

*Rapport  
de recherche*  
PROGRAMME ACTIONS CONCERTÉES

**La restructuration cognitive pour le traitement des joueurs pathologiques :  
synthèse critique des connaissances**

**Chercheuse principale**

Isabelle Giroux, Université Laval

**Cochercheur**

Stéphane Bouchard, Université du Québec en Outaouais

**Collaborateurs**

Claude Boutin, Maison Jean Lapointe

Ginette Doucet, Centre de traitement de dépendances CASA

Marie-Claude Gagné, Centre de traitement de dépendances CASA

**Établissement gestionnaire de la subvention**

Université Laval

**Numéro du projet de recherche**

2015-JU-179866

**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**

Lors de l'évaluation du projet, le Comité scientifique du Fonds de recherche du Québec –Société et culture (FRQSC) considérait que la synthèse des connaissances était à elle seule suffisante pour une contribution scientifique de valeur au domaine de recherche proposé. Toutefois, afin d'informer le lecteur quant à la disponibilité du matériel de traitement cité dans les études recensées, nous identifions les études qui y réfèrent, de même que les sources de ce matériel. Le lecteur pourra consulter le tableau 1 de ce rapport pour obtenir ces informations.

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

Cette recherche a bénéficié d'une subvention du FRQSC en partenariat avec le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

### **RÉFÉRENCE SUGGÉRÉE :**

Giroux, I., Chrétien, M., Goulet, A., Jacques, C., & Bouchard, S. (2016). La restructuration cognitive pour le traitement des joueurs pathologiques : synthèse critique des connaissances. Québec, Université Laval.

Ce rapport est disponible en version électronique sur les sites Internet du CQEPTJ (<http://gambling.psy.ulaval.ca>), du Laboratoire de cyberpsychologie de l'UQO (<http://w3.uqo.ca/cyberpsy/>) 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 (2016)

## Table des matières

<b>PARTIE A – CONTEXTE DE LA RECHERCHE</b> .....	<b>5</b>
Aperçu de la problématique .....	5
Les pensées erronées des joueurs pathologiques .....	5
Comment identifier et corriger les pensées erronées ?.....	6
Les pensées liées au jeu des joueurs de jeu avec une part d'habileté .....	7
Objectifs de la recension.....	9
<b>PARTIE B – PISTES DE SOLUTION, RETOMBÉES ET IMPLICATIONS</b> ....	<b>11</b>
<b>PARTIE C – MÉTHODOLOGIE</b> .....	<b>18</b>
Stratégies de recherche.....	18
Critères d'inclusion et d'exclusion .....	19
Procédure de sélection des études .....	19
Évaluation du risque de biais.....	20
Analyse des données.....	21
<b>PARTIE D – RÉSULTATS</b> .....	<b>23</b>
Terminologie utilisée pour référer aux pensées liées au jeu .....	24
Objectifs des traitements spécifiques aux pensées liées au jeu .....	25
Modalités des traitements.....	26
Techniques utilisées pour identifier et corriger les pensées erronées .....	28
Prise en compte des types de jeu dans l'intervention cognitive .....	30
Efficacité des interventions .....	31
Biais méthodologiques des études .....	34
Contribution des travaux .....	35
<b>PARTIE E – PISTES DE RECHERCHE</b> .....	<b>38</b>
<b>PARTIE F – RÉFÉRENCES ET BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>39</b>

<b>TABLEAUX .....</b>	<b>43</b>
Tableau 1 – Caractéristiques des études, résultats principaux et biais méthodologiques .....	43
Tableau 2 – Caractéristiques de la restructuration cognitive .....	54
<b>ANNEXES .....</b>	<b>67</b>
Annexe A – Grille d’extraction des études randomisées (expérimentales)...	67
Annexe B – Grille d’extraction des études non-randomisées (quasi-expérimentales ou études de cas).....	69
Annexe C – Bibliographie complète .....	71

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

### ***Aperçu de la problématique***

La correction des pensées erronées, appelée restructuration cognitive (RC), a été présentée comme la composante centrale du traitement des joueurs pathologiques (Ladouceur et al., 1998; Sylvain et al., 1997). Cette restructuration vise à rendre des pensées erronées, soit celles qui nient entre autres la part prédominante du hasard dans le résultat des jeux de hasard et d'argent, en pensées adéquates tenant compte de ce principe. Des études récentes mettent en évidence des différences entre les pensées induites par les jeux impliquant une part d'habileté (p.ex. le poker) et les jeux de hasard pur (p.ex. les appareils de loterie vidéo; Delfabbro, 2004), entraînant potentiellement des différences dans l'application de la RC. Dans cette même lignée, les intervenants œuvrant auprès des joueurs rapportent un manque de connaissances sur les applications concrètes de la RC (Lafond & Brisson, 2007). Ces constats soulèvent différents questionnements: de quelle manière les études de traitement considèrent les pensées liées au jeu dans le traitement des joueurs ? Les interventions cognitives, soit celles qui visent la modification des pensées erronées, tiennent-elles compte des particularités associées aux types de jeux joués ? Une synthèse critique des connaissances permet de faire le point sur la façon dont la RC s'articule dans les études de traitement en jeu.

### ***Les pensées erronées des joueurs pathologiques***

Selon certains auteurs, les pensées erronées des joueurs jouent un rôle important dans le développement des problèmes de jeu (Blaszczynski & Silove, 1995; Gaboury & Ladouceur, 1989; Walker, 1992). Ces pensées constituent la

force médiatrice qui maintient les comportements de jeu problématiques chez les joueurs (Georges & Murali, 2005). Différentes appellations sont retrouvées dans la littérature pour référer aux pensées des joueurs (p.ex. *pensées / perceptions / croyances erronées, irrationnelles, dysfonctionnelles, déformées*, etc.; Barrault & Varescon, 2012). Le terme « pensée erronée », qui sous-tend que la pensée est fausse ou erronée, puisque les principes du hasard ne sont pas respectés (Gaboury & Ladouceur, 1989), et que l'indépendance des tours ou le principe d'espérance de gain négative sont ignorés (Devynck et al., 2012), est probablement le plus utilisé par les chercheurs spécialisés dans le traitement du jeu, bien qu'aucune donnée empirique à ce sujet n'ait été recueillie jusqu'à présent. D'autres pensées peuvent s'avérer plus ou moins vraies, mais nuire au fonctionnement (Kovacs & Beck, 1978) et contribuer à la poursuite du jeu (Bouchard et al., 2013); le terme pensée erronée pourraient alors ne pas être approprié pour référer à ce genre de pensées.

### ***Comment identifier et corriger les pensées erronées ?***

Selon les résultats de recensions des écrits et de méta-analyses, la thérapie cognitive-comportementale (TCC) constitue le traitement de choix pour les problèmes de jeu (Brewer et al., 2008; Cowlshaw et al., 2012; Pallesen et al., 2005) et se situe au rang des meilleures pratiques (Desrosiers & Jacques, 2009). La méta-analyse de Pallesen et al. (2005) identifie plusieurs gains thérapeutiques de la TCC : diminution de l'envie de jouer, des comportements de jeu et de la gravité du problème de jeu et augmentation de la perception d'efficacité personnelle, et ce, à court et long termes (Pallesen et al., 2005).

Offerte en traitement individuel ou de groupe, dans le cadre d'interventions en face-à-face ou sous forme d'autotraitement (ordinateur, manuel avec ou sans

soutien téléphonique), la TCC arrime les interventions comportementales et cognitives. Les interventions cognitives les plus connues réfèrent à la psychoéducation et à l'identification et la correction des pensées erronées, intervention nommée restructuration cognitive (Ladouceur et al., 2000).

La RC consiste à assister le joueur dans l'identification et la modification de ses pensées erronées. Pour les identifier, différentes techniques s'offrent aux intervenants : utilisation de grilles d'autonotation, méthode de la pensée à voix haute en contexte d'exposition au jeu, etc. (Blaszczynski et al., 2005; Ladouceur et al., 2000). C'est ensuite à l'aide d'interactions patient-thérapeute que les pensées erronées s'ébranlent et se modifient progressivement vers des pensées plus adéquates (Raylu & Oei, 2010). Outre les interactions, d'autres techniques peuvent aider à modifier les pensées, comme c'est le cas, par exemple, des grilles de type ABC (pensée, émotion, comportement; Ladouceur et al., 2000).

Selon le guide des pratiques basées sur les données probantes de Korn et Schaffer (2004), la RC, lorsqu'appliquée adéquatement, diminuerait les comportements de jeu excessifs des joueurs. Cependant, un manque notable de connaissances persiste chez les intervenants, les rendant inconfortables à appliquer la RC auprès de joueurs. En effet, la majorité des intervenants au Québec ayant répondu au sondage de Lafond et Brisson (2007) désirent recevoir du perfectionnement et du support clinique dans l'application de la TCC (Lafond & Brisson, 2007). Ces derniers se sentiraient également peu outillés devant la diversité des pensées liées au jeu entretenues par les joueurs.

### **Les pensées liées au jeu des joueurs de jeux avec une part d'habileté**

Selon Delfabbro (2004), la participation à des jeux avec une part d'habileté, comme le poker, le blackjack ou les paris sportifs, serait motivée par des pensées qui leur sont spécifiques. Or, les connaissances à ce sujet sont limitées (Bonnaire et al., 2009; Myrseth, et al., 2010). Certaines études montrent que les joueurs participants à des jeux avec une part d'habileté manifestent davantage d'illusions de contrôle que les joueurs de jeux de hasard pur (Myrseth et al., 2010; Toneatto et al., 1997). Langer (1975) explique que l'opportunité de faire des choix et l'expérience acquise au jeu augmente les illusions de contrôle des joueurs et que leur confiance en leurs habiletés personnelles produit des attentes de gains trop grandes. D'autres auteurs affirment aussi que ces joueurs surestiment leur capacité à gagner grâce à l'utilisation de connaissances (Cantinotti et al., 2004; Myrseth et al., 2010).

Connaître et comprendre la nature et le rôle des pensées liées au jeu, qui diffèrent en fonction des particularités des jeux, constituent des prérequis pour intervenir avec efficacité au plan cognitif auprès des joueurs pathologiques (Devynck et al., 2012). D'ailleurs, les intervenants au Québec rapportent manquer d'outils pour identifier et traiter les pensées erronées des joueurs pathologiques qui s'adonnent à des jeux avec une part d'habileté (Papineau et al., 2005). À ce titre, il n'existe encore aucun questionnaire validé qui évalue les pensées propres aux joueurs de jeux d'habileté.

Les joueurs de jeux d'habileté en traitement pose un défi supplémentaire aux intervenants quant à l'application de la RC et soulève plusieurs questions importantes : de quelle façon les interventions psychologiques traitent-elles les



pensées erronées des joueurs pathologiques ? Les spécificités de ces pensées en fonction des types de jeux joués sont-elles prises en compte ?

### ***Objectifs de la recension***

La recension systématique a pour but de dresser l'état des connaissances sur les interventions cognitives faites auprès des joueurs pour identifier et corriger les pensées erronées. Cette recension vise à répondre à des interrogations sur la façon dont les auteurs définissent la RC ainsi que son application et son efficacité.

Plus précisément, la recension systématique a pour objectifs de : (a) identifier les termes utilisés par les auteurs pour référer aux pensées liées au jeu à corriger; (b) identifier les objectifs de traitement (p.ex. diminuer les comportements de jeu) et, lorsque disponibles, les objectifs spécifiques aux pensées liées au jeu (p.ex. diminuer le nombre de pensées erronées, augmenter le nombre de pensées adéquates); (c) décrire les modalités de la RC : soit la disponibilité (p.ex. en face à face, par Internet), le format (individuel ou de groupe), ainsi que l'intensité de la RC par rapport à l'entièreté du traitement (p.ex. nombre de rencontres); (d) décrire les techniques d'utilisation pour identifier et corriger les pensées erronées; (e) décrire la façon dont les auteurs tiennent compte des différentes formes de jeu dans l'application de la RC (p.ex. jeux avec une part d'habileté); (f) rapporter l'efficacité des traitements et (g) décrire la qualité méthodologique des études en identifiant les risques de biais potentiels.

Afin de faciliter l'identification du matériel cognitif utilisé dans les traitements recensés (p.ex. manuel de traitement, descriptions détaillées des interventions dans les articles) pour les intervenants, les études dans lesquelles les auteurs

réfèrent le lecteur vers le matériel sont identifiées. Ces informations sont présentées au tableau 1.

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

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

Nos travaux s'adressent aux chercheurs et intervenants qui s'intéressent au traitement des joueurs pathologiques, dans une perspective de recherche, tout comme de pratique clinique. Les intervenants qui œuvrent auprès des joueurs pathologiques seront particulièrement intéressés par ce regard général sur les études de traitements qui comprennent des interventions cognitives.

