellence pour la prévention et le traitement du jeu, 2000b
- LADOUCEUR R, SYLVAIN C, BOUTIN C. Le jeu pathologique. *Revue Québécoise de Psychologie* 2000c, **21**: 21-35
- LADOUCEUR R, FERLAND F, POULIN C, VITARO F, WIEBE J. Concordance between the SOGS-RA and the DSM-IV criteria for pathological gambling among youth. *Psychol Addict Behav* 2005, **19** : 271-276

LADOUCEUR R, LACHANCE S, FOURNIER PM. Is control a viable goal in the treatment of pathological gambling? *Behav Res Ther* 2009, **47** : 189-197

LANGHINRICHSSEN-ROHLING J, ROHDE P, SEELEY JR, ROHLING ML. Individual, family, and peer correlates of adolescent gambling. *J Gambl Stud* 2004a, **20** : 23-46

LANGHINRICHSSEN-ROHLING J, ROHLING ML, ROHDE P, SEELEY JR. The SOGS-RA vs. the MAGS-7: prevalence estimates and classification congruence. *J Gambl Stud* 2004b, **20** : 259-281

LEE GP, STORR CL, IALONGO NS, MARTINS SS. Compounded effect of early adolescence depressive symptoms and impulsivity on late adolescence gambling: a longitudinal study. *J Adolesc Health* 2011, **48** : 164-169

LESIEUR HR, BLUME SB. The South Oaks Gambling Screen (SOGS): a new instrument for the identification of pathological gamblers. *American Journal of Psychiatry* 1987, **144** : 1184-1188

LESIEUR HR, KLEIN R. Pathological gambling among high school students. *Addict Behav* 1987, **12** : 129-135

LESIEUR HR, CROSS J, FRANK M, WELCH M, WHITE CM, et coll. Gambling and pathological gambling among university students. *Addict Behav* 1991, **16** : 517-527

LOBO DS, KENNEDY JL. Genetic aspects of pathological gambling: a complex disorder with shared genetic vulnerabilities. *Addiction* 2009, **104** : 1454-1465

LUDER MT, BERCHTOLD A, AKRE C, MICHAUD PA, SURIS JC. Do youths gamble? You bet! A Swiss population-based study. *Swiss Med Wkly* 2010, **140** : w13074

LYNCH WJ, MACIEJEWSKI PK, POTENZA MN. Psychiatric correlates of gambling in adolescents and young adults grouped by age at gambling onset. *Arch Gen Psychiatry* 2004, **61** : 1116-1122

MAGOON ME, INGERSOLL GM. Parental modeling, attachment, and supervision as moderators of adolescent gambling. *J Gambl Stud* 2006, **22** : 1-22

MARTIN RJ, USDAN S, CREMEENS J, VAIL-SMITH K. Disordered gambling and co-morbidity of psychiatric disorders among college students: An examination of problem drinking, anxiety and depression. *J Gambl Stud* 2013a, Feb 21. [Epub ahead of print]

MARTINS SS, LIU W, HEDDEN SL, GOLDWEBER A, STORR CL, et coll. Youth Aggressive/Disruptive Behavior Trajectories and Subsequent Gambling Among Urban Male Youth. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2013b, Feb 14

MARTINS SS, TAVARES H, DA SILVA LOBO DS, GALETTI AM, GENTIL V. Pathological gambling, gender, and risk-taking behaviors. *Addict Behav* 2004, **29** : 1231-1235

MCCOMB JL, SABISTON CM. Family influences on adolescent gambling behavior: a review of the literature. *J Gambl Stud* 2010, **26** : 503-520

MCNAMARA J, VERVAEKE SL, WILLOUGHBY T. Learning disabilities and risk-taking behavior in adolescents: a comparison of those with and without comorbid attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Learn Disabil* 2008, **41** : 561-574

