

# Rapport de recherche

PROGRAMME ACTIONS CONCERTÉES

## **Synthèse des connaissances sur l'entrée, la persistance et l'abandon des joueurs pathologiques en traitement**

### **Chercheuse principale**

Isabelle Giroux, Université Laval

### **Cochercheur(s)**

Stéphane Bouchard, Université du Québec en Outaouais  
Serge Sévigny, Université Laval

### **Établissement gestionnaire de la subvention**

Université Laval

### **Numéro du projet de recherche**

2012-JU-164287

### **Titre de l'Action concertée**

Impacts socioéconomiques des jeux de hasard et d'argent, phase 5

### **Partenaire(s) de l'Action concertée**

Le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)  
et le Fonds de recherche du Québec - Société et culture (FRQSC)

## **Note des auteurs**

Tel que recommandé par le Comité scientifique du FRQSC lors de l'évaluation du projet de recherche, cette étude porte principalement sur l'abandon en traitement. L'entrée et la persistance en traitement sont tout de même discutées.

Les auteurs tiennent à remercier les assistants de recherche en psychologie du Centre québécois d'excellence pour la prévention et le traitement du jeu pour leur support tout au long de la réalisation de ce projet de recherche.

La présente recherche a bénéficié d'une subvention du Fonds de recherche du Québec –Société et culture en partenariat avec le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

### **RÉFÉRENCE SUGGÉRÉE :**

Giroux, I., Demers, B., Jacques, C., Sévigny, S., & Bouchard, S. (2015). Synthèse des connaissances sur l'entrée, la persistance et l'abandon des joueurs pathologiques en traitement. Québec, Université Laval.

Ce rapport vulgarisé est disponible en version électronique sur les sites Internet du CQEPTJ (<http://gambling.psy.ulaval.ca>) et du FRQSC ([www.frqsc.gouv.qc.ca](http://www.frqsc.gouv.qc.ca)).

Reproduction autorisée à des fins non commerciales à la condition d'en mentionner la source.

© Université Laval (2015)

## Table des matières

<b>PARTIE A – CONTEXTE DE LA RECHERCHE .....</b>	<b>4</b>
L'abandon du traitement par les joueurs .....	4
Les conséquences de l'abandon .....	5
L'importance d'une recension systématique.....	8
Objectif .....	9
<b>PARTIE B – PISTES DE SOLUTION, RETOMBÉES ET IMPLICATIONS ...</b>	<b>10</b>
<b>PARTIE C – MÉTHODOLOGIE.....</b>	<b>14</b>
<b>PARTIE D – RÉSULTATS .....</b>	<b>18</b>
Contribution des travaux en termes d'avancement des connaissances ....	28
<b>PARTIE E – PISTES DE RECHERCHE .....</b>	<b>30</b>
<b>PARTIE F – RÉFÉRENCES ET BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>31</b>
<b>TABLEAUX.....</b>	<b>40</b>

## **PARTIE A – CONTEXTE DE LA RECHERCHE**

### ***L'abandon du traitement par les joueurs***

Malgré la diversité des traitements offerts, les taux de recherche d'aide des joueurs en difficulté demeurent bas. En effet, seulement 3 à 12 % des joueurs pathologiques accèdent à un traitement formel ou à une réunion de Gamblers Anonymes (Slutske, 2006; Suurvali, Hodgins, Toneatto, & Cunningham, 2008). En surcroît, l'abandon est fréquent. Melville, Casey et Kavanagh (2007) rapportent avec une revue systématique de l'abandon comprenant 12 études que l'abandon au sein d'études de traitement psychologique du jeu pathologique varie entre 14 et 50 %. Au Québec, l'évaluation d'un traitement du jeu pathologique d'approche cognitive comportementale élaboré par Sylvain, Ladouceur et Boisvert (1997) a révélé un taux d'attrition de 50 % après l'obtention du consentement à participer à l'étude. L'évaluation de ce même traitement, une fois implanté par les centres de réadaptation dans quatre régions pilotes du Québec, a révélé un taux d'abandon de 70,5 % (Allard & Papineau, 2006). Les résultats d'une autre étude québécoise visant à comparer les modes de traitement interne et externe chez les joueurs pathologiques révèlent un taux d'abandon de 9,9 % à l'interne et 53,7 % à l'externe (Ladouceur et al., 2004). Le taux d'attrition varie selon la modalité de traitement du jeu : pharmacologique à court-terme (23,5 %), psychosociale (42 %), pharmacologique à long terme (50,4 %), ou Gamblers Anonymes (67,5 %; Westphal, 2007). Ces taux d'abandon ne sont pas sans conséquence.

### ***Les conséquences de l'abandon***

L'abandon d'un traitement psychologique peut avoir des effets indésirables sur l'investissement professionnel du clinicien, sur les ressources du milieu et sur le bien-être des patients. Pour le clinicien, un haut niveau d'abandon peut s'avérer démoralisant (Barrett et al., 2008) et contribuer à réduire sa confiance, son efficacité et sa satisfaction au travail (Joyce, Piper, Ogrodniczuk, & Klein, 2007). Les cliniciens avec peu d'expérience se révèlent particulièrement à risque d'éprouver ces difficultés (Pekarik, 1985). D'une perspective administrative, l'arrêt prématuré de traitement réduit le rapport coût-bénéfice à plusieurs égards. En effet, les rendez-vous manqués entraînent des pertes financières et font perdre un temps précieux aux cliniciens, ce qui contribue aux longues listes d'attente (Barrett et al., 2008; Joyce et al., 2007). Au niveau de l'impact auprès de la clientèle elle-même, les patients qui quittent prématurément ne reçoivent pas toujours la dose adéquate de traitement pour une diminution significative et durable de leurs symptômes (Barrett et al., 2008). En ce sens, ces patients affichent un moins grand progrès thérapeutique (Cahill et al., 2003) et plus de détresse psychologique (Pekarik, 1992). Toutefois, tous les abandons ne doivent pas être perçus comme des échecs (Lampropoulos, Schneider, & Spengler, 2009). En ce sens, Cahill et al. (2003) rapportent des gains considérables chez les clients qui n'ont pas complété leur traitement, mais qui ont tout de même assisté à un certain nombre de séances. Il serait alors faux de penser que plus de traitement entraîne nécessairement une plus grande diminution des symptômes; l'amélioration

subséquente des symptômes étant, après un certain nombre de séances, de plus en plus minime (Cahill et al., 2003; Walker, 2005).

Une difficulté existe qui retarde l'avancement des connaissances sur le traitement des joueurs et sur l'abandon, soit la grande variabilité des définitions d'un abandon. Ces définitions peuvent être regroupées en deux grandes catégories, soit le jugement clinique, où l'abandon se définit comme l'arrêt du traitement avant améliorations significatives et sans l'accord préalable du clinicien (Bryan & Gartner, 2012; Sylvain et al., 1997), et le nombre de séances complétées, où l'abandon se décrit comme la rupture du traitement par le client durant le processus thérapeutique, et ce, avant la terminaison du nombre de séances prévues (Bryan & Gartner, 2012; Davis, Hook, & Page, 2006). À l'intérieur de cette dernière catégorie, l'opérationnalisation de l'abandon prend différentes formes. Selon les auteurs, l'abandon se produit soit avant le début d'un traitement (Robson, Edwards, Smith & Colman, 2002), pendant le traitement (Ladouceur et al., 2003; Milton, Crino, Hunt, & Prosser, 2002), au suivi post-traitement (Robson et al., 2002) ou à n'importe lequel de ces moments (Echeburúa, Baez & Fernandez-Montalvo, 1996).

L'utilisation de différentes définitions entre les auteurs pose problème. En effet, Ladouceur, Gosselin, Laberge, & Blaszczynski, (2001) soulignent l'importance d'une définition de l'abandon partagée par le plus grand nombre de chercheurs et la nécessité d'axer des efforts en ce sens. Le manque de consensus entre les chercheurs complique la comparaison des résultats entre les études ainsi que leur

réplication, ce qui limite l'avancement des connaissances scientifiques. Selon les méta-analyses conduites par Swift et Greenberg (2012) et Wierzbicki et Pekarik (1993) sur les psychothérapies adultes, le taux d'abandon dépend de sa définition opérationnelle : 37,6 % lorsque l'achèvement se détermine par le jugement du thérapeute et 18,3 %, lorsque déterminée par le nombre de séances complétées.

La mauvaise classification des clients à elle seule, autant ceux ayant abandonné le traitement que ceux l'ayant complété, représente un danger réel de biais des résultats d'une étude. En ce sens, la recension de Fink et al. (2012) a évalué la transparence de l'information rapportée dans 26 études de traitements du jeu pathologique. Leurs résultats indiquent, entre autres, que les auteurs doivent faire davantage d'efforts pour rapporter des informations descriptives claires de leurs participants, de ceux qui abandonnent ainsi que du taux d'abandon. Dans le même sens, les résultats d'une étude publiée au début des années 2000 (Ladouceur et al., 2001) soulignent que peu d'auteurs sur le traitement des dépendances (alcool, drogues, jeux, etc.) rapportent les taux d'abandon chez les participants de leur étude. Parmi les 3 490 articles sélectionnés par Ladouceur et al. (2001) pour cette revue de la littérature, seulement 54 % rapportaient la présence d'abandons et parmi ceux-ci, 39 % rapportaient les conditions rencontrées pour définir l'abandon. De plus, la façon ou la décision d'intégrer les données dans les analyses statistiques induit des menaces à la validité d'une étude et complexifie l'interprétation des résultats (Kazdin, 1998; Miller & Hollist, 2007). En choisissant de ne pas considérer l'abandon dans les analyses statistiques, les données de

personnes avec des vulnérabilités, qui pourraient entraver l'achèvement et l'efficacité d'un traitement, se trouvent exclues des analyses. Ce faisant, des résultats qui démontrent l'efficacité d'un traitement peuvent s'avérer biaisés et refléter, par exemple, une surestimation de son efficacité. Afin d'en arriver à des résultats qui reflètent la réalité avec plus de justesse, un regard plus poussé doit être porté sur la méthode employée par les chercheurs en jeux de hasard et d'argent, et ce, principalement lorsqu'ils font face à l'abandon.