Les décideurs et gestionnaires seront aussi intéressés par nos résultats. Ceux-ci pourront alimenter leur réflexion sur la façon d'outiller et de mieux encadrer les intervenants dans leur pratique clinique auprès des joueurs.

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

Les décideurs et gestionnaires se retrouvent aux prises avec différents défis associés aux services psychologiques à offrir aux joueurs qui consultent. D'une part, les intervenants œuvrant auprès de joueurs pathologiques manifestent des besoins en matière de formation quant à l'application des traitements cognitifs et comportementaux (Lafond & Brisson, 2007). Plus encore, ils manifestent leur manque de connaissances dans l'application d'interventions et techniques cognitives, notamment dans un contexte où les joueurs s'adonnent à des jeux aux caractéristiques distinctes (p.ex. jeux avec une part d'habileté; Papineau et al., 2005). D'autre part, cette revue systématique montre qu'il existe plusieurs traitements manualisés dont l'efficacité est démontrée au moyen de protocoles de recherche rigoureux. Or, bien que les intervenants soient fortement encouragés à nourrir leur pratique de la littérature scientifique, la recension montre que les

articles scientifiques offrent des informations clairement insuffisantes sur lesquelles s'appuyer pour appliquer les interventions cognitives.

Ce faisant, les gestionnaires et décideurs publics pourraient réfléchir à des stratégies à mettre en œuvre pour améliorer l'encadrement offert aux intervenants, par exemple, par la diffusion et la distribution des traitements démontrés efficaces. Ils sont également encouragés à rendre encore plus accessibles les opportunités de formations aux intervenants. Cette recension montre qu'il existe plusieurs techniques pour identifier et corriger les pensées erronées des joueurs, provenant de traitements s'étant révélés comme efficaces selon les résultats d'études rigoureuses. Ainsi, l'application de ces techniques pourrait être enseignée de façon plus explicite aux intervenants, par l'intermédiaire de formations ou de manuels de traitement traduits en français.

De plus, cette synthèse des connaissances met clairement en évidence l'absence complète d'informations dans les études quant à la façon dont les interventions cognitives sont adaptées et appliquées auprès des joueurs de jeux d'habileté, bien que près de 60 % des études recensées qui indiquent le jeu joué par leurs participants comprennent dans leur échantillon des joueurs dont le jeu problématique contient une part d'habileté. Les décideurs et gestionnaires auraient donc avantage à encourager et à poursuivre le financement des études de traitement; notamment pour l'application des interventions cognitives aux joueurs de jeux avec une part d'habileté. Les chercheurs sont vivement encouragés à mieux décrire dans leurs travaux la façon dont ils appliquent leurs interventions cognitives auprès de ces joueurs.

Également, cette recension montre que les traitements apportent des gains thérapeutiques à court, moyen ou long terme, selon les études aux protocoles de recherche expérimentaux. Pour les autres études de traitement (p.ex. études de cas, protocoles quasi-expérimentaux), les chercheurs doivent continuer à évaluer l'efficacité de ces traitements qui montrent des résultats encourageants au moyen de protocoles de recherche rigoureux.

Les intervenants, quant à eux, pourraient bénéficier de nos conclusions par une amélioration de leurs connaissances théoriques sur l'efficacité et les caractéristiques des traitements. D'une part, bien que les études publiées ne contiennent que peu d'informations, voire aucune, sur les techniques cognitives à appliquer auprès des joueurs, notre recension met en évidence que plusieurs auteurs réfèrent néanmoins le lecteur à des sources permettant d'accéder au traitement manualisé ou à plus d'informations quant aux interventions délivrées. D'autre part, les modalités des traitements, de même que leurs objectifs thérapeutiques ainsi que les techniques thérapeutiques utilisées pour effectuer un travail cognitif mis en lumière dans cette recension peuvent offrir des repères aux intervenants qui souhaitent offrir ce type de traitements aux joueurs.

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

Cette recension systématique apporte un apport en termes d'avancement des connaissances puisque, comme le suggère Blaszczynski et Silove (1995), un regard systématique sur les caractéristiques, l'application et l'efficacité des interventions cognitives s'avère nécessaire pour favoriser leur application.

En effet, les écrits intégratifs disponibles à ce jour sur la thématique des interventions cognitives dans le traitement des joueurs sont souvent narratifs ou

sous forme de textes d'opinion (p.ex. Barrault & Varescon, 2012; Blaszczynski & Silove, 1995), si bien que cette revue systématique apporte une contribution rigoureuse au domaine de recherche proposé. Ce type de travaux possède l'avantage de rendre les connaissances empiriques plus accessibles aux décideurs politiques ou aux fournisseurs de soins de santé.

Cette synthèse des études sur les traitements pour les joueurs qui comprennent un volet cognitif fournit plusieurs données descriptives sur leur application. Des informations détaillées sont aussi fournies quant aux gains thérapeutiques suscités par ces interventions. Ce faisant, les décideurs publics, chercheurs et intervenants peuvent bénéficier d'un portrait d'ensemble des traitements avec un volet cognitif ayant fait l'objet d'une évaluation scientifique, qu'ils soient administrés en individuel, en groupe, ou encore, dans une formule d'autotraitement ou de rétroaction personnalisée.

De plus, cette recension suscite une réflexion conceptuelle quant à la terminologie utilisée par les chercheurs pour référer aux pensées liées au jeu des joueurs. L'appellation la plus utilisée est la suivante : « pensées (ou croyances, perceptions) erronées », ce qui confirme notre impression. Il n'en demeure pas moins qu'une panoplie de termes sont utilisés, et ce, possiblement de façon interchangeable par les auteurs (Barrault & Varescon, 2012), sans prendre en considération que des pensées pourraient être clairement erronées, alors que d'autres pourraient s'avérer nuisibles, sans nécessairement être erronées (Kovacs & Beck, 1978). De surcroît, selon la théorie cognitiviste, plusieurs termes utilisés par les auteurs réfèrent à des construits clairement distincts (p.ex. une croyance fondamentale est beaucoup plus ancrée et, donc, plus difficile à modifier qu'une

pensée automatique; voir Beck, 2011). À la suite de ces constats, nous suggérons aux chercheurs de bien définir et cadrer les appellations utilisées pour référer aux pensées liées au jeu et de s'y limiter, afin d'éviter les ambiguïtés.

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

L'une des limites de notre recension concerne le fait que toutes les études de traitement incluant une composante cognitive, publiées en anglais ou en français, ont été conservées pour cette recension, qu'il s'agisse d'études au protocole de recherche expérimental (le plus rigoureux), à celles qui utilisent un protocole de recherche moins rigoureux (p.ex. études quasi-expérimentales ou études de cas; voir tableau 1). Néanmoins, conserver toutes ces études permet d'offrir un portrait plus complet des traitements offerts aux joueurs. Par ailleurs, dans un souci de rigueur et pour augmenter la solidité des conclusions quant à l'efficacité des traitements, nous ne détaillons que l'efficacité des 16 études aux protocoles de recherche les plus rigoureux (protocoles de recherche expérimentaux). Aucune méta-analyse n'est effectuée sur ces données, n'étant pas l'objectif de cette recension systématique.

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

Pour les gestionnaires et décideurs publics, il faudrait poursuivre le financement de la recherche qui évalue l'efficacité des interventions. Des fonds devraient également être investis dans la diffusion des traitements validés pour les joueurs et dans la formation continue des intervenants, en particulier en lien avec l'application d'interventions cognitives.

Les chercheurs devraient également poursuivre les recherches évaluant l'efficacité des traitements au moyen de protocoles de recherche expérimentaux rigoureux, en limitant les biais méthodologiques pouvant amoindrir la portée des résultats. Ceux-ci pourraient également mieux opérationnaliser leur terminologie pour référer aux pensées des joueurs et s'y limiter. Nous formulons aussi la recommandation de mieux identifier et décrire, dans les travaux publiés, les techniques cognitives utilisées, et ce, malgré les contraintes de publication imposées par les revues scientifiques, en ce qui a trait à la longueur des manuscrits.

Pour les intervenants, nos résultats montrent qu'ils ne peuvent retirer que très peu de connaissances pratiques sur l'application des interventions cognitives auprès des joueurs, notamment auprès des joueurs de jeu d'habileté, par la seule lecture de la littérature scientifique. En effet, les travaux publiés peuvent les informer de l'efficacité des traitements, et, parfois, de leur contenu sommaire, mais ne sont pas aidants pour enseigner l'application des techniques cognitives. En revanche, plusieurs auteurs ne laissent pas les lecteurs sans ressource, puisqu'ils indiquent de quelle façon accéder aux manuels de traitement ou à la description des interventions, en communiquant, par exemple, avec les auteurs ou en consultant les références proposées.

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

Les décideurs pourraient soutenir la recherche sur l'efficacité des traitements et favoriser le développement ou l'adaptation des interventions aux joueurs dont le jeu problématique est un jeu comprenant une part d'habileté. Les décideurs et



gestionnaires pourraient également encadrer la traduction et la diffusion des traitements manualisés dont l'efficacité est démontrée par au moins une étude au protocole de recherche expérimental, de même que prioriser la formation continue des intervenants. Les chercheurs devraient poursuivre la recherche visant à évaluer l'efficacité des interventions cognitives pour les joueurs au moyen de protocoles rigoureux avec groupe de comparaison et en tenant compte des types de jeu joués. Ils devraient également mieux décrire la façon dont ils appliquent les techniques cognitives aux joueurs qui s'adonnent à différents types de jeu (hasard pur c. avec une part d'habileté) dans leurs travaux publiés. De plus, les chercheurs auraient avantage à s'entendre sur une terminologie commune et précise pour référer aux pensées liés au jeu des joueurs. Enfin, les intervenants ne doivent pas se fier uniquement sur la littérature scientifique pour appliquer les interventions cognitives. Ils doivent profiter de moyens complémentaires mis à leur disposition pour perfectionner leur application pratique des interventions cognitives à offrir aux joueurs pathologiques, en se procurant par exemple les manuels de traitement disponibles et en assistant à des formations offertes dans le réseau.

## **PARTIE C - MÉTHODOLOGIE**

### ***Stratégies de recherche***

Les études de traitement cognitif ou incluant un volet cognitif pour le jeu publiées entre 1980, date de la sortie officielle de la 3<sup>e</sup> édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-III, American Psychological Association [APA], 1980) dans lequel apparaît le diagnostic du jeu pathologique, et 2014, ont été recensées à travers les bases de données anglophones et francophones PsycNET, PubMed et FRANCIS.

Deux stratégies de recherche ont servi au recensement des études effectuées, en utilisant des mots clés qui regroupent les thèmes suivants : (1) jeu de hasard et d'argent et (2) traitement. D'abord, une stratégie utilisant la recherche de mots clés dans le résumé des trois bases de données a été effectuée :

(gambling OR gambler\*) AND (treatment\* OR intervention\* OR therapy OR therapies)

Ensuite, une stratégie utilisant le thésaurus des moteurs de recherche a été utilisée. Comme FRANCIS ne permet pas cette stratégie de recherche, seulement PsycNET et de PubMed ont été consultés pour cette étape. L'ensemble de mots indexés dans le thésaurus de la banque PsycNET est le suivant:

{Gambling} AND {Psychotherapy} OR {Cognitive Behavior Therapy} OR {Cognitive Restructuring} OR {Cognitive Therapy} OR {Cognitive techniques}

Pour PubMed, l'équation suivante a été utilisée :

("Gambling"[Mesh]) AND ("Cognitive Therapy"[Mesh])

Les mots clés utiles aux deux stratégies de recherche ont été sélectionnés en fonction des termes génériques fournis par les thésaurus des banques de données

et contre-vérifiés par la conseillère à la documentation responsable des recherches en sciences sociales de l'Université Laval.

Pour recueillir la littérature grise, une recherche sur les moteurs de recherche *Google* et *Google Scholar* a permis de compléter la recension en répertoriant les articles et rapports de recherche non disponibles sur les bases de données scientifiques. Aussi, un courriel de sollicitation a été envoyé aux centres de recherche ou de traitement spécialisés en dépendance du Canada afin de recenser les rapports de recherche non publiés et non disponibles par le biais d'Internet. Les articles pertinents listés dans les références des articles scientifiques recensés ont également été consultés.

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

Les critères d'inclusion des études sont les suivants : (1) être rédigées en anglais ou en français et publiées entre 1980 et 2014 inclusivement; (2) études empiriques évaluant un traitement cognitif ou avec une composante cognitive, et traitant le jeu comme problématique principale. Les études dont le but est de prévenir les problèmes de jeu sont exclues. Aucune exclusion d'étude n'a été faite en fonction du protocole d'expérimentation (expérimental, quasi-expérimental, étude de cas), des types de jeux joués ou de la taille de l'échantillon.