- MILLER WR, MEYERS RJ, TONIGAN JS. Engaging the unmotivated in treatment for alcohol problems: A comparison of three strategies for intervention through family members. *Journal of Consulting Clinical Psychology* 1999, **67** : 688-697
- MOLDE H, PALLESEN S, BARTONE P, HYSTAD S, JHNSEN BH. Prevalence and correlates of gambling among 16 to 19-year-old adolescents in Norway. *Scandinavian Journal of Psychology* 2009, **50** : 55-64
- MONAGHAN S, WOOD RT. Internet-based interventions for youth dealing with gambling problems. *Int J Adolesc Med Health* 2010, **22** : 113-128
- MOORE S, OHTSUKA K. The structure of young people's leisure and their gambling behaviour. *Behaviour Change* 2000, **17** : 167-177
- OEI TP, RAYLU N. Familial influence on offspring gambling: a cognitive mechanism for transmission of gambling behavior in families. *Psychol Med* 2004, **34** : 1279-1288
- OFDT. Drogues et addictions, données essentielles. OFDT, Saint-Denis, 2013 : 288-296
- OLIVEIRA MP, SILVA MT. A comparison of horse-race, bingo, and video poker gamblers in Brazilian gambling settings. *J Gambl Stud* 2001, **17** : 137-149
- PALLANTI S, QUERCIOLO L, SOODE E, HOLLANDER E. Lithium and valproate treatment of pathological gambling: a randomized single-blind study. *J Clin Psychiatry* 2002, **63** : 559-564
- PARKER JD, SUMMERFELDT LJ, KLOOSTERMAN PH, KEEFER KV, TAYLOR RN. Gambling Behaviour in Adolescents with Learning Disorders. *J Gambl Stud* 2013, **29** : 231-239
- PETRY NM. Pathological gambling. Etiology, comorbidity, and treatment. Washington, DC: American Psychological Association, 2005 : 417 p.
- PETRY NM, STEINBERG KL. Childhood maltreatment in male and female treatment-seeking pathological gamblers. *Psychol Addict Behav* 2005, **19** : 226-229
- PETRY NM, WEINSTOCK J, LEDGERWOOD DM, MORASCO B. A randomized trial of brief interventions for problem and pathological gamblers. *J Consult Clin Psychol* 2008, **76** : 318-328
- PETRY NM, WEINSTOCK J, MORASCO BJ, LEDGERWOOD DM. Brief motivational interventions for college student problem gamblers. *Addiction* 2009, **104** : 1569-1578
- POTENZA MN, WAREHAM JD, STEINBERG MA, RUGLE L, CAVALLO DA, et coll. Correlates of at-risk/problem internet gambling in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2011, **50** : 150-159
- RAHMAN AS, PILVER CE, DESAI RA, STEINBERG MA, RUGLE L, et coll. The relationship between age of gambling onset and adolescent problematic gambling severity. *J Psychiatr Res* 2012, **46** : 675-683
- RAISAMO S, HALME J, MURTO A, LINTONEN T. Gambling-related harms among adolescents: a population-based study. *J Gambl Stud* 2013, **29** : 151-159
- RAYLU N, OEI TP. Pathological gambling. A comprehensive review. *Clin Psychol Rev* 2002, **22** : 1009-1061

RAYLU N, OEI TP. Role of culture in gambling and problem gambling. *Clin Psychol Rev* 2004, **23** : 1087-1114

RAYLU NR, OEI TPS. A cognitive Behavioural Therapy Programme for Problem Gambling. Therapist Manual. Hove: Routledge, 2010

RAYLU N, OEI TP, LOO J. The current status and future direction of self-help treatments for problem gamblers. *Clin Psychol Rev* 2008, **28** : 1372-1385

ROBSON E, EDWARDS J, SMITH G, COLMAN I. Gambling decisions: an early intervention program for problem gamblers. *J Gambl Stud* 2002, **18** : 235-255

ROMER D, BETANCOURT L, GIANNETTA JM, BRODSKY NL, FARAH M, et coll. Executive cognitive functions and impulsivity as correlates of risk taking and problem behavior in preadolescents. *Neuropsychologia* 2009, **47** : 2916-2926

SAIZ-RUIZ J, BLANCO C, IBANEZ A, MASRAMON X, GOMEZ MM, et coll. Sertraline treatment of pathological gambling: a pilot study. *J Clin Psychiatry* 2005, **66** : 28-33

SCHERRER JF, SLUTSKE WS, XIAN H, WATERMAN B, SHAH KR, et coll. Factors associated with pathological gambling at 10-year follow-up in a national sample of middle-aged men. *Addiction* 2007, **102** : 970-978

SHAFFER HJ, HALL MN. Updating and refining prevalence estimates of disordered gambling behaviour in the United States and Canada. *Canadian Journal of Public Health* 2001, **92** : 168-172

SHAFFER HJ, LABRIE R, SCANLAN KM, CUMMINGS TN. Pathological gambling among adolescents: Massachusetts adolescent gambling screen (MAGS). *J Gambl Stud* 1994, **10** : 339-362

SHEAD NW, DEREVENSKY JL, GUPTA R. Youth problem gambling: our current knowledge of risk and protective factors. In : Youth Gambling The hidden addiction. DEREVENSKY JL, SHEK DTL, MERRICK J (eds). Berlin/Boston: Walter de Gruyter. 2011a : 59-78

SHEAD NW, DEREVENSKY JL, MEERKAMPER E. Your Mother Should Know: A Comparison of Maternal and Paternal Attitudes and Behaviors Related to Gambling among Their Adolescent Children. *Int J Ment Health Addiction* 2011b, **9** : 264-275

SLUTSKE WS, PIASECKI TM, BLASZCZYNSKI A, MARTIN NG. Pathological gambling recovery in the absence of abstinence. *Addiction* 2010, **105** : 2169-2175

SPRITZER DT, ROHDE LA, BENZANO DB, LARANJEIRA RR, PINSKY I, et coll. Prevalence and correlates of gambling problems among a nationally representative sample of Brazilian adolescents. *J Gambl Stud* 2011, **27** : 649-661