### ***L'importance d'une recension systématique sur l'abandon du traitement par les joueurs***

À ce jour, une seule recension a fait le point sur les connaissances empiriques concernant l'abandon des joueurs en traitement, soit celle de Melville et al. (2007), qui rapporte la prévalence, les définitions de l'abandon utilisées par les auteurs, les variables prédictrices et les stratégies utilisées pour limiter l'abandon. Cette recension inclut des études publiées entre 1960 et 2006. Malgré les années couvertes par leur recension, très peu d'études ( $N = 12$ ) ont été incluses. Ainsi, une recension de type critique qui regroupe un plus grand nombre d'études sur le sujet permettrait d'apporter de l'information complémentaire sur l'abandon des traitements par les joueurs.

La présente recension se démarque de celle de Melville et al. (2007) par l'analyse critique du risque de biais des études retenues ainsi que par la recension des motifs d'abandon ainsi que l'identification de stratégies d'interventions utilisées



dans les études obtenant les plus faibles taux d'abandon. Contrairement à l'étude de Melville et al. (2007), cette recension utilise des critères de sélection plus inclusifs, des mots clefs ciblant toutes les études de traitement sur le jeu même si elle n'aborde pas l'abandon, et recense les études réalisées au Canada n'ayant jamais été publiées. De plus, la présente recension tient compte de la distinction entre les différentes périodes durant lesquelles peuvent survenir l'abandon, soit au prétraitement, durant le traitement ou au post-traitement et lors de l'analyse des taux d'abandon, les définitions et les variables prédictrices sont prises en compte.

### ***Objectif***

L'objectif de la présente synthèse consiste à dresser un portrait de l'abandon en termes de pourcentage, définition, motifs et variables prédictrices. De plus, cette recension identifie les stratégies d'intervention utilisées dans les études ayant obtenu un faible taux d'abandon durant le traitement.

## **PARTIE B – PISTES DE SOLUTION, RETOMBÉES ET IMPLICATIONS**

### **1. À quels types d'auditoire s'adressent vos travaux ?**

Nos travaux s'adressent aux chercheurs, aux intervenants qui œuvrent auprès des joueurs, ainsi qu'aux groupes d'intérêts qui se préoccupent du bien-être des personnes aux prises avec un problème de jeu. Les décideurs et gestionnaires pourront également alimenter leur réflexion sur la question de l'abandon des services de traitement offerts.

### **2. Que pourraient signifier vos conclusions pour les décideurs, gestionnaires ou intervenants ?**

Un meilleur portrait de l'abandon du traitement s'avère pertinent pour les décideurs dans leur réflexion guidant l'élaboration des thématiques proposées lors de l'étude des jeux de hasard et d'argent. Les caractéristiques des gens plus à risque d'abandonner pourrait être discutées dans les rencontres d'équipe, amenant à mieux tenir compte des effets négatifs associés à une perte de clients en cours de traitement chez les intervenants.

L'identification de motifs d'abandon et des variables prédictrices de l'abandon permettra de poursuivre l'étude de ces variables, et à moyen terme, de mieux cibler les mesures qui pourraient maintenir les joueurs en traitement. Le but final est de permettre aux cliniciens d'intervenir précocement en thérapie afin d'appliquer des stratégies pour retenir en traitement les joueurs à risque d'abandonner, et ainsi, rentabiliser au maximum les ressources humaines et

matérielles investies dans la pratique clinique. D'ailleurs, des stratégies pour conscientiser les joueurs aux difficultés associées à leur démarche d'aide pourraient être mises en place. Des stratégies d'intervention telles la sollicitation d'un proche, l'entrée plus rapide en traitement, et l'aide au transport ont été utilisées dans les études ayant un plus faible taux d'abandon. La prochaine étape sera d'étudier si celles-ci ont effectivement un effet important sur le maintien d'un joueur en traitement. Ultimement, des interventions testées pour favoriser la persistance des joueurs en traitement fournirait des outils aux intervenants et aux décideurs publics des services de santé québécois afin de les aider à poursuivre le défi d'une offre de service de qualité.

La synthèse met en relief les multiples définitions actuelles de l'abandon. Ces différentes définitions ne permettent pas une évaluation juste du phénomène et donc n'aident pas l'orientation de la recherche et les interventions cliniques pour la persistance en traitement. L'atteinte d'un consensus entre les chercheurs quant à l'opérationnalisation de l'abandon permettrait de mieux distinguer les études de traitement qui affichent un taux d'abandon moins élevé que d'autres, et de cibler les caractéristiques qui les distinguent.

### **3. Quelles sont les retombées immédiates ou prévues de vos travaux ?**

Une avancée des connaissances est la retombée immédiate. Une synthèse des études rend les connaissances empiriques plus accessibles aux décideurs politiques ou aux fournisseurs de soins de santé. Cette recension systématique

contribue à illustrer l'ambiguïté face à la définition de l'abandon, et la nécessité pour les chercheurs d'étudier l'abandon. La recension systématique oriente les études futures en mettant en relief les variables qui prédisent l'abandon ainsi que les motifs d'abandon rapportés par les joueurs en traitement. Une meilleure connaissance des motifs de l'abandon est une voie vers une meilleure adéquation entre les besoins des usagers et les programmes.

#### **4. Quelles sont les limites ou quel est le niveau de généralisation de vos résultats ?**

La recension systématique augmente le potentiel de généralisation des résultats en regroupant les échantillons de diverses études et, par la recension des variables prédictrices de l'abandon, par exemple, elle permet d'obtenir des résultats plus exhaustifs que lors d'une seule étude randomisée.

Cette étude comporte des limites. Dans le but d'être inclusif face au phénomène d'abandon, peu de critères d'exclusion ont été retenus, ce qui rend les études plus diversifiées qu'une recension systématique effectuée dans le but de faire une méta-analyse. De plus, aucune étude ne fut exclue suite à l'évaluation de risque de biais, puisque ce n'est pas l'évaluation des biais lors de l'étude d'efficacité de traitement qui nous intéressait, mais bien la façon de définir et composer avec l'abandon.

## **5. Quels seraient les messages clés à formuler selon les types d'auditoire visés ?**

Pour les chercheurs, il est important de bien définir l'abandon dans les études, et de prendre une définition qui permettrait de comparer les résultats avec les autres études. Les chercheurs se doivent également de décrire comment ils ont tenu compte de ces abandons dans leurs analyses statistiques.

Pour les gestionnaires et intervenants, le message doit être d'identifier et répertorier les abandons pour mieux les comprendre. Il est nécessaire de poursuivre la recherche; les chercheurs et cliniciens peuvent travailler ensemble à ce sujet. Les décideurs doivent appuyer les chercheurs qui ont une préoccupation à ce sujet.

## **6. Quelles seraient les principales pistes de solution selon les types d'auditoire visés ?**

Les décideurs pourraient mettre de l'avant des programmes qui tiennent compte de la possibilité d'abandon, et qui tente d'y remédier. Des études qui testent les différentes mesures pour pallier ce problème devraient être davantage financées. Quant aux intervenants, les informations issues de cette recension permettront de leur faire connaître certaines mesures qui ont été utilisées dans les études affichant un faible taux d'abandon.

## **PARTIE C - MÉTHODOLOGIE**

### ***Stratégies de recherche***

Les études de traitement en jeu sont recensées sur les bases de données PsycINFO, MedLine, Francis et Google Scholar. PsycINFO, MedLine et Francis hébergent respectivement 2 045, 5 651 et 1 815 périodiques. Les mots-clés utilisés étaient « gambling » et « treatment » ou « intervention ». Pour les articles francophones, les mots clefs utilisés étaient « jeux de hasard », « traitement » ou « intervention ». Toutes les listes de références des recensions systématiques de la littérature ont été examinées afin de trouver d'autres articles potentiels. De plus, les chercheurs et les centres de traitement travaillant dans le domaine des jeux de hasard et d'argent au Canada ont été contactés et invités à envoyer leurs travaux non publiés afin d'avoir accès à la littérature grise. Les chercheurs ne répondant pas au premier contact ont été contactés une deuxième fois. Cette invitation a été transmise par courriel, leurs adresses ayant préalablement été recensées. Un message de remerciement personnalisé a été envoyé par courriel.

### ***Critères d'inclusion et d'exclusion***

Seuls les articles qui rencontrent les critères suivants ont été conservés : (a) les problèmes de jeu constituent la principale cible thérapeutique, (b) il y a évaluation d'un traitement psychologique, (c) les études sont publiés en anglais ou en français, (e) les études sont publiées de janvier 1994, année de parution du DSM-IV, à janvier 2013.

Les études qui rencontrent les critères suivants ont été exclues : (a) il y a comorbidité avec un problème de santé physique, (b) le groupe de soutien est le traitement principal (p.ex. Gamblers anonymes), (c) l'étude est une évaluation d'un programme de prévention, (d) l'étude est un suivi indépendant de l'analyse initiale d'évaluation du traitement, (e) l'étude comprend 3 participants et moins, (f) l'étude est un traitement d'art thérapie, de musicothérapie ou d'exercice physique, et (g) l'étude est une publication de conférence sans article associé. De plus, seule la publication la plus récente d'une étude de traitement faisant l'objet de deux publications ou plus a été retenue.

La population à l'étude pouvait être masculine ou féminine, incarcérée, psychiatisée, de tout âge, et jouer à n'importe quel type de jeu. Les études retenues pouvaient présenter un protocole randomisé, dont l'assignation des participants aux différents groupes de traitement s'effectuait aléatoirement, ou de type non randomisé. Les études non randomisées peuvent être autant des études expérimentales, des études longitudinales, transversales ou par cohortes (Deeks et al., 2003). Les critères ont pour but de demeurer inclusifs afin de recenser le plus grand nombre d'études possible et afin de poser un regard critique sur l'information rapportée en lien avec l'abandon ainsi que la manière dont les auteurs en traitent.

### ***Procédure de sélection des articles***

Trois mille six cent soixante-quinze (3 675) études ont été recensées. De ce nombre, 1 518 ont été identifiées comme doublons. À la première sélection, les

titres et résumés des 2 157 articles restants ont été examinés, et 1 423 articles non pertinents ont été supprimés. À la deuxième sélection, 499 articles ont été lus en entier, et l'évaluation des critères d'inclusion et d'exclusion à l'aide d'une grille a été effectuée pour chacune des études. Cette étape a fait l'objet d'une entente interjuge. Cinquante-trois (53) études ont été retenues pour la présente recension.