### ***Procédure de sélection des études***

Pour assurer une gestion optimale des études recensées dans les moteurs de recherche choisis, le logiciel *EndNote X7.1* a été utilisé. Quatre mille six cent quarante-six (4 646) études ont été recensées dans les trois moteurs de recherche et 21 autres études ont été trouvées à l'aide d'autres sources (*Google*, sollicitation des chercheurs, bibliographie des études). Parmi l'ensemble de ces études (4 667),

1 747 ont été identifiées comme doublons et 313 comme documentations non pertinentes (p.ex. documents audiovisuels, liens Internet). À la première sélection, les titres et résumés des 2 607 études restantes ont été lus et 2 382 études ont été exclues car jugées non pertinentes. Pour s'assurer de l'intégrité de la procédure de sélection des études, une entente inter-juges a été effectuée par deux examinateurs sur 10 % des études (n = 261), révélant un accord de 97,7 %.

À la suite de cette sélection, 225 études ont été conservées pour procéder à la deuxième sélection et à la recherche des documents PDF de ces études a été entamée. Les PDF n'étant pas disponibles pour 18 de ces études, un courriel de sollicitation a été envoyé aux 11 auteurs dont l'adresse était disponible. Trois auteurs ont envoyé une copie de leur étude, alors que huit n'ont pas donné suite.

Ainsi, 210 études ont été lues en entier afin de vérifier si elles répondaient aux critères. Cette étape a fait l'objet d'une entente inter-juges sur toutes ces études, révélant un accord de 100 %, ce qui montre la clarté des critères d'inclusion et d'exclusion. Cinquante-quatre (54) études ont été retenues.

Treize des 54 études conservées ont été exclues *a posteriori* étant donné que les auteurs ne faisaient que mentionner l'inclusion d'un volet cognitif au traitement, sans aucune information supplémentaire. Ce faisant, le peu de pertinence de ces études à répondre aux critères de la recension nous a conduit à les retirer des analyses. Au final, 41 études ont été retenues et analysées.

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

Deux instruments permettant l'évaluation du risque de biais ont été utilisés en fonction des recommandations du Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions, version 5.1.0 (Higgins & Green, 2011). Le premier, le *Cochrane*

*risk of bias assessment tool* (ACROBAT), sert à l'évaluation du risque de biais des études randomisées (devis expérimentaux). Comme cet outil ne permet pas l'évaluation des études non-randomisées (devis quasi-expérimentaux et études de cas), le *Quality Assessment Tool for Quantitative Studies* (QATQS; National Collaborating Centre for Methods and Tools, 2008) a également été utilisé.

Ces outils d'évaluation permettent l'évaluation des mêmes types de biais : sélection, détection, attrition et déclaration (*reporting biases*). Dans cette recension, le biais de déclaration n'est pas évalué dû au manque d'informations contenues dans les études, ce qui est typique des essais cliniques en psychologie (Higgins & Green, 2011). D'autres types de biais sont évalués par ces instruments (p.ex. absence de mesure d'intégrité de l'intervention, co-intervention).

Les deux instruments permettent d'identifier la présence (ACROBAT = haut risque; QATQS = faible) ou l'absence (ACROBAT = faible risque; QATQS = fort) de biais. Il est également possible de donner la cote Incertain (*Unclear*) lorsque l'information est insuffisante pour permettre l'évaluation. Lors de l'extraction des données, ces informations ont été compilées pour chaque article conservé. Dans un souci de concision, nous ne rapportons dans le tableau 1, que les biais évalués, lors de l'extraction, à « haut » ou « fort » risque. Les biais obtenant la cote « incertain » sont aussi rapportés dans le tableau avec ce symbole « ? »; indiquant que ce biais pourrait être présent mais que les informations disponibles sont insuffisantes pour en juger.

### ***Analyse des données***

Une analyse descriptive des données est privilégiée. Deux grilles d'extraction (l'une pour les études expérimentales et l'autre pour les études quasi

expérimentales et les études de cas) ont été développées et complétées pour les 41 études afin de recueillir l'information pertinente aux objectifs (voir Annexes A et B). Les informations recueillies concernent les thèmes suivants : (1) les termes utilisés pour référer aux pensées liées au jeu; (2) la méthodologie (p.ex. devis de recherche, durée du traitement, temps de mesure, instruments d'évaluation, conditions expérimentales); (3) les participants (p.ex. diagnostic ou dépistage, N de l'étude, types de jeux joués); (4) la description de l'intervention (objectifs, nombre de rencontres, modalités, techniques d'identification et de correction des pensées, prise en compte des jeux d'habileté, etc.); (5) les résultats principaux, et (6) l'évaluation du risque de biais des études.

## PARTIE D – RÉSULTATS

De façon à rendre la lecture des résultats plus fluide, les 41 articles scientifiques faisant partie de l'échantillon sont représentées dans le texte par un numéro, allant de 1 à 41. La correspondance des numéros avec les articles se retrouve dans les tableaux 1 et 2.

Les 41 articles retenus évaluent tous un traitement avec une composante cognitive. Parmi les 41 articles inclus dans la recension, 21 (51,2 %, <sup>1 à 3, 5, 10, 12, 13, 16, 18 à 20, 23 à 25, 30, 31</sup>) évaluent un traitement en partie ou en totalité cognitif sans groupe de comparaison. Sept articles (17,1 %, <sup>6, 8, 14, 21, 22, 29, 37</sup>) comparent un traitement en partie ou en totalité cognitif avec un groupe contrôle alors que deux (4,9 %, <sup>39, 41</sup>) comparent ce traitement avec une intervention non-cognitive. Trois articles (7,3 %, <sup>4, 26, 40</sup>) comparent un traitement en partie ou en totalité cognitif avec une ou plusieurs interventions non-cognitives en plus d'un groupe contrôle. Deux articles (4,9 %, <sup>17, 28</sup>) comparent deux traitements en partie ou en totalité cognitif entre eux (p.ex., autotraitement TCC c. TCC en face à face), cinq (12,2 %, <sup>7, 9, 15, 27, 34</sup>) comparent *deux* traitements en partie ou en totalité cognitif ainsi qu'un groupe contrôle et finalement un article (2,4 %, <sup>40</sup>) compare deux traitements en partie ou en totalité cognitif ainsi qu'un autre type d'intervention et un groupe contrôle. Ainsi, un total de 49 traitements sont analysés afin de répondre aux objectifs.

Sur ces 49 interventions, huit sont des traitements entièrement cognitifs (16,3 %; <sup>2, 11, 13, 20, 21, 22, 36, 40</sup>) et 38 sont des traitements jumelant des interventions cognitives et comportementales (77,6 %; <sup>1, 3, 4, 5, 8 à 19, 23 à 35, 37, 38, 39, 41</sup>). Six interventions comprennent aussi un volet motivationnel (12, 2%; <sup>1, 12, 14, 15, 33, 41</sup>).

Enfin, trois des 49 interventions (6,1 %; <sup>6, 7</sup>) consistent en des interventions sous formes de rétroaction personnalisée<sup>1</sup>. Le tableau 1 présente de façon détaillée les conditions expérimentales.

### ***Terminologie utilisée pour référer aux pensées liées au jeu***

Une variété d'appellations est utilisée pour référer aux pensées liées au jeu (voir tableau 2). Les termes les plus fréquemment utilisés dans les articles pour qualifier les pensées (aussi nommées cognitions, conceptions, croyances, croyances fondamentales, verbalisations, perceptions, schémas) des joueurs sont les suivants: erronées ou fausses (56,1 %; <sup>1 à 3, 5 à 8, 12, 13, 19 à 23, 25, 29 à 31, 33, 36 à 38, 41</sup>), déformées (*distorted*; 29,3 %; <sup>6 à 8, 11, 13, 24, 26, 31, 32, 38, 40, 41</sup>), irrationnelles (19,5 %; <sup>12, 14, 24, 25, 28, 31, 34, 40</sup>), inadaptées (9,8 %; <sup>2, 25, 39, 40</sup>) et dysfonctionnelles (9,8 %; <sup>13, 28, 37, 40</sup>). D'autres appellations, moins fréquentes ou plus générales, sont aussi retrouvées dans les études, entre autres : pensées sous-jacentes ou précédentes aux comportements de jeu, pensées inadéquates ou inexactes, croyances impulsives ou problématiques.

Dans 25 des 41 études (61 %; <sup>1 à 3, 5 à 8, 11 à 13, 19 à 25, 28, 29, 31 à 33, 37, 38, 40</sup>), plusieurs termes sont utilisés pour référer aux pensées des joueurs à l'intérieur de la même étude. Plus précisément, neuf des études (14,6 %; <sup>2, 3, 7, 13, 19, 22, 31, 37, 40</sup>) utilisent quatre termes ou plus, 10 études (24,5 %; <sup>6, 8, 12, 20, 21, 24, 25, 28, 29, 38</sup>) en utilisent trois, six études (14,6 %; <sup>1, 5, 11, 23, 32, 33</sup>) en utilisent deux, huit études (19,5 %, <sup>9, 10, 14, 26, 30, 34, 35, 39</sup>) réfèrent à une seule appellation et, enfin, six études

---

<sup>1</sup>À noter que les études qui évaluent des interventions par rétroaction personnalisée sont conservées dans cette recension. Bien que cette forme de traitement soit moins intensive, elle inclut des interventions cognitives qui ciblent directement les pensées erronées des joueurs problématiques. Ce faisant, les études qui évaluent ces interventions répondent à nos critères d'inclusion et cadrent avec nos objectifs de recherche.



(14,6 %, <sup>4, 15 à 18, 27</sup>) n'utilisent aucune appellation particulière pour référer aux pensées des joueurs, et ce, malgré la présence d'interventions cognitives dans le traitement appliqué.

La définition des termes utilisés n'est souvent pas donnée par les auteurs et peu d'exemples permettent de comprendre à quels types de pensées ces termes correspondent. Par ailleurs, ces appellations semblent être utilisées de façon interchangeable, alors qu'elles pourraient référer à des contenus clairement distincts. Ainsi, une pensée pouvant être véridique dans son contenu (p.ex. « *Je joue parce que ça réduit mon stress dans le moment* ») est-elle qualifiée par les auteurs comme étant fausse ? Cette recension ne permet pas de répondre à cette question.

### **Objectifs des traitements spécifiques aux pensées liées au jeu**

Trente-neuf (39) des 41 études recensées (95,1 %; <sup>1, 3 à 25, 27 à 41</sup>) identifient des objectifs aux traitements délivrés (voir tableau 2). En plus de donner des informations sur les objectifs généraux des traitements, 17 articles documentent en plus, les objectifs spécifiques au travail cognitif (41,5 %; <sup>2, 3, 5, 11, 12, 18 à 22, 31, 33, 35 à 38, 40</sup>).

Les articles mentionnant explicitement des objectifs de traitement spécifiques au travail cognitif effectué varient dans leurs appellations, mais sont similaires en visant à identifier et corriger les pensées erronées (<sup>2, 3, 11, 12, 19 à 22, 31, 33, 36 à 38</sup>), diminuer le nombre de pensées erronées (<sup>5</sup>), discuter des pensées associées aux facteurs de vulnérabilité (<sup>18</sup>), mettre en doute les croyances (<sup>35</sup>) ou les ébranler (<sup>40</sup>).

Bien que les gains thérapeutiques découlant des traitements soient surtout

évalués par l'intermédiaire d'indicateurs comportementaux ou des symptômes rencontrés (p.ex., le nombre de critères diagnostiques endossés), plutôt que par l'évaluation directe des pensées, il est intéressant de constater que près de la moitié des auteurs trouvent important de cibler des objectifs spécifiques à leurs interventions cognitives.

Une explication possible de l'utilisation privilégiée d'indicateurs comportementaux ou symptomatologiques par les chercheurs pour mesurer l'efficacité de leur traitement repose sur le fait que la problématique du jeu se manifeste surtout par des comportements (p.ex. trop dépenser d'argent, jouer trop longtemps ou trop souvent). Ces indicateurs apparaissent donc plus facilement observables et mesurables que le nombre et la nature des pensées erronées entretenues par les joueurs. Également, l'absence de critères diagnostiques en lien avec les pensées des joueurs (voir le DSM-5; APA, 2013) pourrait apporter une explication complémentaire à ce constat. Il n'en demeure pas moins que les chercheurs trouvent le travail cognitif d'une importance assez grande pour en faire un objectif spécifique de leur intervention.

### ***Modalités des traitements***

Pour chacun des traitements contenus dans les articles recensés, le tableau 2 présente les modalités d'intervention privilégiées.