STEA JN, HODGINS DC. A critical review of treatment approaches for gambling disorders. *Curr Drug Abuse Rev* 2011, **4** : 67-80

STINCHFIELD R. Reliability, validity, and classification accuracy of a measure of DSM-IV diagnostic criteria for pathological gambling. *Am J Psychiatry* 2003, **160** : 180-182

- STINCHFIELD R. A critical review of adolescent problem gambling assessment instruments. In : Youth Gambling The hidden addiction. DEREVENSKY JL, SHEK DTL, MERRICK J (eds). Berlin/Boston: Walter de Gruyter. 2011 : 147-164
- STORR CL, LEE GP, DEREVENSKY JL, IALONGO NS, MARTINS SS. Gambling and adverse life events among urban adolescents. *J Gambl Stud* 2012, **28** : 325-336
- TAYLOR RN, PARKER JD, KEEFER KV, KLOOSTERMAN PH, SUMMERFELDT LJ. Are Gambling Related Cognitions in Adolescence Multidimensional?: Factor Structure of the Gambling Related Cognitions Scale. *J Gambl Stud* 2013, Feb 21. [Epub ahead of print]
- THOMAS SA, PITERMAN L, JACKSON AC. Problem gambling: what do general practitioners need to know and do about it? *Med J Aust* 2008, **189** : 135-136
- TOLCHARD B, THOMAS L, BATTERSBY M. GPs and problem gambling: can they help with identification and early intervention? *J Gambl Stud* 2007, **23** : 499-506
- TOVAR ML, COSTES JM, EROUKMANOFF V. Les jeux de hasard et d'argent sur Internet en France en 2012. OFDT, *Tendances* n° 85, 2013 : 6 p.
- TREMBLAY J, STINCHFIELD R, WIEBE J, WYNNE H. Canadian Adolescent Gambling Inventory (CAGI): phase 3 final report. Canadian Centre on Substance Abuse, 2010
- TSITSIKA A, CRITSELIS E, JANIKIAN M, KORMAS G, KAFETZIS DA. Association between internet gambling and problematic internet use among adolescents. *J Gambl Stud* 2011, **27** : 389-400
- VACHON J, VITARO F, WANNER B, TREMBLAY RE. Adolescent gambling: relationships with parent gambling and parenting practices. *Psychol Addict Behav* 2004, **18** : 398-401
- VILLELLA C, MARTINOTTIG, DINICOLAM, CASSANOM, LA TORREG, et coll. Behavioural addictions in adolescents and young adults: Results from a prevalence study. *J Gambl Stud* 2011, **27** : 203-214
- WALKER M. The psychology of gambling. Oxford: Pergamon Press, 1992
- WELTE JW, WIECZOREK WF, BARNES GM, TIDWELL MC, HOFFMAN JH. The relationship of ecological and geographic factors to gambling behavior and pathology. *J Gambl Stud* 2004, **20**: 405-423
- WHELAM JP, STEENBERGH TA, MEYERS AW. Problem and pathological gambling. Cambridge: Hogrefe and Huber, 2007
- WIEBE J, WYNNE H, STINCHFIELD R, TREMBLAY J. Measuring problem gambling in adolescent populations: phase 1 report. Canadian Centre on Substance Abuse, 2005
- WIEBE J, WYNNE H, STINCHFIELD R, TREMBLAY J. Canadian Adolescent Gambling Inventory (CAGI): phase 2 final report. Canadian Centre on Substance Abuse, 2008
- WIEBE JM, COX BJ, MEHMEL BG. The South Oaks Gambling Screen Revised for Adolescents (SOGS-RA): further psychometric findings from a community sample. *J Gambl Stud* 2000, **16** : 275-288
- WINTERS KC, STINCHFIELD RD, FULKERSON J. Toward the development of an adolescent gambling problem severity scale. *Journal of Gambling Studies* 1993, **9** : 371-386

WINTERS KC, STINCHFIELD RD, KIM LG. Monitoring adolescent gambling in Minnesota. *Journal of Gambling Studies* 1995, **11** : 165-183

XIAN H, SHAH KR, PHILLIPS SM, SCHERRER JF, VOLBERG R, et coll. Association of cognitive distortions with problem and pathological gambling in adult male twins. *Psychiatry Res* 2008, **160** : 300-307

YIP SW, DESAI RA, STEINBERG MA, RUGLE L, CAVALLO DA, et coll. Health/functioning characteristics, gambling behaviors, and gambling-related motivations in adolescents stratified by gambling problem severity: findings from a high school survey. *Am J Addict* 2011, **20** : 495-508

YOUNG M, STEVENS M. SOGS and CGPI: parallel comparison on a diverse population. *J Gamb Stud* 2008, **24** : 337-356

ZACK M, POULOS CX. Effects of the atypical stimulant modafinil on a brief gambling episode in pathological gamblers with high vs. low impulsivity. *J Psychopharmacol* 2009, **23** : 660-671