### ***Évaluation du risque de biais***

Le risque de biais des études randomisées a été évalué séparément des études non randomisées. *The Cochrane Collaboration's tool for assessing risk of bias* (Higgins & Green, 2011) est utilisé pour l'évaluation du risque de biais pour les études randomisées et le *Quality Assessment Tool for Quantitative Studies*, pour les études non randomisées (Deek et al., 2003). Deux évaluateurs ont examiné les études. Ils notaient le niveau de qualité méthodologique de chaque section (attribution aléatoire, gestion des données, etc.) par «élevé», «faible» ou «incertain». Les différences entre les deux évaluations ont été détaillées et discutées jusqu'à l'obtention d'un consensus.

### ***Analyse des données***

Une analyse descriptive des données a été privilégiée. Une grille d'extraction permettant de recueillir l'information pertinente à la recension a été créée et utilisée. Les informations recueillies référaient à la méthode de l'étude recensée (plan d'expérience, évaluation à l'aveugle, durée du traitement et du suivi, etc.), la description des participants (diagnostic, N, sexe, âge, modalité de jeu, gravité du



problème de jeu, critères d'inclusion et d'exclusion, etc.), la présentation et description des conditions (caractéristiques, thérapeutes, etc.), aux résultats (mesures utilisées, stratégie d'analyse, taux d'abandon, définition, motifs et variables prédictrices de l'abandon) et à d'autres notes pertinentes. Également, les grilles permettaient de recueillir l'information pertinente pour l'analyse du risque de biais.

## **PARTIE D – RÉSULTATS, CONCLUSION ET PISTES DE SOLUTION**

### ***L'abandon chez les joueurs problématiques***

Quarante-six des 53 études recensées (86,8%) rapportent au moins un taux d'abandon avant, durant ou après le traitement (voir Tableau 1). Seulement la moitié (54,7%) des études recensées rapportent le taux d'abandon durant le traitement, qui s'étend de 0 à 77,8%, avec une médiane de 26%.

Selon la littérature, une importante variabilité du taux d'abandon du traitement n'est pas propre aux personnes aux prises avec un problème de jeu. En effet, une revue systématique de la littérature avec méta-analyse de 669 études auprès d'individus aux prises avec un trouble anxieux, de l'humeur, alimentaire, de personnalité, un trouble psychotique et autres rapportent des taux d'abandon hétérogènes, avec une variabilité allant de 0 à 74,23% (Swift & Greenberg, 2012). Melville et al. (2007) rapportent quant à eux des taux d'abandon empreint d'autant de variabilité, avec un étendu allant de 14 à 50% avec une médiane de 31%.

### ***Définir l'abandon, une tâche imposante***

Seulement 44% des études qui rapportent un taux d'abandon rendent également disponible la définition de l'abandon utilisée. Parmi ces études, deux catégories de définitions ressortent, soit un nombre prédéfini de séances non-complétées, ou une fin de traitement avant l'atteinte de changements cliniques.

Dix-sept études ont utilisé une définition appartenant à la catégorie *nombre de séances complétées*. Parmi elles, seulement huit partageaient exactement la même définition, soit la fin du traitement avant la complétion de toutes les séances. En d'autres termes, la moitié des études dont la définition de l'abandon appartient à la catégorie *nombre de séances complétées* ne définissent pas un même nombre de séances minimal auquel un participant devait assister pour considérer son absence en traitement comme un abandon. Un constat similaire s'impose pour la catégorie *changements cliniques*, où une seule étude rapporte l'utilisation de définitions.

Bien que la catégorie de définitions *nombre de séances à compléter* soit la plus utilisée dans la littérature, elle ne permet pas de mesurer l'amélioration des symptômes d'un patient, ni son engagement (Hatchett & Park, 2003). Comme le soulignent Allard et Papineau (2006), l'abandon du traitement avant la complétion de toutes les séances du protocole de traitement ne signifie pas pour autant l'échec thérapeutique. Bernhard et al. (2007) soulignent également que même une intervention partielle peut amener des changements positifs. Dans cette optique, est-ce adéquat de considérer comme un abandon une fin de traitement en contexte d'atteinte d'objectifs thérapeutiques dans un temps moindre que prévu par le programme de traitement? De plus, considérant que pour certaines personnes, un traitement bref suffit pour entraîner des changements positifs (Walker, 2005), les définitions où l'abandon survient seulement après la présence à au moins une séance ou deux, exclut potentiellement des individus qui ont retiré des bénéfices.

Une définition de l'abandon reposant sur le jugement clinique ne semble pas régler toute la question. En effet, le jugement clinique seul peut varier d'un intervenant à l'autre en fonction de la nature de la thérapie, du plan d'intervention ainsi que des biais de l'intervenant lui-même, restreignant la fidélité de cette méthode (Hatchett & Park, 2003). L'utilisation complémentaire d'outils de mesure standardisés pour évaluer la gravité d'un problème de jeu, l'argent dépensé ou le temps passé à jouer pourrait toutefois pallier cette limite.

Ces résultats mettent en lumière la disparité des définitions de l'abandon du traitement dans les études évaluant l'efficacité de traitements psychologiques pour les problèmes de jeu. Autre constat problématique par rapport à la définition de l'abandon, certaines des études recensées rapportent un taux d'abandon global incluant autant la ou les conditions traitement que la condition contrôle. En plus de ne pas offrir un taux d'abandon précis pour une condition de traitement, une telle façon de rapporter l'information limite l'étude des variables prédictrices de l'abandon ainsi que des stratégies d'intervention pouvant aider à le réduire.

### ***Les motifs et les variables prédictrices de l'abandon***

Seulement cinq des 53 études se sont intéressées aux motifs de l'abandon de leurs participants. Ces études rapportent des motifs d'abandon propres aux usagers (p.ex., manque de temps, difficulté de transport, manque de motivation, amélioration perçue ou aucun bénéfice), au traitement (p.ex., programme répétitif, liste d'attente, manque de ressources, traitement offert seulement en groupe) ainsi

qu'aux intervenants (p.ex., manque d'expérience, de rigueur, d'affinité, sentiment d'abandon suite à des vacances).

Bien que 13 études rapportent des analyses pour tenter de prédire l'abandon, les résultats de la présente recension mettent en lumière le faible nombre de variables prédictives rapportées. Les auteurs ayant obtenu des résultats significatifs quant à la valeur prédictive d'une variable se retrouvent, pour la plupart, non-supportés par les résultats d'un ou plusieurs de leurs confrères. Au total, 50 variables ayant le potentiel d'influencer l'abandon ont été recensées, et ce, peu importe le moment où il survient : au prétraitement, durant le traitement, au post-traitement ou tout au long de l'étude. Seules les variables identifiées au prétraitement et durant le traitement sont présentées ici, puisque le post-traitement implique davantage les mesures de suivi que l'intervention comme telle.

En premier lieu, aucune association significative n'apparaît entre l'abandon au prétraitement et les variables sociodémographiques, liées au jeu, psychologiques ou propres au traitement (voir Tableau 2).

Durant le traitement, l'âge, l'état matrimonial, la gravité du problème de jeu ainsi que la recherche de nouveauté (TCL) sont rapportées comme des variables prédictives significatives de l'abandon dans certaines études, alors que d'autres études ne corroborent pas ce résultat. Toutefois, six autres variables, soit l'âge du début des comportements de jeu, la durée des comportements de jeu problématique, le domaine obsessionnel compulsif (SCL-90), la recherche de sensations, la consommation d'alcool et de drogues ainsi que la modalité de traitement

s'avèrent significativement associées à l'abandon durant traitement (voir Tableau 3).

Parmi les variables sociodémographiques, une association négative significative est rapportée entre l'âge et les personnes qui ne se sont pas présentées à leurs séances de traitement, et ce, chez un échantillon de 97 personnes présentant des problèmes de jeu. L'abandon survient significativement plus chez les individus plus jeunes, dont l'âge moyen est de 36,1 ans (ÉT = 7,5), comparativement aux individus plus âgés, dont l'âge moyen est de 44,8 (ÉT = 10,6). Cinq autres études ayant évalué le potentiel de prédiction de l'âge sur l'abandon durant le traitement n'ont pas trouvé d'associations significatives. Les résultats d'une étude montrent qu'après d'un échantillon de 127 personnes, le statut divorcé ou séparé est significativement associé à l'abandon, mais pas le statut de célibataire. Cependant, les résultats de quatre études ne démontrent aucun lien significatif entre le statut matrimonial et l'abandon durant le traitement. Quant aux autres variables sociodémographiques, soit le genre, l'ethnie, le niveau de scolarité, le revenu, l'occupation, le logement, ainsi que le soutien social, aucune étude n'a observé une association significative entre l'une de ces variables et l'abandon durant le traitement.

L'influence de variables se rapportant aux habitudes de jeux de hasard et d'argent est évaluée dans huit études. Une étude a évalué l'influence de l'âge d'initiation aux jeux de hasard et d'argent sur l'abandon durant le traitement. Il semble que plus cette initiation arrivait à un jeune âge, plus un joueur risquait de

cesser le traitement prématurément. De plus, plus les comportements de jeu problématique apparaissent tôt dans la vie, plus une personne tend à mettre fin prématurément au traitement. Dans le même sens, une étude rapporte que la durée du problème de jeu est positivement associée à l'abandon. Plus précisément, les résultats indiquent qu'une personne aux prises avec des habitudes de jeu problématiques depuis 10 ans ou plus est deux fois et demi plus à risque d'abandonner le traitement que les joueurs n'ayant pas cette plus longue historique de jeu problématique. Par ailleurs, les autres études ayant évalué l'influence de la durée du problème de jeu sur l'abandon n'ont pas obtenu de résultats significatifs. Quant à la gravité du problème de jeu, une étude montre qu'un joueur ayant des habitudes de jeu problématiques plus importantes, mesurées avec le PGSI, serait plus à risque d'abandonner prématurément le traitement psychologique. Les autres études ayant évalué cette association avec d'autres mesures n'ont trouvé aucune relation significative. D'autres variables liées au jeu ont fait l'objet d'analyses afin d'établir si celles-ci exercent une influence sur le taux d'abandon. Or, les résultats montrent qu'aucune des variables suivantes prédit l'abandon : le temps passé à jouer, la fréquence de jeu, l'argent misé, le ratio gains et pertes, la limite d'argent, la consommation de substance pendant une séance de jeu, les conséquences négatives dues aux problèmes de jeu, les éléments déclencheurs du désir de jouer, le désir de jouer et le sentiment de pouvoir contrôler ou cesser le jeu.