#### ***Disponibilité des interventions***

Quarante et une (41) des 49 interventions sont offertes aux joueurs en face-à-face (83,7 %; 1 à 4; 8 à 14; 16 à 29; 31; 33 à 41). De façon intéressante, notons que la totalité des traitements entièrement cognitifs sont administrés en face-à-face,

témoignant que les interactions directes avec un intervenant constituent la façon privilégiée d'exercer un travail thérapeutique sur les pensées erronées.

Bien que le format privilégié des interventions demeure en face-à-face, l'autotraitement par manuel (<sup>15, 34</sup>) ou par Internet (<sup>5, 32</sup>), jumelé ou non avec des rencontres téléphoniques, constitue un autre format d'intervention cognitive disponible (voir, p.ex., Giroux et al., 2015; Hodgins et al., 2001).

### ***Format des interventions***

Des 41 interventions offertes en face-à-face, la majorité (65,9 %) sont offertes en format individuel (n= 27; <sup>1 à 3, 8, 9, 10, 12 à 14, 18 à 21, 23 à 25, 28, 31, 33, 34, 35 à 38, 40, 41</sup>), alors que 13 consistent en des interventions de groupe (31,7 %; <sup>4, 9, 11, 16, 17, 22, 26, 27, 29, 30, 39</sup>). L'une des interventions combine les rencontres individuelles et les rencontres de groupe (2,4 %; <sup>11</sup>).

Sur les huit traitements entièrement cognitifs, seulement deux sont offerts en format de groupe (25 %; <sup>11, 22</sup>), suggérant que le format individuel présenterait possiblement plus d'avantages pour travailler les différentes pensées liées au jeu; ces pensées étant très idiosyncratiques et pouvant nécessiter une intervention personnalisée.

### ***Intensité de l'intervention cognitive dans le traitement***

Pour les 41 interventions offertes en face-à-face, la durée des traitements est généralement de court à moyen terme, variant entre cinq séances (<sup>24</sup>) et un maximum de 30 heures d'intervention (<sup>37</sup>; une à deux séances de 45 à 120 minutes par semaine). Bien que l'information ne soit pas disponible pour près de la moitié de ces interventions (46,3 %; <sup>1, 4, 12, 16 à 19, 24 à 27, 30, 35 à 39, 41</sup>), la place occupée par le volet cognitif dans le traitement complet varie entre 10 % des séances (<sup>31</sup>),

au tiers des séances (<sup>8, 9</sup>), allant jusqu'à la moitié des séances (<sup>11</sup>). Ces données, bien que disparates, ne suivent pas les recommandations de Ladouceur et al. (2000) qui suggèrent que le volet cognitif d'un traitement cognitif-comportemental sur le jeu pathologique devrait composer les 2/3 de ce traitement.

Il importe de mentionner que la durée des traitements entièrement cognitifs est similaire aux traitements cognitifs-comportementaux. En effet, les traitements entièrement cognitifs recensés se déroulent à l'intérieur d'une période de six séances (<sup>11, 40</sup>) allant jusqu'à 20 heures de traitement (<sup>20, 21</sup>).

Enfin, concernant les interventions de type autotraitement (<sup>5, 15, 32, 34</sup>), seulement deux articles décrivent la part qu'occupe l'intervention cognitive par rapport au reste de l'intervention, soit 25 % (<sup>5</sup>) ou 12,5 % (<sup>34</sup>) de l'intervention totale. Quant aux interventions de type rétroaction personnalisée (<sup>6, 7</sup>), la part qu'occupe l'intervention cognitive est peu documentée : les joueurs, à la suite de la complétion d'un questionnaire sur les pensées erronées reçoivent une rétroaction écrite sur les pensées endossées du questionnaire.

### ***Techniques utilisées pour identifier et corriger les pensées erronées***

Onze des 41 études incluses dans la recension systématique ne mentionnent aucune technique particulière pour identifier ou corriger les pensées erronées (26,8 %; <sup>4, 9, 10, 14 à 17, 29, 32, 34, 39</sup>). Six études (14,6 %; <sup>18, 24 à 26, 40, 41</sup>) mentionnent certaines techniques pour corriger les pensées erronées, mais aucune pour les identifier. À l'inverse, une seule étude identifie des techniques pour identifier les pensées, mais aucune pour les corriger (2,4 %; <sup>1</sup>).

Au final, 23 études mentionnent des techniques pour identifier et corriger les pensées erronées (56,1 %; <sup>2, 3, 5 à 8, 11, 12, 13, 19 à 23, 27, 28, 30, 31, 33, 35 à 38</sup>). La plupart

d'entre elles ne font toutefois pas de distinction entre les techniques utilisées pour les identifier ou les corriger; suggérant donc que cette distinction serait davantage dans un but de bien opérationnaliser la restructuration cognitive et que son application concrète cible les mêmes techniques pour identifier et corriger les pensées erronées.

En plus de l'interaction entre le patient et le thérapeute (<sup>1, 8, 12, 13, 19 à 23, 25, 27, 28, 31, 33, 35, 37, 38, 40, 41</sup>), une technique commune à toute forme de psychothérapie, les techniques relevées dans les études pour identifier et corriger les pensées sont en général typiques de celles utilisées couramment en thérapie cognitive (Beck, 2011). Les techniques identifiées dans les études supportent d'ailleurs l'aspect directif et structuré des thérapies cognitives ou cognitives-comportementales : complétion d'exercices écrits et de grilles d'autonotation des pensées (de type *abc* : situation, pensée, comportement; <sup>8, 13, 18, 23, 28, 33, 36</sup>), psychoéducation (<sup>3, 20, 21</sup>) et complétion de devoirs ou lectures à l'extérieur des séances de thérapie (<sup>2, 5, 8, 11, 13, 23, 24, 28, 30, 33</sup>). L'exposition au jeu en imagination (<sup>2, 12, 20 à 22, 27, 30, 37</sup>), aussi appelée analyse d'une séance de jeu (<sup>13</sup>), ou l'exposition *in vivo* (séance de jeu simulée en laboratoire; <sup>3, 19, 23, 30, 35, 36</sup>) sont également des techniques couramment mentionnées par les auteurs. Typiquement, ces séances d'exposition, dans lesquelles les joueurs verbalisent à voix haute leurs pensées, sont enregistrées, puis écoutées, ce qui permet le travail thérapeutique sur les pensées erronées (<sup>3, 19, 20 à 22, 27, 37</sup>).

D'autres techniques sont aussi relevées par les auteurs pour corriger les pensées erronées, mais elles sont plus marginales, comme c'est le cas, par exemple, du *Rational emotive and cognitive behavioral technique* (<sup>25</sup>), du *Node-*

*link-mapping*, qui consiste à cartographier les liens et interactions entre les pensées, les émotions, les comportements et les influences environnementales (26, 27), de l'élaboration de *Cue-cards* (aide-mémoire sur les pensées et le niveau de croyances; 35) et des interventions métacognitives (40).

Précisons que les interventions par rétroaction personnalisée, quant à elles, impliquent des techniques propres à ce genre d'interventions : les pensées erronées sont identifiées par la complétion du *Gambling Cognitions Questionnaire*, puis le processus de changement s'effectue par la lecture faite d'un rapport personnalisé (6, 7).

En fonction de ces résultats, nous constatons que la majorité des études ne font qu'identifier ou décrire brièvement les techniques utilisées pour identifier et corriger les pensées erronées. En aucun cas, les descriptions fournies ne s'avèrent suffisantes pour guider les intervenants dans l'application des interventions cognitives. Mentionnons cependant que plusieurs des études orientent le lecteur vers une autre source pour obtenir de plus amples informations sur l'application des techniques cognitives. Ainsi, des 41 études recensées, 13 fournissent la référence du manuel de traitement utilisé (31, 7 %; 2, 4, 13, 15 à 18, 27, 29, 31 à 33, 41), deux indiquent au lecteur que ce manuel est disponible en contactant les auteurs (4,9 %; 21, 37) et six réfèrent le lecteur à un article qui décrit davantage les interventions effectuées (14, 6 %; 1, 9 à 11, 26, 34). Toutefois, près de la moitié des études ne donnent aucune indication en ce sens (48,8 %; 3, 5 à 8, 12, 14, 19, 20, 22 à 25, 28, 30, 35, 36, 38 à 40).

### ***Prise en compte des types de jeu dans l'intervention cognitive***

Comme le montre le tableau 1, neuf des 41 études (22 %; <sup>6, 7, 12, 14, 22, 23, 26, 32, 40</sup>) ne décrivent pas les types de jeux joués par les participants. Pour les 32 travaux restants, 13 (40,6 %; <sup>1, 2, 8 à 11, 13, 17, 19, 25, 27, 31, 36</sup>) n'incluent pas de joueurs participant à des jeux avec une part d'habileté dans leur échantillon, alors que 19 (59,4 %; <sup>3 à 5, 15, 16, 18, 20, 21, 24, 28 à 30, 33 à 35, 37 à 39, 41</sup>) contiennent dans leur échantillon des joueurs de jeux d'habileté. Cependant, pour la totalité de ces études, aucune information n'indique que les interventions cognitives sont adaptées de façon à bien cibler les pensées liées au jeu propres aux joueurs de jeux d'habileté. Précisons que, malgré tout, deux études de cas recensées indiquent que le traitement offert est personnalisé au joueur dont le jeu problématique consiste aux paris sur les courses de chevaux (<sup>35, 38</sup>), sans précision additionnelle.

Ces résultats sont surprenants, considérant que la littérature converge à l'effet que les joueurs de jeux avec une part d'habileté présenteraient des pensées différentes des joueurs de jeux de hasard pur (Brochu et al., 2015; Delfabbro, 2004). Puisque ces joueurs consultent également en traitement, et qu'ils sont d'ailleurs représentés dans les études de traitement en jeu, les auteurs devraient indiquer dans leurs travaux la façon dont ils adaptent les interventions cognitives à ces joueurs, si ces traitements sont effectivement adaptés aux particularités de leurs pensées liées au jeu.

### ***Efficacité des interventions***

Avant de rapporter l'efficacité sommaire des traitements en partie ou en totalité cognitifs telle que rapportée dans les différentes études, soulignons au lecteur que cette synthèse critique des connaissances inclut des études aux protocoles de recherche variés. Ainsi, parmi les 41 études recensées, 16 (39 %)

sont des études expérimentales, considérées comme les plus rigoureuses, 12 (29,3 %) sont des études quasi-expérimentales (absence de groupe de comparaison ou plusieurs conditions sans randomisation) et 13 (31,7 %) sont des études de cas (ou de série de cas uniques). Les résultats d'efficacité des 16 études expérimentales sont principalement rapportés, afin d'avoir un portrait des études les plus rigoureuses. Cependant, l'ensemble des résultats des études sont présentés au tableau 1.

Les principaux indicateurs d'efficacité de traitement rapportés dans les études sont 1- la diminution des comportements de jeu (jeu contrôlé – fréquence de jeu, abstinence ou diminution des dépenses) et 2- la diminution de la gravité des problèmes de jeu (diminution du nombre de critères diagnostiques rencontrés). D'autres indicateurs sont disponibles dans les études, telle que l'augmentation de la perception de contrôle ou d'efficacité personnelle, la diminution de l'envie de jouer ainsi que la diminution des pensées erronées. Cependant, dans le but de rendre le tout plus succinct et compréhensible, seuls les indicateurs d'efficacité principaux sont rapportés, ainsi que les résultats spécifiques aux pensées des joueurs. Le tableau 1 présente les résultats détaillés spécifiques à chacune des études.

Onze des 16 études expérimentales rapportent une amélioration du groupe traitement au post-traitement quant à la diminution des comportements de jeu (68,8 %; <sup>6 à 9, 11, 15, 21, 22, 34, 37, 40</sup>). Également, neuf des 16 études rapportent que le traitement entraîne une diminution des critères diagnostiques ou de la gravité des problèmes de jeu (56,3 %; <sup>4, 14, 21, 22, 26, 27, 29, 37, 40</sup>). Douze études montrent une supériorité du traitement par rapport à un groupe contrôle, et ce, pour au moins un



des deux indicateurs (4, 6, 8, 9, 14, 21, 22, 26, 27, 29, 34, 37). Ces gains thérapeutiques (diminution des comportements de jeu et des critères diagnostiques) tendent à se maintenir aux suivis 6 mois (8, 9, 21, 22, 26, 27, 37) et 12 mois (7, 21, 22, 37). Cependant, deux articles montrent que le traitement (autotraitement par manuel<sup>15</sup> et rétroaction personnalisée<sup>7</sup>) n'est pas plus efficace qu'un groupe contrôle de type liste d'attente. Trois études comparent le traitement en partie ou en totalité cognitif avec un autre type d'intervention et indiquent qu'il aussi efficace que le traitement motivationnel (4, 40), comportemental (40), en 12 étapes (26) et qu'une intervention minimale (40). Les résultats des autres articles de la recension (n = 25) sont prometteurs et vont dans le même sens que les résultats des études expérimentales.