Six études ont évalué la présence de caractéristiques psychologiques au prétraitement comme variables prédictrices de l'abandon durant le traitement. Tout d'abord, l'influence de la détresse psychologique, mesurée par le SCL-90, sur le taux d'abandon, apparaît non-significative. L'association avec les sous-échelles au SCL-90 a aussi été évaluée. Le seul lien significatif positif apparaît entre l'abandon et la dimension obsessionnelle compulsive de l'échelle. Les traits de personnalité des personnes ayant recours à un traitement psychologique ont fait l'objet d'analyse dans deux études, avec l'échelle de mesure Temperament and Character Inventory Revised Version (TCI-R), qui offre un score global ainsi que des scores sur sept dimensions de la personnalité. Une seule étude rapporte le score global, celui-ci n'étant pas associé significativement à un taux d'abandon plus élevé. En surcroît, ces deux études se sont intéressées aux sept dimensions de la personnalité. Une seule étude avance que la recherche de sensations exerce une influence significative sur l'abandon, se traduisant par un plus grand taux d'abandon chez les individus qui présentent une plus grande recherche de sensations. Une étude obtient des résultats similaires en évaluant la recherche de sensation grâce au Arnett Inventory of Sensation Seeking (AISS), le taux d'abandon augmentant de 1 à 11% avec l'augmentation du score à l'AISS. Une étude rapporte un lien significatif entre la consommation problématique de substance en comorbidité à un problème de jeu et l'abandon d'un traitement psychologique. Celle-ci rapporte qu'une personne présentant un problème de consommation d'alcool, présente un risque d'abandon du traitement psychologique 2 fois et demie supérieur à une personne



sans aucun problème d'alcool. Cette même étude obtient des résultats similaires chez les personnes présentant un problème de consommation de drogues. Aucune des autres variables suivantes étudiées ne prédit l'abandon : la dépression, l'état et les traits anxieux, l'impulsivité et la perception de la santé physique.

Parmi les variables propres au traitement, seule la modalité du traitement fait l'objet d'analyse dans deux études afin d'évaluer son influence sur le taux d'abandon. Une étude compare l'efficacité d'une thérapie cognitive comportementale (TCC) avec interventions orientées vers l'amélioration de l'adhérence au traitement à un traitement cognitif comportemental seul. Les résultats montrent que les participants ayant bénéficié d'intervention visant l'adhérence au traitement complètent significativement plus le traitement comparativement à la condition TCC seule, les taux d'abandon dans cette condition étant, respectivement, 35% et 65%. L'autre étude compare l'efficacité d'une TCC de groupe de 16 séances et la même thérapie de groupe mais incluant des interventions d'exposition et de prévention de la réponse. Les résultats confirment un risque plus élevé d'abandon chez les participants composant le groupe TCC avec exposition et prévention de la réponse (53,4%) comparativement au groupe TCC seule (29,7%).

### ***Agir pour réduire l'abandon : les avenues à investiguer***

Un des objectifs formulés dans le cadre de cette recension consiste à identifier des avenues pour réduire l'abandon. Pour ce faire, les seize ( $n = 16$ )

études rapportant un taux d'abandon inférieur ou égal à 26%, soit le pourcentage médian du taux d'abandon, font l'objet d'analyses afin d'identifier des interventions qui pourraient aider à réduire le risque d'abandon et améliorer le maintien en traitement.

Cinq de ces 16 études (31%) incluent à leur protocole de traitement la sollicitation d'un proche. Trois d'entre elles encouragent les participants à inviter un proche à assister à au moins une séance de traitement, dont deux offrent, en supplément, de la psychoéducation pour les proches ou une thérapie de couple. Une étude suggère aux participants d'inviter un proche à les accompagner lors d'une séance planifiée de jeu. Plusieurs études réalisées auprès d'une population aux prises avec un problème de consommation de substance soulignent les effets positifs de relations significatives avec des proches sur la motivation à rechercher de l'aide (Liepman, Nirenberg & Begin, 1989; Sisson & Azrin, 1986), sur l'adhérence (Higgins, Budney, Bickel, & Badger, 1994; McCrady, Noel, Abrams, Stout, & Nelson, 1986) et sur le maintien des acquis (Longabaugh, Beattie, Noel, Stout & Malloy, 1993). À ce jour, encore peu d'études évaluent directement l'effet d'une telle stratégie sur la rétention en traitement du jeu. Toutefois, l'étude réalisée par Ingle, Marotta, McMillan & Wisdom (2008) auprès de 4410 joueurs rapporte que lorsque le proche est invité à participer, l'efficacité et la rétention en traitement se trouvent favorisées. D'ailleurs, la présence aux séances de traitement serait de 30% plus importante chez les usagers ayant un proche impliqué dans le traitement

que ceux sans cet appui. Des études visant l'évaluation d'une telle intervention pourraient donc bénéficier aux milieux cliniques.

Trois études visent l'amélioration de l'entrée en traitement. Une étude mentionne avoir accéléré le début du traitement à la suite du premier contact téléphonique. Dans le domaine de la consommation de substance, cette stratégie favoriserait la rétention en traitement à long terme (Stark, 1992). Par ailleurs, elle semble promouvoir la présence à une rencontre initiale (Pulford, Adams, & Sheridan, 2010). Les deux autres études offrent soit des contacts téléphoniques afin de suivre les progrès durant la première semaine d'un traitement par exposition ou deux séances par semaine en début de traitement. Comme un nombre considérable de personnes aux prises avec un problème de jeu abandonnent le traitement avant même la première séance (14 à 31%; voir Tableau 1), il serait intéressant d'étudier l'effet de ces stratégies.

Quant aux autres stratégies, notons laisser le choix de la condition de traitement à l'utilisateur, qui pourrait lui donner l'impression d'exercer un contrôle sur sa réhabilitation, et offrir le stationnement ou l'autobus gratuit, qui pourraient potentiellement répondre à la difficulté de transport (Carlbring, Jonsson, Josephson & Forsberg, 2010). Des études devraient évaluer l'influence directe de ces stratégies sur la rétention du traitement.

### ***Évaluation du risque de biais***

L'évaluation du risque de biais a été réalisée pour les 53 articles retenus. Comme la présente recension ne s'intéresse pas à l'efficacité des traitements, mais plutôt à l'abandon du traitement, les grilles d'évaluation du risque de biais ont servi de grille d'extraction afin de recueillir l'information ayant trait à l'abandon dans les études. Le lecteur est invité à lire le mémoire de Bianca Demers (2015) pour obtenir plus d'informations sur l'évaluation du risque de biais.

### ***Contributions des travaux en termes d'avancement des connaissances***

La présente recension dresse un portrait de l'abandon du traitement chez les joueurs et identifie des stratégies d'intervention visant à favoriser la rétention en traitement qui méritent d'être étudiées. Les études de traitement des problèmes de jeu des dernières années affichent des taux d'abandon encore élevés. Il y a absence de consensus sur la définition d'un abandon. L'absence de données sur l'abandon pour 7 des 53 études et sur la définition utilisée pour 33 sur 53 études illustre l'importance de conscientiser les chercheurs, la communauté clinique et scientifique (incluant le revue scientifique) à rapporter systématiquement l'abandon dans le but de contribuer à l'avancement des connaissances sur cette question fondamentale.

Les chercheurs tentent d'expliquer l'abandon à partir des données qu'ils possèdent sur les joueurs, dont leurs caractéristiques sociodémographiques et cliniques. Une étude prospective de l'abandon, en évaluant à priori les motifs

possibles d'abandon, pourrait apporter un éclairage complémentaire sur cette question. Il serait pertinent également d'étudier les joueurs qui ont abandonné le traitement mais, seulement plusieurs années après l'abandon, afin de mieux comprendre le parcours suivi pour se défaire de leur problématique, et ainsi obtenir un meilleur portrait de leur utilisation des services. Est-ce vraiment néfaste pour le joueur d'avoir abandonné le traitement, ou est-ce possible que cet arrêt d'utilisation d'une ressource l'ait amené à en consulter une autre plus appropriée à ses besoins? A-t-il eu tout ce dont il avait besoin à ce moment? Des études supplémentaires pourraient permettre de répondre à ces questions.

Une meilleure connaissance de l'abandon chez les joueurs permettrait d'orienter les recherches futures vers de nouvelles stratégies d'intervention. Une meilleure reconnaissance des individus à risque d'abandonner prématurément pourrait permettre au milieu d'offrir des interventions mieux adaptées et plus efficaces pour le temps estimé de présence en traitement pour un individu donné (Pulford et al., 2010). Une telle approche, jumelée, par exemple, à certaines stratégies favorisant la tenue d'une rencontre, ne pourrait mieux servir les joueurs.

## **PARTIE E – PISTES DE RECHERCHE**

La présente recension permet de constater qu'encore aujourd'hui un trop grand nombre d'études omettent de présenter les taux d'abandon durant le traitement du jeu. Les recherches futures devraient présenter systématiquement le taux d'abandon, la définition de l'abandon utilisée, ainsi que la méthode d'analyse utilisée pour traiter les données liées à l'abandon. Tout comme Ladouceur et al. (2001) le soulignaient, les éditeurs doivent exiger que ces informations se retrouvent dans les études soumises pour publication. De plus, nous réitérons, comme Ladouceur et al., la nécessité de bien définir l'abandon, puisque les multiples terminologies (abandon pré-traitement, lors du traitement ou post-traitement), le refus, la mortalité, l'exclusion, etc.) compliquent la comparaison entre les études.

De plus, des efforts devraient être fait afin d'obtenir les motifs de départ de la part des personnes qui mettent fin à leur traitement. Les études futures devraient évaluer des stratégies novatrices de rétention en traitement.

## PARTIE F - RÉFÉRENCES ET BIBLIOGRAPHIE

- Achab, S., & Khazaal, Y. (2011). Psychopharmacological treatment in pathological gambling: a critical review. *Current Pharmaceutical Design*, 17(14), 1389–1395. doi : <http://dx.doi.org/10.2174/138161211796150774>
- Allard, D., & Papineau, É. (2006). Évaluation du programme expérimental sur le jeu pathologique / Rapport synthèse. Institut national de santé publique du Québec.
- Association Américaine de Psychiatrie (2000). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (4<sup>e</sup> ed., texte révisé). Washington, DC°: Author.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5e ed.).Arlington, Va: Author.
- Barrett, M. A., Chua, W.-J., Crits-Christoph, P., Gibbons, M. B., Casiano, D., & Thompson, D. (2008). Early withdrawal from mental health treatment: Implications for psychotherapy practice. *Psychotherapy*, 45(2), 247-267. doi: 10.1037/0033-3204.45.2.247
- Battersby, M., Tolchard, B., Scurrah, M, & Thomas, L. (2006). Suicide ideation and behaviour in people with pathological gambling attending a treatment service. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 4(3), 233-246. doi: 10.1007/s11469-006-9022-z
- Blaszczynski, A., & Nower, L. (2002). A pathways model of problem and pathological gambling. *Addiction*, 95(5), 487-499. doi: 10.1046/j.1360-0443.2002.00015.x
- Blaszczynski, A., & Silvone, D. (1995). Cognitive and behavioral therapies for pathological gambling. *Journal of Gambling Studies*, 11(2), 195-220. doi: 10.1007/BF02107115
- Bryan, C. J., & Gartner, A. M. (2012). Defining treatment completion according to patient competency: a case example using brief cognitive behavioral therapy (BCBT) for suicidal patients. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43(2), 130-136. doi: 10.1037/a0026307

- Cahill, J., Barkham, M., Hardy, G., Rees, A., Shapiro, D. A., Stiles, W. B., & Macaskill, N. (2003). Outcomes of patients completing and not completing cognitive therapy for depression. *British Journal of Clinical Psychology, 42*, 133-143. doi: 10.1348/014466503321903553
- Campbell, F & Lester, D. (1999). The impact of gambling opportunities on compulsive gambling. *Journal of Gambling Social Psychology, 139*, 126. doi : 10.1080/00224549909598366
- Chaloult, L. (2008). *La thérapie cognitive-comportementale: théorie et pratique*. Canada, Québec : Gaëtan Morin.
- Cooper, H., Appelbaum, M., Maxwell, S., Stone, A., & Sher, K. (2008). Reporting standards for research in psychology: why do we need them? What might they be. *American Psychological Association, 63*, 839-851. doi: 10.1037/0003-066X.63.9.839
- Cunningham, J. A., Hodgins, D. C., Toneatto, T., & Murphy, M. (2012). A randomized controlled trial of personalized feedback intervention for problem gamblers. Toronto, Ca: Centre for Addiction and Mental Health.
- Davis, S., Hook, G. R., & Page, A. C. (2006) Identifying and targeting predictors of drop-out from group cognitive behaviour therapy. *Australian Journal of Psychology, 58* (1), 48-56. doi: 10.1080/00049530500504096
- Dell'Osso, B., Allen, A., & Hollander, E. (2005). Comorbidity issues in the pharmacological treatment of pathological gambling: a critical review. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health, 1*(21), 1-9. doi:10.1186/1745-0179-1-21
- Demers, B. (2015). *Synthèse des connaissances sur l'abandon d'un traitement par les joueurs de jeux de hasard et d'argent*. Mémoire doctoral en révision. Québec : Université Laval.
- Des Jarlais, D. C., Lyles, C., & Crepaz, N. (2004). Improving the reporting quality of nonrandomized evaluations of behavioral and public health interventions: the TREND statement. *American Journal of Public Health, 94*, 361-366.



- Deeks, J. J., Dinnes, J., D'Amico, R., Sowden, A. J., Sakarovitch, C., Song, F., ..., & Altman, D. G. (2003). Evaluating non-randomised intervention studies. *Health Technology Assessment, 7*(27), 1-179. doi: 10.1080/00049530500504096
- Dutra, L., Stathopoulou, G., Basden, S., Leyro, T., Powers, M., & Otto, M. (2008). A meta-analytic review of psychosocial interventions for substance use disorders. *The American Journal of Psychiatry, 165*, 179–87. doi: 10.1111/dar.12194
- Echeburúa, E., Baez, C., & Fernandez-Montalvo, J. (1996). Comparative effectiveness of three therapeutic modalities in the psychological treatment of pathological gambling: Long-term outcome. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 24*(1), 51–72.
- Egger, M., Smith, G. D., & O'Rourke, K. (2001). Rationale, potentials, and promise of systematic reviews. In M. Egger, G. D. Smith, & D. G. Altman (Eds), *Systematic Reviews in Health Care: Meta-Analysis in Context* ( pp. 3-19). London, UK : BMJ Publishing Group. doi: 10.1002/9780470693926.ch1
- Fink, A., Parhami, I., Rosenthal, R. J., Campos, M. D., Siani, A., & Fong, T. W. (2012). How transparent is behavioral intervention research on pathological gambling and other gambling-related disorders? A systematic literature review. *Addiction, 107*, 1915-1928. doi: 10.1111/j.1360-0443.2012.03911.x
- Garfield, S., L. (1994). Research on client variables in psychotherapy. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 190–228). New York: Wiley.
- Grant, J. E., Kim, S. W., & Potenza, M. N. (2003). Advances in the pharmacological treatment of pathological gambling. *Journal of Gambling Studies, 19*(1), 85-109.
- Gerstein, D., Murphy, S., Toce, M., Hoffman, J., Palmer, A., Johnson, R., ... & Sinclair, S. (1999). *Gambling impact and behavior study*. Report of the National Gambling Impact Study Commission.

- Green, S. (2005). Systematic reviews and meta-analysis. *Singapore Medical Journal*, 46(6), 270-274. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15902354>
- Hatchett, G. T., & Park, H. (2003). Comparison of four operational definitions of premature termination. *Psychotherapy: theory, research, practice, training*, 40(3), 226-231. doi: 10.1037/0033-3204.40.3.226
- Higgins, S.T., Budney, A.J., Bickel, W.K., & Badger, G.J. (1994). Participation of significant others in outpatient behavioral treatment predicts greater cocaine abstinence. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 20, 47–56.
- Higgins J. P. T., & Green, S. (Eds). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* Version 5.1.0 [updated March 2011]. The Cochrane Collaboration, 2011. Available from [www.cochrane-handbook.org](http://www.cochrane-handbook.org).
- Hodgins, D. C., Currie, S. R. & el-Guebaly, N. (2001). Motivational enhancement and self-help treatments for problem gambling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(1), 50-57. doi: 10.1037//0022-006X.69.1.50
- Hodgins, D., Stea, J., & Grant, J. (2011). Gambling disorders. *The Lancet*, 378(9806), 1874-1884. doi:10.1016/S0140-6736(10)62185-X
- Kairouz, S., & Nadeau, L. (2010). *Portrait du jeu au Québec : Prévalence, incidence et trajectoires sur quatre ans*. Montréal, Canada: Fonds de recherche québécois sur la société et la culture.
- Kazdin, A. E., & Bass, B. (1989). Power to detect differences between alternative treatments in comparative psychotherapy outcome research. *Consulting and Clinical Psychology*, 57(1), 138-147.
- Korman, L.M., Collins, J., Dutton, D., Bramille, D., Littman-Sharp, N., & Skinner, W. (2008). Problem gambling and intimate partner violence. *Journal of Gambling Studies*, 24, 13-23. doi: 10.1007/s10899-007-9077-1
- Korn, D. (2000). Expansion of gambling in Canada: implications for health and social policy. *Canadian Medical Association Journal*, 163 (1), 61-64. Retrieved from <http://www.ecmaj.ca/content/163/1/61.full>

- Korn, D., & Shaffer, H. (1999). Gambling and the health of the public: Adopting a public health perspective. *Journal of Gambling Studies, 15*, 289–365. 163 (1), 61-64. doi: 10.1023/A:1023005115932
- Jadad, A. R., Moore, R. A., Carroll, D., Jenkinson, C., Reynolds, D. J. M., Gavaghan D. J., & McQuay, H. (1996). Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: Is blinding necessary? *Controlled Clinical, 17*, 1-12. doi: 10.1016/0197-2456(95)00134-4,
- Joyce, A. S., Piper, W. E., Ogradniczuk, J. S., & Klein, R. H. (2007). *Termination in psychotherapy: A psychodynamic model of processes and outcomes*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Kazdin, A. (Ed) (1998). *Methodological issues & strategies in clinical research* (2<sup>d</sup> eds). Washington, DC: American Psychological Association.
- Ladouceur, R., Gosselin, P., Laberge, M. & Blaszczynski, A. (2001). Dropouts in clinical research: do results reported reflect clinical reality? *The Behavior Therapist, 24*, 44-45.
- Ladouceur, R., Jacques, C., Ferland, F., & Giroux, I. (1999). Prevalence of problem gambling: a replication study 7 years later. *Canadian journal of Psychiatry, 44*, 802-804. Retrieved from: [http://ww1.cpa-apc.org:8080/French\\_Site/Publications/Archives/CJP/1999/Oct/ladoucer.htm](http://ww1.cpa-apc.org:8080/French_Site/Publications/Archives/CJP/1999/Oct/ladoucer.htm)
- Ladouceur, R., Sylvain, C., Boutin, C., & Doucet, C. (2000). *Le jeu excessif: Comprendre et vaincre le gambling*. Montréal: Les Éditions de l'Homme.
- Ladouceur, R., Sylvain, C., Boutin, C., Lachance, S., Doucet, C., & Leblond, J. (2003). Group therapy for pathological gamblers: A cognitive approach. *Behaviour Research and Therapy, 41*(5), 587–596.
- Ladouceur, R., Sylvain, C., Sévigny, S., Poirier, L., Brisson, L., Dias, C., Dufour, C., & Pilote, P. (2004). Caractéristiques des joueurs excessifs selon le mode de traitement. Québec : Université Laval.
- Lampropoulos, G. K., Schneider, M. K., & Spengler, P. M. (2009). Predictors of early termination in a university counseling training clinic. *Journal of*