En ce qui a trait à l'évaluation des pensées, seule une des 16 études expérimentales rapportent des résultats en lien avec un indicateur spécifique à la diminution des pensées erronées (6,3 %, 40). Cette étude montre que le traitement, qui est entièrement cognitif, est moins efficace qu'un groupe contrôle recevant une intervention minimale pour diminuer les pensées erronées. Les auteurs de cette étude soulèvent l'hypothèse que les changements au niveau des pensées erronées pourraient être sous-jacents à d'autres mécanismes que l'intervention directe sur les pensées (p.ex. comportements). Toutefois, quatre études quasi-expérimentales et de cas de la recension rapportent des résultats en lien avec un indicateur spécifique à la diminution des pensées erronées (16 %; 5, 19, 24, 36). Pour ces études, la diminution du nombre de pensées erronées se maintient aux suivis six mois (19, 24, 36) et 12 mois (24).

Notons qu'en général, l'efficacité des traitements ne semble pas se distinguer en fonction de leur modalité, bien qu'une étude qui compare un traitement offert en face-à-face à un traitement autoadministré montre que le traitement en face-à-face est supérieur quant à la diminution des comportements de jeu <sup>(34)</sup>. En ce qui a trait au format de l'intervention (thérapie individuelle ou de groupe), les résultats ne semblent pas non plus se distinguer dans l'ensemble. Seule une étude comparant un traitement individuel à un traitement de groupe montre une supériorité du premier à réduire les comportements de jeu, et ce, seulement au suivi 6 mois <sup>(1)</sup>.

En général, ces résultats vont dans le même sens que ce qui est trouvé dans la littérature, à savoir que la thérapie cognitive-comportementale est un traitement éprouvé empiriquement et qui a montré son efficacité (Collishaw et al., 2013; Pallesen et al., 2005). L'évaluation spécifique des interventions cognitives ne semble toutefois pas utilisée par les auteurs pour démontrer l'efficacité d'un traitement.

### ***Biais méthodologiques des études***

Le Tableau 1 présente les biais méthodologiques rencontrés dans les études recensées. Trente-six des 41 études (87,8 %; <sup>1 à 6, 8 à 26, 29 à 33; 35, 36 à 41</sup>) comportent des indications claires indiquant qu'elles rencontrent au moins un biais méthodologique, tel qu'évalué en fonction des grilles utilisées (voir section Méthodologie). Le biais le plus prévalent dans les études est celui de sélection (61 % [25 des 41 études]; <sup>1, à 3, 5, 12, 13, 16 à 20, 22 à 26, 30 à 33, 35, 36, 38, 39, 41</sup>). Ceci s'explique par le fait que les études tendent à ne pas attribuer les participants de façon aléatoire aux conditions ou à ne pas décrire la façon dont la randomisation est

effectuée ainsi que la façon dont les expérimentateurs ont caché aux participants leur attribution (Higgins & Green, 2011; National Collaborating Centre for Methods and Tools, 2008).

Bien que la présence de biais influence la validité des résultats trouvés, précisons qu'il n'est pas inhabituel que des études de traitement aient certains biais méthodologiques.

### ***Contribution des travaux***

La recension dresse un portrait des traitements cognitifs ou comportant un volet cognitif appliqué auprès de joueurs pathologiques dont l'efficacité ou les gains thérapeutiques apportés ont fait l'objet d'une étude empirique.

Tout d'abord, cette recension met en évidence l'utilisation d'appellations variées pour référer aux pensées (perceptions, verbalisations, cognitions, croyances) et aux pensées erronées des joueurs dans les études de traitement; la plus utilisée étant toutefois pensée erronée. Ces appellations variées sont possiblement utilisées de façon interchangeable alors qu'elles pourraient ne pas référer aux mêmes construits. Ce résultat met en relief l'importance pour les chercheurs de mieux définir leurs construits et, si possible, de référer au même construit par une appellation unique, facilitant ainsi la diffusion des connaissances.

Cette recension permet aussi de dresser un portrait des objectifs thérapeutiques visés. La composante cognitive des interventions semble au cœur des traitements, puisque près de la moitié des auteurs formulent des objectifs spécifiques au travail cognitif, alors même que l'efficacité des traitements est souvent mesurée par des indicateurs plus facilement observables et mesurables (p.ex. comportements de jeu, critères diagnostiques).

Que les traitements soient entièrement cognitifs ou cognitifs-comportementaux, cette synthèse met en évidence que les modalités de traitement demeurent relativement les mêmes : thérapies à court terme, surtout offertes en face-à-face, en majorité en format individuel. Ceci témoigne que cette formule semble privilégiée pour appliquer une intervention cognitive personnalisée aux besoins de la clientèle.

Cette revue systématique met aussi en perspective que près des trois-quarts des études de traitement rapportent au moins quelques techniques pour identifier et/ou corriger les pensées erronées. Or, ces études ne décrivent pas, ou très rarement, la façon dont ces techniques sont appliquées. De ce fait, l'apprentissage des interventions cognitives par la lecture des travaux publiés s'avère une tâche difficilement réalisable. Une meilleure description des interventions dans les articles serait avantageuse.

Les études de traitement au protocole de recherche expérimental montrent que les traitements sont efficaces, à court et long termes, pour diminuer les comportements de jeu et la gravité des problèmes de jeu. Les études de cas et quasi-expérimentales apportent aussi des résultats prometteurs qui vont dans le même sens, mais qui mériteraient d'être répliqués au moyen de devis de recherche expérimentaux.

Enfin, bien que plus de la moitié des études évaluent leurs interventions auprès d'un échantillon composé en partie ou en totalité de joueurs de jeux avec une part d'habileté, aucune n'indique de quelle façon les interventions cognitives sont adaptées aux particularités de leurs pensées liées au jeu. Des efforts devraient être déployés par les chercheurs pour mieux transmettre ces

informations aux intervenants qui présentent des préoccupations à cet égard.

## **PARTIE E – PISTES DE RECHERCHE**

Concernant la multitude de termes utilisés par les auteurs pour référer aux pensées liées au jeu, dans une perspective de recherche future, il serait pertinent de faire ressortir le contenu auquel ces termes réfèrent de façon à recommander l'utilisation d'une terminologie commune et précise.

Les traitements comprenant un volet cognitif apparaissent comme apportant des bénéfices chez une clientèle de joueurs pathologiques, quant à la diminution des comportements de jeu et de la gravité des problèmes de jeu. Cependant, plusieurs des études consistent en des études de cas ou quasi-expérimentales, sans groupe de comparaison, rendant difficile de postuler de l'efficacité de ces traitements. Des études expérimentales au protocole de recherche rigoureux gagneraient à être effectuées pour valider l'efficacité de ces traitements (Higgins & Green, 2011; National Collaborating Centre for Methods and Tools, 2008).

Les chercheurs sont vivement encouragés à mieux décrire dans leurs travaux la façon dont ils appliquent leurs interventions cognitives auprès des joueurs.

Les auteurs ne donnent pas d'information concernant la façon dont ils appliquent leurs interventions cognitives auprès des joueurs de jeux d'habileté. Il serait intéressant de découvrir de quelle façon les interventions sont adaptées auprès de ces joueurs.

## PARTIE F - RÉFÉRENCES ET BIBLIOGRAPHIE<sup>2</sup>

- Aubry, C., Romo, L., Djordjian, J., Legauffre, C., & Adès, J. (2005). À propos de la prise en charge d'un joueur pathologique. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive, 15*(4), 154-158.
- Boutin, C., Dumont, M., Ladouceur, R., & Montecalvo, P. (2003). Excessive gambling and cognitive therapy: How to address ambivalence. *Clinical Case Studies, 2*(4), 259-269.
- Bujold, A., Ladouceur, R., Sylvain, C., & Boisvert, J.-M. (1994). Treatment of pathological gamblers: An experimental study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 25*(4), 275-282.
- Carlbring, P., Jonsson, J., Josephson, H., & Forsberg, L. (2010). Motivational interviewing versus cognitive behavioral group therapy in the treatment of problem and pathological gambling: A randomized controlled trial. *Cognitive Behaviour Therapy, 39*(2), 92-103.
- Castren, S., Pankakoski, M., Tamminen, M., Lipsanen, J., Ladouceur, R., & Lahti, T. (2013). Internet-based CBT intervention for gamblers in Finland: experiences from the field. *Scand J Psychol, 54*(3), 230-235.
- Cunningham, J. A., Hodgins, D. C., Toneatto, T., & Murphy, M. (2012). A randomized controlled trial of a personalized feedback intervention for problem gamblers. *PLoS ONE, 7*(2), e31586.
- Cunningham, J. A., Hodgins, D. C., Toneatto, T., Rai, A., & Cordingley, J. (2009). Pilot study of a personalized feedback intervention for problem gamblers. *Behavior Therapy, 40*(3), 219-224.
- Dowling, N., Smith, D., & Thomas, T. (2009). A preliminary investigation of abstinence and controlled gambling as self-selected goals of treatment for female pathological gambling. *Journal of Gambling Studies, 25*(2), 201-214.
- Dowling, N., Smith, D., & Thomas, T. (2007). A comparison of individual and group cognitive-behavioural treatment for female pathological gambling. *Behaviour Research and Therapy, 45*(9), 2192-2202. doi: 10.1016/j.brat.2006.11.003
- Dowling, N., Smith, D., & Thomas, T. (2006). Treatment of female pathological gambling: The efficacy of a cognitive-behavioural approach. *Journal of Gambling Studies, 22*(4), 355-372.

---

<sup>2</sup> Seules les références des 41 études analysées dans cette recension sont présentées ici. La bibliographie complète se retrouve à l'Annexe C.

- Echeburúa, E., Báez, C., & Fernández-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.
- Freidenberg, B. M., Blanchard, E. B., Wulfert, E., & Malta, L. S. (2002). Changes in physiological arousal to gambling cues among participants in motivationally enhanced cognitive-behavior therapy for pathological gambling: A preliminary study. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 27(4), 251-260.
- Grall-Bronnec, M., Poudat, F.-X., & Vénisse, J.-L. (2009). Jeu pathologique: Exemple de thérapie cognitive centrée sur les pensées dysfonctionnelles. *Alcoologie et Addictologie*, 31(2), 159-162.
- Grant, J. E., Donahue, C. B., Odlaug, B. L., Kim, S. W., Miller, M. J., & Petry, N. M. (2009). Imaginal desensitisation plus motivational interviewing for pathological gambling: Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 195(3), 266-267.
- 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.
- Jimenez-Murcia, S., Aymami, N., Gomez-Pena, M., Santamaria, J. J., Alvarez-Moya, E., Fernandez-Aranda, F., . . . Menchon, J. M. (2012). Does exposure and response prevention improve the results of group cognitive-behavioural therapy for male slot machine pathological gamblers? *British Journal of Clinical Psychology*, 51(1), 54-71.
- Jiménez-Murcia, S., Bove, F. I., Israel, M., Steiger, H., Fernández-Aranda, F., Álvarez-Moya, E., . . . Menchón, J. M. (2012). Cognitive-behavioral therapy for pathological gambling in Parkinson's disease: A pilot controlled study. *European Addiction Research*, 18(6), 265-274.
- Jiménez-Murcia, S., Álvarez-Moya, E. M., Granero, R., Aymamí, M. N., Gómez-Peña, M., Jaurrieta, N., . . . Vallejo, J. (2007). Cognitive-behavioral group treatment for pathological gambling: Analysis of effectiveness and predictors of therapy outcome. *Psychotherapy Research*, 17(5), 544-552.
- Ladouceur, R., Boisvert, J.-M., & Dumont, J. (1994). Cognitive-behavioral treatment for adolescent pathological gamblers. *Behavior Modification*, 18(2), 230-242.
- Ladouceur, R., Lachance, S., & Fournier, P.-M. (2009). Is control a viable goal in the treatment of pathological gambling? *Behaviour Research & Therapy*, 47(3), 189-197.



- 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., Boutin, C., Lachance, S., Doucet, C., Leblond, J., & Jacques, C. (2001). Cognitive treatment of pathological gambling. *Journal of Nervous and Mental Disease, 189*(11), 774-780.
- Ladouceur, R., Sylvain, C., Letarte, H., Giroux, I., & Jacques, C. (1998). Cognitive treatment of pathological gamblers. *Behaviour Research and Therapy, 36*(12), 1111-1119.
- Lipinski, D., Whelan, J. P., & Meyers, A. W. (2007). Treatment of pathological gambling using a guided self-change approach. *Clinical Case Studies, 6*(5), 394-411.
- Lupu, V. (2008). Cognitive-behavioral therapy in pathological gambling; A case analysis. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies, 8*(2), 269-277.
- Marceaux, J. C., & Melville, C. L. (2011). Twelve-step facilitated versus mapping-enhanced cognitive-behavioral therapy for pathological gambling: A controlled study. *Journal of Gambling Studies, 27*(1), 171-190.
- Melville, C. L., Davis, C. S., Matzenbacher, D. L., & Clayborne, J. (2004). Node-link-mapping-enhanced group treatment for pathological gambling. *Addictive Behaviors, 29*(1), 73-87.
- 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.
- Myrseth, H., Litlerè, I., Støylen, I. J., & Pallesen, S. (2009). A controlled study of the effect of cognitive-behavioural group therapy for pathological gamblers. *Nordic Journal of Psychiatry, 63*(1), 22-31.
- Oakes, J., Gardiner, P., McLaughlin, K., & Battersby, M. (2012). A pilot group cognitive behavioural therapy program for problem gamblers in a rural Australian setting. *International Journal of Mental Health and Addiction, 10*(4), 490-500.
- Okuda, M., Balán, I., Petry, N. M., Oquendo, M., & Blanco, C. (2009). Cognitive-behavioral therapy for pathological gambling: Cultural considerations. *The American Journal of Psychiatry, 166*(12), 1325-1330.
- Parhami, I., Davtian, M., Hanna, K., Calix, I., & Fong, T. W. (2012). The implementation of a telephone-delivered intervention for Asian American disordered gamblers: A pilot study. *Asian American Journal of Psychology, 3*(3), 145-159.

- Pasche, S. C., Sinclair, H., Collins, P., Pretorius, A., Grant, J. E., & Stein, D. J. (2013). The effectiveness of a cognitive-behavioral intervention for pathological gambling: A country-wide study. *Annals of Clinical Psychiatry, 25*(4), 250-256.
- Petry, N. M., Ammerman, Y., Bohl, J., Doersch, A., Gay, H., Kadden, R., . . . Steinberg, K. (2006). Cognitive-behavioral therapy for pathological gamblers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*(3), 555-567.
- Sharpe, L., & Tarrier, N. (1992). A cognitive-behavioral treatment approach for problem gambling. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 6*(3), 193-203.
- Sylvain, C., Ladouceur, R., & Boisvert, J. M. (1997). Cognitive and behavioral treatment of pathological gambling: a controlled study. *J Consult Clin Psychol, 65*(5), 727-732.
- Sylvain, C., & Ladouceur, R. (1992). Correction cognitive et habitudes de jeu chez les joueurs de poker vidéo. *Canadian Journal of Behavioural Science, 24*(4), 479-489.
- Toneatto, T., & Dragonetti, R. (2008). Effectiveness of community-based treatment for problem gambling: A quasi-experimental evaluation of cognitive-behavioral vs. twelve-step therapy. *The American Journal on Addictions, 17*(4), 298-303.
- Toneatto, T., & Gunaratne, M. (2009). Does the treatment of cognitive distortions improve clinical outcomes for problem gambling? *Journal of Contemporary Psychotherapy, 39*(4), 221-229.
- Toneatto, T., & Sobell, L. C. (1990). Pathological gambling treated with cognitive behavior therapy: A case report. *Addictive Behaviors, 15*(5), 497-501.
- Wulfert, E., Blanchard, E. B., Freidenberg, B. M., & Martell, R. S. (2006). Retaining pathological gamblers in cognitive behavior therapy through motivational enhancement: A pilot study. *Behavior Modification, 30*(3), 315-340.

Tableau 1. Caractéristiques des études, résultats principaux et biais méthodologiques (objectifs f et g)

Auteurs (année)	Protocole de recherche (N)	Conditions expérimentales (n) Temps de mesure	Instruments utilisés <sup>a</sup> / Instruments spécifiques aux pensées erronées	Résultats principaux rapportés par les auteurs	Biais méthodologiques potentiels <sup>b c</sup>
<sup>1</sup> Aubry et al. (2005)	Cas unique (N= 1)	<i>Conditions :</i> - Motivationnelle et TCC  <i>Temps de mesure :</i> - Pré-traitement	<i>Jeu :</i> SOGS  <i>Pensées :</i> -	Une ↓ des comportements de jeu est rapportée.	Sélection Détection Attrition ? Autres biais : - Co-intervention pour la dépression
<sup>2</sup> Boutin et al. (2003)	Cas unique (N= 1)	<i>Conditions :</i> - Tx cognitif  <i>Temps de mesure :</i> - Pré-traitement - Suivi 6 mois	<i>Jeu :</i> SOGS; Diagnostic Interview for Pathological Gambling  <i>Pensées :</i> -	Au suivi 6 mois, le joueur ne rencontre plus les critères dx du jeu pathologique	Sélection Détection ? Attrition ?
<sup>3</sup> Bujold et al. (1994)	Série de cas uniques (N= 3)	<i>Condition:</i> - TCC  <i>Temps de mesure :</i> - Tout au long du tx; - Post-traitement - Suivis 3, 6 et 9 mois	<i>Jeu :</i> Perception de contrôle; Perception de la sévérité du problème de jeu; Fréquence des comportements de jeu; critères dx du DSM-III-R  <i>Pensées :</i> -	↑ de la perception de contrôle à la suite du tx et maintien lors des suivis. ↓ de la perception de sévérité pendant le tx, puis se stabilise aux suivis.  Les joueurs ne rapportent plus de comportements de jeu au post-traitement et aux trois suivis  Les joueurs ne rencontrent plus les critères dx en post-traitement, mais pas d'information sur les suivis.	Sélection Détection Attrition ? Autres biais : - Intégrité de tx non mesurée
<sup>4</sup> Carlbring et al. (2010)	Expérimental (N= 150)	<i>Conditions:</i> 1- TCC (n= 50) 2- EM (n= 54) 3- Contrôle (n= 46)  <i>Temps de mesure :</i> - Pré- et post-traitement	<i>Jeu :</i> NODS  <i>Pensées :</i> -	En post-traitement, amélioration pour le groupe TCC, ce qui le différencie du groupe contrôle, mais pas du groupe EM.  Aux suivis, aucune différence entre le groupe TCC et le groupe contrôle.	Détection ? Attrition

Auteurs (année)	Protocole de recherche (N)	Conditions expérimentales (n) Temps de mesure	Instruments utilisés <sup>a</sup> / Instruments spécifiques aux pensées erronées	Résultats principaux rapportés par les auteurs	Biais méthodologiques potentiels <sup>b,c</sup>
<sup>5</sup> Castren et al. (2013)	Quasi-expérimental (N= 471)	- Suivis 3 et 6 mois <i>Conditions :</i> - TCC par Internet <i>Temps de mesure :</i> - Pré- et post-traitement - Suivis 6 et 12 mois	<i>Jeu :</i> NODS; Dépenses de jeu; Perte de contrôle; Envie de jouer <i>Pensées :</i> Questions sur les pensées erronées	En post-traitement, ↓ des scores au NODS, des dépenses, de l'envie de jouer et des pensées erronées et ↑ de la perception de contrôle. À 6 mois, les améliorations au NODS et sur la perception de contrôle se maintiennent et l'envie de jouer ↓. Pas d'infos sur les dépenses et les pensées. Aucune infos quant au suivi 12 mois.	Sélection Détection ? Attrition
<sup>6</sup> Cunningham et al. (2009)	Expérimental (N= 61)	<i>Conditions:</i> 1- Rétroaction (n= 24*) 2- Contrôle (n= 25*) * n au suivi 3 mois <i>Temps de mesure :</i> - Pré-traitement - Suivi 3 mois	<i>Jeu :</i> CPGI; Fréquence de jeu; Argent dépensé au jeu (3 mois) <i>Pensées :</i> GCQ	À 3 mois, le groupe Rétroaction personnalisée dépense moins d'argent au jeu que le groupe Contrôle	Sélection ? Détection ? Attrition Autres biais : - Co-intervention
<sup>7</sup> Cunningham et al. (2012)	Expérimental (N= 209)	<i>Condition :</i> 1- Rétroaction complète (n= 70) 2- Rétroaction partielle (n= 70) 3- Contrôle (n= 69) <i>Temps de mesure :</i> - Pré-traitement - Suivis 3, 6 et 12 mois	<i>Jeu :</i> PGSI; Fréquence de jeu et argent dépensé au jeu (1 mois); Plus gros montant dépensé en une journée <i>Pensées :</i> GCQ	Aux suivis, les 3 groupes ↓ l'\$ dépensé et le plus gros montant dépensé, mais pas de différence entre les groupes À 12 mois, la fréquence de jeu ↓ sign. chez le groupe Rétroaction partielle c. Rétroaction complète et Contrôle. Les scores au PGSI et au GCQ ne sont pas rapportés.	Détection ?
<sup>8</sup> Dowling et al. (2006)	Expérimental (N= 19)	<i>Conditions :</i> 1- TCC (n= -) 2- Contrôle (n= -) <i>Temps de mesure :</i>	<i>Jeu :</i> Autonotation des comportements de jeu (fréquence, durée, \$ dépensés, gains et pertes); Critères dx (DSM-IV-TR)	À 6 mois, 89% des femmes du groupe TCC ne rencontrent plus les critères dx du jeu pathologique. Pdt le traitement, les femmes ont une	Sélection ? Détection ? Attrition

Auteurs (année)	Protocole de recherche (N)	Conditions expérimentales (n) Temps de mesure	Instruments utilisés <sup>a</sup> / Instruments spécifiques aux pensées erronées	Résultats principaux rapportés par les auteurs	Biais méthodologiques potentiels <sup>b,c</sup>
		- Pré-traitement - Tout au long du Tx - Suivi 6 mois	<i>Pensées</i> : -	amélioration des comportements de jeu qui se maintient au suivi 6 mois.	
<sup>9</sup> Dowling et al. (2007)	Expérimental (N= 56)	<i>Conditions</i> : 1- TCC individuelle (n= 14) 2- TCC de groupe (n= 17) 3- Contrôle (n= 25)  <i>Temps de mesure</i> : - Pré- et post-traitement - Suivi 6 mois	<i>Jeu</i> : Autonotation des comportements de jeu par semaine (fréquence, durée, \$ dépensé, gains et pertes); Critères dx (DSM-IV-TR)  <i>Pensées</i> : -	En post-traitement, les conditions TCC individuelle et de groupe ↓ leurs comportements de jeu (par rapport à l'évaluation initiale et au contrôle), mais ne se distinguent pas entre eux.  À 6 mois, plus de participantes de la TCC individuelle que de la TCC de groupe ne rencontre plus les critères dx du jeu pathologique.	Sélection ? Détection ? Autres biais : - Intégrité de tx non mesurée
<sup>10</sup> Dowling et al. (2009)	Quasi-expérimental (N= 41)	<i>Conditions</i> : 1- TCC abstinence (n=25) 2- TCC contrôlé (n=16)  <i>Temps de mesure</i> : - Pré- et post-traitement - Suivi 6 mois	<i>Jeu</i> : Fréquence de jeu; dépenses de jeu; Critères Dx (DSM-IV-TR)  <i>Pensées</i> : -	Selon les analyses d'intention de tx, toutes les variables ↓ (post-tx et suivi). Pas de différence entre les conditions.  Pour les deux groupes, près du 2/3 des participants ne répondent plus aux critères dx du jeu pathologique.	Sélection ? Détection ? Autres biais : - Intégrité de tx non mesurée
<sup>11</sup> Echeburua et al. (1996)	Expérimental (N= 64)	<i>Conditions</i> : 1- Tx individuel par exposition (n= 16) 2- Tx groupe RC (n= 16) 3- Tx combiné (n= 16) 4- Contrôle (n= 16)  <i>Temps de mesure</i> : - Pré- et post-traitement - Tout au long du tx - Suivis 1, 3, 6 et 12 mois	<i>Jeu</i> : SOGS; Critères dx (DSM-III-R); Comportements de jeu par semaine (temps, fréquence, argent); Besoin subjectif de jouer  <i>Pensées</i> : Fréquence des pensées erronées	Les 3 Tx sont efficaces à éliminer les comportements de jeu en post-tx, mais pas pour maintenir l'abstinence lors des suivis.  À 6 et 12 mois, le Tx individuel par exposition amène plus de gains que les Tx RC et Combiné. Les résultats du Tx combiné ne diffèrent pas de ceux du groupe Contrôle.	Sélection ? Détection Attrition
<sup>12</sup> Freidenberg et al. (2002)	Quasi-expérimental	<i>Condition expérimentale</i> : - TCC et motivationnel	<i>Jeu</i> : SOGS; réactivité cardiaque au jeu	↓ significative des résultats au SOGS et de la réactivité cardiaque après le	Sélection;