- Counseling & Development*, 87, 36-46. doi: 10.1002/j.1556-6678.2009.tb00547.x
- Ledgerwood, D.M., & Petry, N. M. (2005). Current trends and future directions in the study of psychosocial treatments for pathological gambling. *Current Directions in Psychological Science*, 14(2), 89-94. doi: 10.1111/j.0963-7214.2005.00341.x
- Liepman, M.R., Nirenberg, T.D., & Begin, A.M. (1989). Evaluation of a program designed to help family and significant others to motivate resistant alcoholics into recovery. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 15, 209–221
- Longabaugh, R., Beattie, M., Noel, N., Stout, R., & Malloy, P. (1993). The effect of social investment on treatment outcome. *Journal of Studies on Alcohol*, 54, 465–478.
- Lussier, J. P., Heil, S. H., Mongeon, J. A., Badger, G. J., & Higgins, S. T. (2006). A meta-analysis of voucher-based reinforcement therapy for substance use disorders. *Addiction*, 101, 192-203.
- McCrary, B.S., Noel, N.E., Abrams, D.B., Stout, R.L., Nelson, H.F., & Hay, W.M. (1986). Comparative effectiveness of three types of spouse involvement in outpatient behavioral alcoholism treatment. *Journal of Studies on Alcohol*, 47, 459–467.
- Melville, K. M., Casey, L. M., & Kavanagh, D. J. (2007). Psychological treatment dropout among pathological gamblers. *Clinical Psychology Review*, 27(8), 944-958. doi: 10.1016/j.cpr.2007.02.004
- Miller, R. B. & Hollist, C. S. (2007). Attrition Bias. Retrieved from University of Nebraska, Faculty Publications, Department of Child, Youth, and Family Studies website: <http://digitalcommons.unl.edu/famconfacpub/45>
- Milton, S., Crino, R., Hunt, C., & Prosser, E. (2002). The effect of compliance-improving interventions on the cognitive-behavioural treatment of pathological gambling. *Journal of Gambling Studies*, 18(2), 207-229. doi: 10.1023/A:1015580800028

- Milward, J., Lynskey M., & Stang, J. (2014). Solving the problem of non-attendance in substance abuse services. *Drug and Alcohol Review, 33*, 625-636.
- Mulrow, C. D. (1994). Rationale for systematic reviews. *British Medical Journal, 309*, 597-599. doi: org/10.1136/bmj.309.6954.597
- Pallesen, S., Mitsem, M., Kvale, G., Johnsen, B. H., & Molde, H. (2005). Outcome of psychological treatments of pathological gambling: a review and meta-analysis. *Addiction, 100*(10), 1412-1422. doi: 10.1111/j.1360-0443.2005.01204.x
- Pekarik, G. (1985). The effect of employing different termination classification criteria in dropout research. *Psychotherapy, 22*(1), 86-91. doi: 10.1037/h0088531
- Pekarik, G. (1992). Posttreatment adjustment of clients who drop out early vs. late in treatment. *Journal of Clinical Psychology, 48*(3), 379-387. doi: 10.1002/1097-4679(199205)48:3<379::AID-JCLP2270480317>3.0.CO;2-P
- Perkins, A., Zimmerman, L., Mooss, A., & Zorland, J. (2007). Pathological gambling treatment literature review. Atlanta, GA: Georgia State University.
- Productivity Commission. (2010). Gambling. Inquiry Report No. 50, Canberra.
- Pulford, J., Adams, A., & Sheridan, J. (2010). Responding to treatment dropout: A review of controlled trials and suggested future directions. *Addiction Research and Theory, 18*(3), 293-315.
- Ramos-Grille, I., Goma-i-Feixanet, M., Aragay, N., Valero, S., & Vallès, V. (2014). Predicting treatment failure in pathological gambling: the role of personality traits. *Addictive Behaviors, 43*, 53-59. doi: 10.1016/j.addbeh.2014.12.010
- Robson, E., Edwards, J., Smith, G., & Colman, I. (2002). Gambling decisions: An early intervention program for problem gamblers. *Journal of Gambling Studies, 18*(3), 235-255. doi: 10.1023/A:1016888705033
- Rosenthal, R. J. (2008). Psychodynamic psychotherapy and the treatment of pathological gambling. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 30*(1), 41-50. doi: 10.1590/S1516-44462008005000004

- Shaffer, H. J., & Korn, D. A. (2002). Gambling and related mental disorders: A public health analysis. *Annual review of Public Health, 23*, 171-212. doi: 10.1146/annurev.publhealth.23.100901.140532
- Sisson, R.W., & Azrin, N.H. (1986). Family-member involvement to initiate and promote treatment of problem drinkers. *Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry, 17*, 15–21.
- Stark, M. J. (1992). Dropping out of substance abuse treatment: A clinically oriented review. *Clinical Psychology Review, 12*, 93-116.
- Slutske, W. (2006). Natural recovery and treatment-seeking in pathological gambling: results of two U.S. national surveys. *The American Journal of Psychiatry, 163*(2), 297-302. Doi: 10.1176/appi.ajp.163.2.297
- Steel, Z., & Blaszczynski, A. (1998). Impulsivity, personality disorders and pathological gambling severity. *Addiction, 93*, 895-905. doi: 10.1046/j.1360-0443.1998.93689511.x
- Storer, J., Abbott, M., & Stubbs, J. (2009). Access or adaptation? A meta-analysis of surveys of problem gambling prevalence in Australia and New Zealand with respect to concentration of electronic gaming machines. *International Gambling Studies, 9*(3), 225-244. doi: 10.1080/14459790903257981
- Suissa, A. J. (2008). A critical perspective on gambling: a sociohistorical analysis. Zangeneh, M., Blaszczynski, A., & Turner, N. (eds.), *In the Pursuit of Winning* (pp.119-133). Retrived from <http://link.springer.com/book/10.1007/978-0-387-72173-6/page/1>
- Suurvali, H., Hodgins, D. C., Toneatto, T., & Cunningham, J. (2008). Treatment seeking among Ontario problem gamblers: Results of a population survey. *Psychiatric Services, 59*, 1343-1346. doi: 10.1176/appi.ps.59.11.1343.
- Swift, J. K., & Greenberg, R. P. (2012). Premature discontinuation in adult psychotherapy: a meta-analysis. *Journal of Counselling and Clinical Psychology, 80*(4), 547-559. doi: 10.1037/a0028226

- Sylvain, C., Ladouceur, R., & Boisvert, J. M. (1997). Cognitive and behavioral treatment of pathological gambling: A controlled study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65* (5), 727-732. doi: 10.1037/0022-006X.65.5.727
- Thomas, B.H., Ciliska, D., Dobbins, M., & Micucci, S. (2004). A process for systematically reviewing the literature: Providing the research evidence for public health nursing interventions. *Worldviews on Evidence-Based Nursing, 1*(3), 176-184. doi: 10.1111/j.1524-475X.2004.04006.x
- Thomas, A.C., Allen, F.C., & Phillips, J. (2009). Electronic gaming machine gambling: measuring motivation. *Journal of Gambling Studies, 25*, 343-355. doi: 10.1007/s10899-009-9133-0
- Viswanathan, M., Ansari, M., Berkman, N., Chang, S., Hartling, L., McPheeters, M. ... & Treadwell, J. R. (2012). Assessing the risk of bias of individual studies in systematic reviews Health care interventions. Agency for Healthcare Research and Quality Methods Guide for Comparative Effectiveness Reviews. Retrieved from <http://www.effectivehealthcare.ahrq.gov/>
- Walker, B. M. (2005). Problems in measuring the effectiveness of cognitive therapy for pathological gambling. *Journal of Gambling Studies, 21*(1), 81-92. doi: 10.1007/s10899-004-1927-5
- Wierzbicki, M. & Pekarik, G. (1993). A meta-analysis of psychotherapy dropout. *Professional Psychology: Research and Practice, 24*(2), 190-195. doi: 10.1037/0735-7028.24.2.190
- Westphal, J. R. (2007). Are the effects of gambling treatment overestimated? *International Journal of Mental Health and Addiction, 5*, 65-79. doi: 10.1007/s11469-006-9038-4

## Tableaux

Tableau 1.

### *Caractéristiques des études incluses et taux d'abandon*

Num	Identification des études		Taux d'abandon		
	Auteurs	N et conditions	Prétraitement	Traitement	Post-traitement
1	Allard & Papineau, 2006	3650 joueurs pathologiques ou problématiques assignés à une TCC	-	40,7% Interne : 5,5% (n = 26) Externe : 65% (n = 1460)	-
2	Bernhard, Crossman & Cross, 2007	75 joueurs problématiques assignés à un traitement financièrement supporté par l'état	-	-	-
3	Bouchard, 2012	28 joueurs problématiques assignés à TCC avec exposition en imaginaire ou TCC avec réalité virtuelle	-	-	-
4	Carlbring & Smith, 2008	66 joueurs pathologiques assignés à un programme d'auto traitement en ligne	-	-	15,2% (n = 10)
5	Carlbring, Jonsson, Josephson & Forsberg, 2010	150 joueurs pathologiques assignés à TCC en groupe, à EM ou à contrôle de type liste d'attente	Groupe TCC: 20,7% (n = 15) EM: 10,5% (n = 8) Groupe Contrôle:0% (n = 0)	-	Groupe TCC : 12% (n= 7) EM : 33,8% (n = 23)
6	Carlbring, Degerman, Jonsson & Andersson, 2012	284 joueurs problématiques assignés à TCC en auto-traitement	-	-	-
7	Coman, 2000	34 joueurs problématiques assignés à contrôle du stimulus avec exposition graduelle et prévention de la réponse	-	-	-
8	Diskin, 2006	97 jours problématiques assignés à EM avec auto-traitement ou entrevue contrôle avec auto-traitement	-	14,5% (n = 14)	12,4% (n = 12)

Note. CS = Contrôle du stimulus; Em = entrevue motivationnelle; EMDR = thérapie de désensibilisation et de retraitement par le mouvement rapide des yeux; GA = gamblers anonymes; TCC = thérapie cognitive comportementale.



Tableau 1 (suite).