Auteurs (année)	Protocole de recherche (N)	Conditions expérimentales (n) Temps de mesure	Instruments utilisés <sup>a</sup> / Instruments spécifiques aux pensées erronées	Résultats principaux rapportés par les auteurs	Biais méthodologiques potentiels <sup>b,c</sup>
	(N= 9)	<i>Temps de mesure :</i> - Pré- et post-traitement	<i>Pensées :</i> -	traitement.	Détection ? Attrition Autres biais: Intégrité de tx non mesurée
<sup>13</sup> Grall-Bronnec et al. (2009)	Cas unique (N= 1)	<i>Conditions:</i> - Thérapie cognitive  <i>Temps de mesure :</i> - Pré- et post-traitement - Suivis 3, 6 et 12 mois	<i>Jeu :</i> Critères dx (DSM-IV); Habitudes de jeu; Perception d'efficacité personnelle et de contrôle sur le jeu  <i>Pensées :</i> -	En post-tx et aux suivis 3 et 6 mois, l'intervention est efficace pour maintenir l'abstinence.	Sélection Détection ? Attrition ?
<sup>14</sup> Grant et al. (2009)	Expérimental (N= 68)	<i>Conditions :</i> 1- TCC désensibilisation en imagination+ EM (n= 33) 2- Contrôle (GA; n= 35)  <i>Temps de mesure :</i> - Pré- et post-traitement	<i>Jeu :</i> PG-YBOCS; G-SAS; CGI-S  <i>Pensées :</i> Sous-échelle sur les pensées du PG-YBOCS	En comparaison au groupe contrôle qui reçoit l'aide des GA, le groupe Intervention s'améliore sur tous les indicateurs de sévérité du jeu.	Attrition ? Détection ? Autres biais : - Intégrité de tx non mesurée
<sup>15</sup> Hodgins et al. (2001)	Expérimental (N= 102)	<i>Conditions :</i> 1- Manuel TCC (n= 35) 2- EM + Manuel TCC (n= 32) 3- Contrôle (n= 35)  <i>Temps de mesure :</i> - Pré-traitement - Suivis 1, 3, 6 et 12 mois	<i>Jeu :</i> SOGS; Comportements de jeu mensuels (\$ perdu et fréquence de jeu) et \$ perdu au jeu/séance de jeu  <i>Pensées :</i> -	À 1 mois, les 3 groupes ↓ leurs comportements de jeu.  À 3 et 6 mois, EM + Manuel a de meilleurs résultats que Manuel seulement. À 12 mois, ces gains ne sont maintenus que pour les joueurs aux problèmes de jeu moins sévères.	Sélection ? Détection ? Autres biais : - Intégrité de tx non mesurée
<sup>16</sup> Jimenez-Murcia et al. (2007)	Quasi-expérimental (N=290)	<i>Conditions :</i> - TCC de groupe  <i>Temps de mesure :</i> - Pré-traitement - Suivis 1, 3 et 6 mois	<i>Jeu :</i> Critères dx (DSM-IV); SOGS  <i>Pensées :</i> -	Le Tx est efficace pour atteindre l'abstinence à court terme (76%) et le maintenir au suivi 6 mois (81,5%).	Sélection Détection Attrition

Auteurs (année)	Protocole de recherche (N)	Conditions expérimentales (n) Temps de mesure	Instruments utilisés <sup>a</sup> / Instruments spécifiques aux pensées erronées	Résultats principaux rapportés par les auteurs	Biais méthodologiques potentiels <sup>b,c</sup>
<sup>17</sup> Jimenez-Murcia, Aymami et al. (2012)	Quasi-expérimental (N = 502)	<i>Conditions :</i> 1- TCC + Exposition avec prévention (n= 189) 2- TCC (n= 313)  <i>Temps de mesure :</i> - Pré- et post-traitement	<i>Jeu :</i> SOGS; Critères dx (DSM-IV)  <i>Pensées :</i> -	↓ significative de la sévérité des problèmes de jeu pour les deux Tx, mais les 2 Tx ne diffèrent pas.	Sélection Détection ? Attrition ?  Autres biais: Intégrité de tx non mesurée
<sup>18</sup> Jimenez-Murcia, Bove et al. (2012)	Quasi-expérimental (N= 60)	<i>Conditions :</i> 1- TCC pour les joueurs avec Parkinson (n= 15) 2- TCC pour joueurs sans Parkinson (n= 45)  <i>Temps de mesure :</i> - Pré- et post-traitement	<i>Jeu :</i> SOGS; DSM-IV  <i>Pensées :</i> -	La présence de la maladie de Parkinson dans le traitement du jeu n'influence pas le résultat, sans savoir toutefois si le tx est efficace.	Sélection Détection  Autres biais: Intégrité de tx non mesurée
<sup>19</sup> Ladouceur et al. (1994)	Série de cas uniques (N= 4)	<i>Conditions :</i> - TCC  <i>Temps de mesure :</i> - Pré-traitement - Tout au long du Tx - Suivis 1, 3 et 6 mois	<i>Jeu :</i> Perception de contrôle; Perception de la sévérité; Critères dx (DSM-III)  <i>Pensées :</i> -	↑ de la perception de contrôle et ↓ de la perception de sévérité. Les joueurs sont abstinentes et capables d'identifier les verbalisations erronées. Les résultats se maintiennent aux suivis 3 et 6 mois.  À 6 mois, les joueurs ne rencontrent plus les critères dx du jeu pathologique.	Sélection Détection Attrition ?  Autres biais : Intégrité de tx non mesurée
<sup>20</sup> Ladouceur et al. (1998)	Série de cas uniques (N= 5)	<i>Conditions :</i> - Tx cognitif  <i>Temps de mesure :</i> - Pré- et post-traitement - Suivi 6 mois	<i>Jeu :</i> Critères Dx (DSM-IV); SOGS; Perception de contrôle; désir de jouer  <i>Pensées :</i> -	4 des 5 joueurs s'améliorent sign. sur toutes les variables dépendantes. Les gains se maintiennent au suivi 6 mois. Un seul joueur ne bénéficie pas du tx.	Sélection Détection ? Attrition ?
<sup>21</sup> Ladouceur et al. (2001)	Expérimental (N= 88)	<i>Conditions :</i> 1- Tx cognitif (n= 59) 2- Contrôle (n= 29)  <i>Temps de mesure :</i>	<i>Jeu :</i> SOGS; Critères dx (DSM-IV); Perception de contrôle et d'efficacité personnelle; Désir de jouer;	Les joueurs du groupe Tx cognitif s'améliorent sign. sur toutes les variables et ne rencontrent plus les critères dx du jeu pathologique.	Sélection ? Détection ? Attrition

Auteurs (année)	Protocole de recherche (N)	Conditions expérimentales (n) Temps de mesure	Instruments utilisés <sup>a</sup> / Instruments spécifiques aux pensées erronées	Résultats principaux rapportés par les auteurs	Biais méthodologiques potentiels <sup>b,c</sup>
		- Pré- et post-traitement - Suivis 6 et 12 mois	Fréquence de jeu/sem. <i>Pensées</i> : -	Ces gains se maintiennent aux suivis 6 et 12 mois.	
<sup>22</sup> Ladouceur et al. (2003)	Expérimental (N= 71)	<i>Conditions</i> : 1- Tx cognitif (n= 46) 2- Contrôle (n= 25)  <i>Temps de mesure</i> : - Pré- et post-traitement - Suivis 6, 12 et 24 mois	<i>Jeu</i> : DSM-IV; Perception d'efficacité personnelle; Perception de contrôle; Désir de jouer; Fréquence de jeu <i>Pensées</i> : -	88% des joueurs du groupe tx ne rencontrent plus les critères dx du jeu pathologique et les résultats se maintiennent aux suivis 6 mois (67%), 12 mois (69%) et 24 mois (68%).  Le groupe Tx est plus efficace que le contrôle pour toutes les variables, sauf le désir de jouer.	Sélection Détection Attrition
<sup>23</sup> Ladouceur et al. (2009)	Quasi-expérimental (N= 89)	<i>Conditions</i> : 1- TCC contrôlé (n= 37) 2- TCC abstinence (n=24)  <i>Temps de mesure</i> - Pré- et post-traitement - Suivis 6 et 12 mois	<i>Jeu</i> : Critères dx (DSM-IV); Perception d'efficacité personnelle; Fréquence de jeu, durée et \$ dépensé / semaine. <i>Pensées</i> : Questionnaire de croyances erronées	Avec les analyses d'intention de traitement, 63% des joueurs ne rencontrent plus les critères dx en post-tx et aux suivis 6 et 12 mois.  Au questionnaire de croyances erronées, les joueurs obtiennent plus de bonnes réponses à 12 mois qu'en pré-tx	Sélection Détection ? Autres biais : - Intégrité de tx non mesurée
<sup>24</sup> Lipinski et al. (2007)	Cas unique (N= 1)	<i>Conditions</i> : - TCC de changement pour le jeu manualisé  <i>Temps de mesure</i> : - Pré-traitement - Suivis 1 et 6 mois	<i>Jeu</i> : SOGS; MAGS; G-TLFB; GSEQ <i>Pensées</i> : GBQ	Au suivi, le participant ne rencontre plus les critères dx du jeu pathologique, sa fréquence mensuelle de jeu ↓, le nombre de distorsions cognitives ↓ et la perception de contrôle ↑.  À 6 mois, les gains se maintiennent.	Sélection Détection ? Attrition ?
<sup>25</sup> Lupu (2008)	Cas unique (N=1)	<i>Conditions</i> : 1- TCC + médication  <i>Temps de mesure</i> : - Pré-traitement - Suivi 12 mois	<i>Jeu</i> : DSM-IV-TR; 20-questions du <i>Questionnaire of Gamblers Anonymous</i> <i>Pensées</i> : -	12 mois après le traitement, le joueur est abstinent au jeu.	Sélection Détection ? Attrition ?



Auteurs (année)	Protocole de recherche (N)	Conditions expérimentales (n) Temps de mesure	Instruments utilisés <sup>a</sup> / Instruments spécifiques aux pensées erronées	Résultats principaux rapportés par les auteurs	Biais méthodologiques potentiels <sup>b,c</sup>
<sup>26</sup> Marceaux & Melville (2011)	Expérimental (N= 38)	<i>Conditions :</i> 1- TCC <i>Mapping</i> (n= 18) 2- 12 étapes (n= 11) 3- Contrôle (n= 9)  <i>Temps de mesure :</i> - Pré- et post-traitement - Suivi 6 mois	<i>Jeu :</i> DSM-IV; Perception de contrôle et d'efficacité personnelle; Désir de jouer; TLFB; SOGS  <i>Pensées :</i> -	Les 2 groupes de tx, comparativement au contrôle, ↓ le nombre de critères dx rencontrés et ↑ la perception d'efficacité personnelle, mais ne se différencient pas entre eux.  Les gains se maintiennent au suivi 6 mois.	Sélection Détection ? Attrition ? Autres biais :- Intégrité de tx non mesurée - Co-intervention
<sup>27</sup> Melville et al. (2004)	Expérimental (N= 13)	<i>Conditions :</i> 1- TCC <i>Mapping</i> (n= 4) 2 – TCC Non <i>Mapping</i> (n= 4) 3- Contrôle (n= 5)  <i>Temps de mesure :</i> - Pré- et post-traitement - Suivi 6 mois	<i>Jeu :</i> Critères dx (DSM-IV); Dépenses de jeu mensuelles; Perception de contrôle; Capacité à réfréner le désir de jouer.  <i>Pensées :</i> -	En post-tx, le nombre de critères dx ↓ pour les 2 groupes de tx. Pour les autres variables les 2 groupes tx s'améliorent, mais l'amélioration est plus grande pour le groupe <i>Mapping</i> .  Les gains se maintiennent au suivi 6 mois.	Sélection ? Attrition ?
<sup>28</sup> Milton et al. (2002)	Quasi-expérimental (N= 40)	<i>Conditions :</i> 1- TCC (n= 20) 2 TCC + ↑ de la compliance au tx (n= 20)  <i>Temps de mesure :</i> - Pré- et post-traitement - Suivi 9 mois	<i>Jeu :</i> Critères dx (DSM-IV); SOGS; % des revenus net perdus au jeu / mois  <i>Pensées :</i> -	Les participants des 2 groupes s'améliorent sign. sur les variables d'intérêt.  À 9 mois, les gains se maintiennent de façon similaire entre les 2 groupes.	Sélection ? Détection ?
<sup>29</sup> Myrseth et al. (2009)	Expérimental (N= 14)	<i>Conditions :</i> 1-TCC de groupe (n= 7) 2- Contrôle (n= 7)  <i>Temps de mesure :</i> - Pré- et post-traitement - Suivi 3 mois	<i>Jeu :</i> Critères dx (DSM-IV); \$ dépensé au jeu/ sem.  <i>Pensées :</i> -	En post-tx, le groupe TCC ↓ le nombre de critère dx, mais pas l'\$ dépensé.  À 3 mois, en combinant les deux groupes, des améliorations sign. sont observées sur toutes les variables.	Sélection ? Détection ? Attrition
<sup>30</sup> Oakes et al. (2012)	Quasi-expérimental	<i>Conditions :</i> - Tx par exposition (n= 7)	<i>Jeu :</i> SOGS; Buts personnels (p.ex. amélioration des	À 3 mois, les participants rapportent des améliorations cliniquement sign.	Sélection Détection ?