Num	Identification des études		Prétraitement	Taux d'abandon	
	Auteurs	N et conditions		Traitement	Post-traitement
9	Dowling, Smith & Thomas, 2006	19 joueurs pathologiques assignés à TCC	-	24% (n = 5)	5,26% (n = 1)
10	Dowling, Smith, Thomas, 2009	85 joueurs pathologiques assignés à TCC en groupe, TCC individuelle ou contrôle de type liste d'attente	-	Obj. abstinence : 24% Obj. jeu contrôlé : 25%	-
11	Dowling, Smith, Thomas, 2007	56 joueurs pathologiques assignés à TCC en groupe, TCC individuelle ou contrôle de type liste d'attente	-	12,5% TCC ind. : 14% (n = 2) TCC groupe : 0% Groupe contrôle : 20% (n = 5)	TCC individuelle : 0% TCC groupe : 12% (n = 2)
12	Echeburua, Baez & Montavalvo, 1996	64 joueurs pathologiques assignés à 6 semaines de thérapie cognitive en groupe, exposition +prévention de la réponse, traitement combinant les deux conditions ou contrôle de type liste d'attente	←	21,9% (n = 14)	→
13	Echeburua, Fernandez & Baez, 2000	69 joueurs pathologiques assignés à CS+ Exposition, puis à prévention de la réponse en individuel, en groupe ou contrôle de type liste d'attente	←	14,5% (n= 10)	→
14	Fortin-Gagnon, 2011	84 joueurs problématiques assignés à télécounseling	-	← 50% (n = 42) →	→
15	Freidenberg, Blanchard, Wulfert & Malta, 2002	9 joueurs pathologiques assignés à TCC avec entretien motivationnel	-	-	-
16	Gonzalez, 2008	319 joueurs problématiques assignés à traitement interne	-	12% (n=38)	Plus de 50%
17	Grant, Donahue, Odlaug, Kim, Miller & Petry, 2009	68 joueurs problématiques assignés à exposition par l'imaginaire +EM ou GA	-	19,1% Exposition + EM: 24,2% (n = 8) GA : 14,3% (n = 5)	-

Note. CS = Contrôle du stimulus; Em = entrevue motivationnelle; EMDR = thérapie de désensibilisation et de retraitement par le mouvement rapide des yeux; GA = gamblers anonymes; TCC = thérapie cognitive comportementale.

Tableau 1 (suite).

Num	Identification des études		Prétraitement	Taux d'abandon	
	Auteurs	N et conditions		Traitement	Post-traitement
18	Henry, 1996	22 joueurs problématiques assignés à thérapie individuelle éclectique d'orientation cognitive comportementale avec EMDR ou thérapie seule	-	-	-
19	Hodgins, Currie & el-Guebaly, 2001	102 joueurs problématiques assignés à thérapie individuelle éclectique d'orientation TCC avec EMDR ou contrôle de type liste d'attente	Pas clair	← 16,7% (n = 17) →	
20	Hodgins, Currie, Currie & Fick, 2009	314 joueurs problématiques assignés manuel d'auto-traitement avec EM ou manuel d'auto-traitement avec EM et appels téléphoniques de soutien ou manuel d'auto-traitement seulement ou contrôle de type liste d'attente	-	2,87% (n = 9)	12,1% (n = 38)
21	King, Earl & Wotherspoon (2004)	39 joueurs problématiques assignés à groupe ouvert à l'externe ou groupe contrôle	-	26,5% n = ~10	-
22	Labrie, Peller, LaPlante, Bernhard, Harper, Schrier & Shaffer, 2012	315 joueurs problématiques assignés à auto-traitement ou auto-traitement avec 1 appel	-	-	Nevada : 20% (n = 34) Massachusetts : 22,8% (n = 33)
23	Ladouceur, Lachance & Fournier, 2009	89 joueurs problématiques assignés à TCC individuelle	-	31% (n = 28)	4,5% (n = 4)
24	Ladouceur, Sylvain, Boutin, Doucet & Leblond, 2003	46 joueurs pathologiques en thérapie cognitive de groupe ou contrôle de type liste d'attente	-	26% (n = 12)	-
25	Ladouceur, Sylvain, Boutin, Lachance, Doucet, Leblond & Jacques, 2001	88 joueurs pathologiques assignés à thérapie cognitive en groupe ou contrôle de type liste d'attente	← TCC : 47% (n = 31) →		TCC : 10,6% (n = 7)
26	Larimer et al., 2011	147 joueurs problématiques assignés à EM brève ou TCC ou contrôle	-	27% EM brève : 15,2% (n = 8) TCC : 45% (n = 18) Contrôle= non-rapporté	EM: 9,1%(n = 4) TCC : 31% (n = 14) Contrôle : 19,6% (n = 10)

Note. CS = Contrôle du stimulus; Em = entrevue motivationnelle; EMDR = thérapie de désensibilisation et de retraitement par le mouvement rapide des yeux; GA = gamblers anonymes; TCC = thérapie cognitive comportementale.

Tableau 1 (suite).

Num	Identification des études			Taux d'abandon	
	Auteurs	N et conditions	Prétraitement	Traitement	Post-traitement
27	Lee, 2002	8 couples dont au moins 1 des membres est joueur pathologique assigné à thérapie de couple	-	n = 0	6,25% (n = 1)
28	Marceaux & Melville, 2010	49 joueurs pathologiques assignés à groupe 12 étapes, TCC en groupe ou contrôle de type liste d'attente	22,4% (n = 11)	-	10,2% (n = 5)
29	Melville, Davis, Matzenbacher & Clayborne, 2004	32 joueurs pathologiques assignés à TCC de groupe-mapping version améliorée, TCC de groupe (non-mapping), TCC de groupe- mapping version améliorée (référé) ou contrôle de type liste d'attente	-	-	-
30	Mintoft, Bellringer & Orme, 2005	23 joueurs problématiques assignés à thérapie centrée sur les solutions	-	52,2% (n = 12)	-
31	Milton, Crino, Hunt & Prosser, 2002	40 joueurs pathologiques assignés à TCC ou TCC avec intervention visant amélioration de l'adhérence	-	50% TCC: 65% TCC avec amélioration de l'adhérence: 35% (n = 7)	-
32	Murcia, et al., 2007	290 joueurs pathologiques assignés à TCC en groupe	-	30,3% (n = 88)	27,4% (n = 52)
33	Murcia et al., 2012	502 joueurs pathologiques assignés à TCC en groupe ou TCC en groupe avec exposition et prévention de la réponse	-	38,6% TCC: 29,7% (n = 93) TCC + Exposition +PR: 53,4% (n = 101)	TCC: 14,06% (n = 44) TCC + Exposition +PR: 15,3% (n = 29)
34	Myrseth et al., 2011	35 joueurs pathologiques assignés à TCC ou TCC + escitalopram	TCC : 21,05% (n = 4) TCC +escitalopram : 6,25% (n = 1)	17,1% TCC : 21,05% (n = 4) TCC +escitalopram : 12,5% (n = 2)	TCC : 21,05% (n = 4) TCC +escitalopram : 31.25% (n = 5)

Note. CS = Contrôle du stimulus; Em = entrevue motivationnelle; EMDR = thérapie de désensibilisation et de retraitement par le mouvement rapide des yeux; GA = gamblers anonymes; TCC = thérapie cognitive comportementale.

Tableau 1 (suite).

Num	Identification des études			Taux d'abandon	
	Auteurs	N et conditions	Prétraitement	Traitement	Post-traitement
35	Myserth, Litlerè, Stoylen & Pallesen, 2009	14 joueurs pathologiques assignés à TCC en groupe ou contrôle de type liste d'attente	-	TCC : aucun Contrôle : aucun	TCC : aucun Contrôle : 42,9% (n = 3)
36	Oakes, Gardiner, McLaughlin & Battersby, 2012	7 joueurs problématiques assignés à TCC en groupe	-	14,3% (n = 1)	14,3% (n = 1)
37	Oei, Raylu & Casey, 2010	102 joueurs problématiques TCC individuelle +EM vs TCC en groupe +EM ou contrôle de type liste d'attente	-	46,1% Individuel + groupe: 52,8% (n = 38) Contrôle : 32,1% (n = 9)	Individuel+ groupe: 33,3% (n = 24) Contrôle : 28,6% (n = 8)
38	Parhami, Davtian, Hanna, Calix & Fong, 2012	8 joueurs pathologiques assignés à intervention par téléphone	-	50% (n = 4)	-
39	Petry, Weinstock, Ledgerwood & Morasco, 2008	180 joueurs problématiques assignés à rétroaction personnalisée et conseils, MET, MET +TCC ou contrôle	-	-	MET +TCC : 15% (n = 6) MET : 12,7% (n = 7) Séances brèves : 16,2% (n = 6) Groupe contrôle : 12,5% (n = 6)
40	Petry, Weinstock, Morasco & Ledgerwood, 2009	117 joueurs problématiques assignés à rétroaction personnalisée et conseils, MET, MET avec TCC ou contrôle	-	-	MET+TCC : 14,3% (n = 3) MET : 3,33% (n = 1) Contrôle : 2,9% (n = 1)

Note. CS = Contrôle du stimulus; Em = entrevue motivationnelle; EMDR = thérapie de désensibilisation et de retraitement par le mouvement rapide des yeux; GA = gamblers anonymes; TCC = thérapie cognitive comportementale.

Tableau 1 (suite).

Num	Identification des études			Taux d'abandon		
	Auteurs	N et conditions	Prétraitement	Traitement	Post-traitement	
41	Petry et al., 2006	231 joueurs pathologiques assignés à référence au GA, référence au GA avec auto-traitement ou référence GA avec TCC individuelle	-	-	Référence GA : 28,6% (n = 18) Référence GA + auto-traitement : 21,4% (n = 18) Référence GA + TCC individuelle : 16,7% (n = 14)	
42	Riley, Smith & Oakes, 2011	551 joueurs problématiques assignés à exposition et prévention de la réponse	-	← 39% (n = 213) →		
43	Robson, Edwards, Smith & Colman, 2002	117 joueurs problématiques assignés à auto-traitement ou thérapie de groupe	← 32,5% (n = 38)	→	13,7% (n=16)	
44	Robson Edwards, Smith & Newman, 2006	43 joueurs problématiques assignés à TCC brève avec auto-traitement ou TCC brève seule	-	23,3% (n = 10)	20,9% (n = 9)	
45	Smith et al., 2010	127 joueurs problématiques assignés à exposition	17,1% (n = 7)	26,8% (n = 34)	-	
46	Stinchfield & Winters, 2001	592 joueurs pathologiques assignés à traitement externe au Minnesota	-	27%	10,1% (n = 60)	
47	Stinchfield, Winters & Dittel, 2008	436 joueurs pathologiques assignés à traitement externe Minnesota ou traitement interne Minnesota	-	30,7% (n = 134) Externe : 48%; Interne : 9%	21,3% 209	
48	Sylvain, Ladouceur & Boisvert, 1997	58 joueurs pathologiques assignés à TCC ou contrôle de type liste d'attente	31% (n = 18)	19% Traitement : 57,1% (n= 8) Contrôle : 20% (n = 3)	12,5% (n = 5)	

Note. CS = Contrôle du stimulus; Em = entrevue motivationnelle; EMDR = thérapie de désensibilisation et de retraitement par le mouvement rapide des yeux; GA = gamblers anonymes; TCC = thérapie cognitive comportementale.

Tableau 1 (suite).

Num	Identification des études		Taux d'abandon		
	Auteurs	N et conditions	Prétraitement	Traitement	Post-traitement
49	Toneatto & Gunaratne, 2009	99 joueurs problématiques assignés à thérapie cognitive, thérapie comportementale, EM ou intervention minimale	-	-	TCognitive : 28% (n=7) Tcomportementale : 29,2% (n=7) EM : 31,8% (n = 7) Intervention minimale : 17,9% (n=5)
50	Toneatto & Dragonetti, 2008	126 joueurs pathologiques assignés à TCC en groupe ou 12 étapes	-	-	21,4% (n = 27)
51	Walker, 2001	59 joueurs pathologiques assignés à thérapie cognitive, auto-traitement, GMAP ou TCC	-	57,6% (n = 34)	20,3% (n = 12)
52	West, 2008	9 joueurs problématiques assignés à traitement externe avec gestion de la contingence	-	77,8% (n = 7)	n = 0
53	Wulfert, Blanchard & Freidenberg, 2006	21 joueurs pathologiques assignés à TCC avec EM ou traitement usuel	-	19% (n = 4)	-

Note. CS = Contrôle du stimulus; Em = entrevue motivationnelle; EMDR = thérapie de désensibilisation et de retraitement par le mouvement rapide des yeux; GA = gamblers anonymes; TCC = thérapie cognitive comportementale.

Tableau 2.

*Variables prédictrices de l'abandon au prétraitement*

Variables prédictrices (instrument)	Études (N, année)	Nombre d'études et relation	
		Significative	Non-significative
<i>Variables reliées au jeu</i>			
Fréquence et temps passé à jouer	Marceaux & Melville (N = 49; 2011)	0	1
Gravité du problème de jeu (SOGS)	Marceaux & Melville (N = 49; 2011)	0	1
Gravité du problème de jeu (DSM-IV)	Marceaux & Melville (N = 49; 2011)	0	1
Désir de jouer	Marceaux & Melville (N = 49; 2011)	0	1
Sentiment de pouvoir contrôler ou arrêter le jeu	Marceaux & Melville (N = 49; 2011)	0	1
<i>Autres problèmes ou caractéristiques psychologiques</i>			
Dépression (BDI-II)	Marceaux & Melville (N = 49; 2011)	0	1
Anxiété (BAI)	Marceaux & Melville (N = 49; 2011)	0	1

Note. + relation positive, - relation négative

Tableau 3.  
Variables prédictrices de l'abandon durant le traitement

Variables prédictrices (instrument)	Études (N, année)	Nombre d'études et relation	
		Significative	Non-significative
<i>Variables sociodémographiques</i>			
Âge	Carlbring et al. (N = 198; 2010); Diskin (N = 97; 2006); Murcia et al. (N = 502, 2012); Robson et al. (N = 117; 2002); Smith et al. (N = 127; 2010); Sylvain et al. (N = 40; 1997)	1(-)	5
Genre	Carlbring et al. (N = 198; 2010); Murcia et al. (N = 290; 2007); Robson et al. (N = 117; 2002); Robson et al. (N = 43; 2006); Sylvain et al. (N = 40; 1997)	0	5
Ethnicité	Carlbring et al. (N = 198; 2010); Sylvain et al. (N = 40; 1997)	0	2
Scolarité	Carlbring et al. (N = 198; 2010); Diskin (N = 97; 2006); Murcia et al. (N = 290; 2007); Robson et al. (N = 43; 2006); Smith et al. (N = 127; 2010)	0	5
Revenu	Diskin (N = 97; 2006); Robson et al. (N = 43; 2006)	0	2
Occupation	Carlbring et al. (N = 198; 2010); Murcia et al. (N = 290; 2007); Robson et al. (N = 43; 2006); Smith et al. (N = 127; 2010)	0	4
État matrimonial	Carlbring et al. (N = 198; 2010); Murcia et al. (N = 290; 2007); Robson et al. (N = 43; 2006); Smith et al. (N = 127; 2010)	0	4
Séparé ou divorcé	Smith et al. (N = 127; 2010)	1	0
Célibataire	Smith et al. (N = 127; 2010)	0	1
Soutien social	Smith et al. (N = 127; 2010)	0	1
Logement	Robson et al. (N = 43; 2006); Smith et al. (N = 127; 2010)	0	2
<i>Variables reliées au jeu</i>			
Âge du début des comportements de jeu	Sylvain et al. (N = 40; 1997)	1(-)	
Âge du début des comportements de jeu problématiques	Sylvain et al. (N = 40; 1997)	1(-)	
Durée des comportements de jeu problématique	Milton et al. (N = 40; 2002); Murcia et al. (N = 502, 2012); Smith et al. (N = 127; 2010)	1(+)	2
Fréquence et temps passé à jouer	Carlbring et al. (N = 198; 2010); Diskin (N = 97; 2006); Robson et al. (N = 43; 2006)	0	3
Argent misé	Carlbring et al. (N = 198; 2010); Diskin (N = 97; 2006); Robson et al. (N = 117; 2002);	0	3
Gains et pertes	Carlbring et al. (N = 198; 2010); Robson et al. (N = 43; 2006)	0	2

Note. + relation positive, - relation négative



Tableau 3 (suite).

Variables prédictrices (instrument)	Études (N, année)	Relation	
		Significative	Non-significative
<i>Variables reliées au jeu (suite)</i>			
Limite d'argent	Carlbring et al. (N = 198; 2010);	0	1
Consommer et JHA	Carlbring et al. (N = 198; 2010);	0	1
Gravité du problème de jeu (NODS)	Carlbring et al. (N = 198; 2010);	0	1
Gravité du problème de jeu (SOGS)	Murcia et al. (N = 502, 2012); Sylvain et al. (N = 40; 1997)	0	2
Gravité du problème de jeu (PGSI)	Diskin (N = 97; 2006)	1(+)	0
Gravité du problème de jeu (DSM-III-R)	Sylvain et al. (N = 40; 1997)		1
Gravité du problème de jeu (DSM-IV)	Robson et al. (N = 117; 2002); Robson et al. (N = 43; 2006);	0	2
Motivation à modifier ses habitudes de jeu	Milton et al. (N = 40; 2002);	0	1
Problèmes liés au jeu	Robson et al. (N = 117; 2002); Robson et al. (N = 43; 2006)	0	2
Désir de jouer	Sylvain et al. (N = 40; 1997)	0	1
Éléments déclencheurs de l'envie de jouer	Robson et al. (N = 117; 2002);	0	1
Sentiment de pouvoir contrôler ou cesser le jeu	Sylvain et al. (N = 40; 1997)	0	1
<i>Autres problèmes ou caractéristiques psychologiques</i>			
Indice global (GHQ-12)	Robson et al. (N = 43; 2006)	0	1
Indice global (SCL-90)	Murcia et al. (N = 290; 2007);	0	1
Obsessif compulsif (SCL-90)	Murcia et al. (N = 290; 2007);	1(+)	0
Somatisation (SCL-90)	Murcia et al. (N = 290; 2007);	0	1
Sensibilité interpersonnelle (SCL-90)	Murcia et al. (N = 290; 2007);	0	1
Dépression (SCL-90)	Murcia et al. (N = 290; 2007);	0	1
Anxiété (SCL-90)	Murcia et al. (N = 290; 2007);	0	1
Hostilité (SCL-90)	Murcia et al. (N = 290; 2007);	0	1
Phobie (SCL-90)	Murcia et al. (N = 290; 2007);	0	1
Idéation paranoïde (SCL-90)	Murcia et al. (N = 290; 2007);	0	1
Psychotisme (SCL-90)	Murcia et al. (N = 290; 2007);	0	1

Note. + relation positive, - relation négative

Tableau 3 (suite).

Variables prédictrices (instrument)	Études (N, année)	Relation	
		Significative	Non-significative
<i>Autres problèmes ou caractéristiques psychologiques (suite)</i>			
Dépression (BDI-II)	Carlbring et al. (N = 198; 2010); Milton et al. (N = 40; 2002);	0	2
Dépression (CES-D)	Robson et al. (N = 43; 2006)	0	1
Anxiété (BAI)	Carlbring et al. (N = 198; 2010);	0	1
Anxiété (STAI)	Milton et al. (N = 40; 2002);	0	1
Anxiété (TAI-Y-20)	Smith et al. (N = 127; 2010)	0	1
<i>Traits de personnalité</i>			
TCI-R- global	Murcia et al. (N = 290; 2007);	0	1
recherche de nouveauté (TCL)	Murcia et al. (N = 290; 2007); Murcia et al. (N = 502, 2012)	1+	1
évitement du danger (TCL)	Murcia et al. (N = 290; 2007); Murcia et al. (N = 502, 2012)	0	2
dépendance à la récompense (TCL)	Murcia et al. (N = 290; 2007); Murcia et al. (N = 502, 2012)	0	2
persistance (TCL)	Murcia et al. (N = 290; 2007); Murcia et al. (N = 502, 2012)	0	2
auto-direction (TCL)	Murcia et al. (N = 290; 2007); Murcia et al. (N = 502, 2012)	0	2
coopération (TCL)	Murcia et al. (N = 290; 2007); Murcia et al. (N = 502, 2012)	0	2
auto- dépassement (TCL)	Murcia et al. (N = 290; 2007); Murcia et al. (N = 502, 2012)	0	2
Recherche de sensation (AISS)	Smith et al. (N = 127; 2010)	1(+)	0
Consommation d'alcool (AUDIT)	Milton et al. (N = 40; 2002);	1(+)	0
Consommation de drogues (DAST)	Milton et al. (N = 40; 2002);	1(+)	0
Impulsivité (I7)	Murcia et al. (N = 290; 2007);	0	1
Perception de santé physique	Robson et al. (N = 43; 2006)	0	1
<i>Traitement</i>			
Modalités de traitement	Milton et al. (N = 40; 2002); Murcia et al. (N = 502, 2012)	2	0

Note. + relation positive, - relation négative