Auteurs (année)	Protocole de recherche (N)	Conditions expérimentales (n) Temps de mesure	Instruments utilisés <sup>a</sup> / Instruments spécifiques aux pensées erronées	Résultats principaux rapportés par les auteurs	Biais méthodologiques potentiels <sup>b,c</sup>
	(N=7)	<i>Temps de mesure :</i> - Pré- et post-traitement - Suivi 3, 6 et 12 mois	finances) <i>Pensées :</i> -	dans la sévérité des problèmes de jeu et des conséquences. Ces gains sont maintenus à 12 mois.	Attrition
<sup>31</sup> Okuda et al. (2009)	Cas unique (N= 1)	<i>Conditions :</i> - TCC  <i>Temps de mesure :</i> - Pré-traitement - Suivi mensuel pendant 10 mois après le tx	<i>Jeu :</i> PG-YBOCS <i>Pensées :</i> -	La patiente est abstinente au jeu et présente un désir de jouer léger.  Elle se sent forte et en contrôle et passe plus de temps avec sa famille et dans des activités alternatives.	Sélection Détection ? Attrition ?
<sup>32</sup> Parhami et al. (2012)	Série de cas uniques (N= 8)	<i>Conditions :</i> - Tx tél. + manuel  <i>Temps de mesure :</i> - Pré-traitement - Tout au long du tx	<i>Jeu :</i> Critères dx (DSM-IV); Nb heures / séance de jeu; \$ dépensé au jeu / an; Dettes <i>Pensées :</i> -	Tous joueurs confondus, 28 séances sont complétées. Les joueurs ont été abstinentes 79% du temps. 5 joueurs ne jouent plus et 6 rapportent ↓ le désir de jouer et ↑ le contrôle.	Sélection Détection ? Autres biais : - Intégrité de tx non mesurée
<sup>33</sup> Pasche et al. (2013)	Quasi-expérimental (N= 128)	<i>Conditions :</i> - TCC Désensibilisation en imagination + EM  <i>Temps de mesure :</i> - Pré- et post-traitement	<i>Jeu :</i> PG-YBOCS; SCI-PG <i>Pensées :</i> -	Les scores aux PG-YBOCS ↓ sign.  L'obsession du jeu, le désir de jouer et des comportements de jeu dysfonctionnels ↓.	Sélection Détection ? Attrition Autre biais : - Intégrité de tx non mesurée
<sup>34</sup> Petry et al. (2006)	Expérimental (N= 131)	<i>Conditions :</i> 1- GA + Manuel TCC (n= 84) 2- GA + TCC (n= 84) 3- GA (contrôle; n= 63);  <i>Temps de mesure :</i> - Pré- et post-traitement - Pendant le tx (1 mois) - Suivis 6 et 12 mois	<i>Jeu :</i> Critères dx (DSM-IV); TLFB et infos collatérales sur les comportements de jeu. <i>Pensées :</i> -	En post-tx, les comportements de jeu ↓ chez la majorité des participants des 3 groupes. Le groupe qui reçoit la TCC s'améliore davantage que le manuel  L'abstinence est associée à la participation aux GA et au nb de chapitres/séances de TCC complété.	Sélection ? Détection ?

Auteurs (année)	Protocole de recherche (N)	Conditions expérimentales (n) Temps de mesure	Instruments utilisés <sup>a</sup> / Instruments spécifiques aux pensées erronées	Résultats principaux rapportés par les auteurs	Biais méthodologiques potentiels <sup>b,c</sup>
<sup>35</sup> Sharpe & Tarrier (1992)	Cas unique (N= 1)	<i>Conditions :</i> - TCC  <i>Temps de mesure :</i> - Pré- et post-traitement	<i>Jeu :</i> -  <i>Pensées :</i> -	10 mois suivant le début du tx, le joueur était abstinent au jeu, hormis un épisode de paris et rapporte une ↓ de l'envie de jouer.	Sélection Détection ? Attrition ?
<sup>36</sup> Sylvain & Ladouceur (1992)	Série de cas uniques (N= 3)	<i>Conditions :</i> - Correction cognitive  <i>Temps de mesure :</i> - Pré- et post-traitement - Pendant le tx (1 mois) - Suivis 3 et 6 mois	<i>Jeu :</i> auto notation de la fréquence quotidienne de jeu  <i>Pensées :</i> Cotation des verbalisations adéquates ou non durant une séance de jeu	Les participants ↓ le nb de verbalisations inadéquates et ↑ le nb de verbalisations adéquates pdt le jeu; ce qui se maintient aux suivis.  À 6 mois, un joueur devient abstinent, alors que les deux autres ↓ leur fréquence de jeu.	Sélection Détection ? Attrition ? Autres biais : - Intégrité de tx non mesurée
<sup>37</sup> Sylvain et al. (1997)	Expérimental (N= 29)	<i>Conditions :</i> 1- TCC (n= 14) 2- Contrôle (n= 15)  <i>Temps de mesure :</i> - Pré- et post-traitement - Suivis 6 et 12 mois	<i>Jeu :</i> Critères dx (DSM-III-R); SOGS; Perception de contrôle et désir de jouer; Fréquence de jeu, durée, \$ dépensé/sem.  <i>Pensées :</i> -	En post-tx, 86% des joueurs ne rencontrent plus les critères dx.  Des améliorations sont observées sur toutes les variables et celles-ci se maintiennent aux suivis 6 et 12 mois.	Sélection ? Détection ?
<sup>38</sup> Toneatto & Sobell (1990)	Cas unique (N= 1)	<i>Conditions :</i> - TCC  <i>Temps de mesure :</i> - Suivi 6 mois	<i>Jeu :</i> Comportements de jeu autorapportés (fréquence)  <i>Pensées :</i> -	Le joueur ↓ sa fréquence de jeu	Sélection Détection ? Attrition ?
<sup>39</sup> Toneatto & Dragonetti (2008)	Quasi-expérimental (N= 126)	<i>Conditions :</i> 1- TCC (n= 65) 2- 12 étapes (n= 61)  <i>Temps de mesure :</i> - Pré- et post-traitement - Suivi 12 mois	<i>Jeu :</i> Critères dx (DSM-IV); SOGS, TLFB (1 mois)  <i>Pensées :</i> -	À 6 mois, les 2 groupes ↓ la fréquence et les dépenses de jeu, mais ne se distinguent pas entre eux. Près de 25% du <i>n</i> total rencontre encore les critères dx du jeu pathologiques.  Les joueurs qui choisissent l'abstinence et qui assistent à plus de rencontres ont de meilleures résultats.	Sélection Détection ? Attrition Autres biais : - Intégrité de tx non mesurée

Auteurs (année)	Protocole de recherche (N)	Conditions expérimentales (n) Temps de mesure	Instruments utilisés <sup>a</sup> / Instruments spécifiques aux pensées erronées	Résultats principaux rapportés par les auteurs	Biais méthodologiques potentiels <sup>b,c</sup>
<sup>40</sup> Toneatto & Gunaratne (2009)	Expérimental (N= 99)	<i>Conditions :</i> 1- Cognitif (n= 25) 2- Comportemental (n= 24) 3- EM (n= 22) 4- Contrôle (n= 28)  <i>Temps de mesure :</i> - Pré- et post-traitement - Suivi 12 mois	<i>Jeu :</i> Critères dx (DSM-IV); Fréquence de jeu; Perception de contrôle; Désir de jouer  <i>Pensées:</i> GCQ	En post-tx et au suivi 12 mois, aucune différence entre les 4 groupes sur la sévérité et la fréquence de jeu, bien que les 4 groupes s'améliorent en général.  La ↓ de scores la plus marquée aux sous-échelles du GCQ se trouve chez le groupe Intervention minimal	Sélection ? Détection ? Autres biais : - Intégrité de tx non mesurée
<sup>41</sup> Wulfert et al. (2006)	Quasi-expérimental (N= 21)	<i>Conditions :</i> 1- TCC motivationnelle (n= 9) 2- Banque de données TAU (contrôle; n= 12)  <i>Temps de mesure :</i> - Pré- et post-traitement - Suivis 3, 6 et 12 mois.	<i>Jeu :</i> Critères dx (DSM-IV); SOGS; TLFB – 3 mois (Fréquence, \$ dépensé)  <i>Pensées :</i> -	À 12 mois, 6 des 9 joueurs qui ont reçu la TCC + motivationnels sont abstinentes et 2 s'améliorent sign.	Sélection Détection

*Note.* N = Taille de l'échantillon totale (lors de la randomisation pour les études randomisées et au pré-traitement pour les études non-randomisées); n = échantillon par groupe (lors de la randomisation pour les études randomisées et au pré-traitement pour les études non-randomisées); TCC = Thérapie cognitive-comportementale; SOGS = *South Oaks Gambling Screen*; - = Information absente de l'article; ↓ = diminution; ↑ = augmentation; Tx = traitement; NODS = NORC DSM-IV Screen for gambling problems; EM = Entretiens motivationnels; CPGI = *Canadian Problem Gambling Index*; GCQ = *Gambling Cognitions Questionnaire*; PGSI = *Problem Gambling Severity Index*; Critères dx = critères diagnostiques; GA = *Gamblers Anonymes*; PG-YBOCS = *Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale Modified for Pathological Gambling*; G-SAS = *Gambling Symptom Assessment Scale*; CGI-S = *Clinical Global Impression – Severity scale*; SCID = *Structured Clinical Interview for Pathological Gambling(SCID)*; SCI-PG = *Structured Clinical Interview for Pathological Gambling*; MAGS = *Massachusetts Adolescent Gambling Screen*; G-TLFB = *Gambling Timeline Follow-back*; GSEQ = *Gambling Self-Efficacy Questionnaire*; GBQ = *Gamblers' Beliefs Questionnaire*; infos = Informations; sign. = Significativement; RC= Restructuration cognitive; sem. = Semaine; tél = Téléphonique; Nb = Nombre; TAU = *Treatment as usual*.

<sup>a</sup> Seuls les instruments servant à évaluer la gravité du problème de jeu (dépistage, diagnostic) et les comportements de jeu (p.ex. argent dépensé, temps de jeu mensuel) sont rapportés.

<sup>b</sup> Les biais méthodologiques potentiels pour les études randomisées et non-randomisées sont les suivants : sélection, détection, attrition, autres biais (p.ex. groupes se différenciant à l'évaluation initiales sur les indicateurs de pronostic, aucune évaluation de l'intégrité de l'intervention, présence de co-intervention).

<sup>c</sup> Le symbole « ? » suivant un biais est utilisé pour signifier qu'il demeure difficile de porter un jugement par manque d'information contenu dans l'article.

Tableau 2. Caractéristiques de la restructuration cognitive (objectifs a à e)

Auteurs (année)	Termes utilisés <sup>a</sup> pour référer aux pensées liées au jeu.	Cibles de l'intervention <sup>b</sup> (objectifs généraux et liés aux pensées)	Modalités (Disponibilité <sup>c</sup> , format <sup>d</sup> , intensité de la RC / Tx entier <sup>e</sup> )	Techniques pour 1- identifier et 2- corriger les pensées erronées <sup>f</sup>	L'intervention tient-elle compte des types de jeu joués ? <sup>g</sup> Si oui, de quelle façon ?
<sup>1</sup> Aubry et al. (2005)	Croyances erronées; Fausses croyances	<i>Objectifs généraux</i> : ↑ la motivation, le sentiment d'efficacité à arrêter le jeu et ↓ la conduite du jeu  <i>Objectifs liés aux pensées</i> : -	<i>Disponibilité</i> : Face-à-face  <i>Format</i> : Individuel  <i>Intensité</i> : - / 9 séances	<i>Identifier</i> : Interactions patient-thérapeute  <i>Corriger</i> : -  * Voir Romo et al. (2003) pour une description de la TCC	Aucun joueur d'habileté dans l'échantillon
<sup>2</sup> Boutin et al. (2003)	Pensées liées au jeu ( <i>thought related to gambling</i> ); Pensées erronées ( <i>erroneous thoughts</i> ); Pensées inadaptées ( <i>maladaptive thoughts</i> ); Erreurs cognitives (cognitive errors); Cognitions erronées (erroneous cognitions)	<i>Objectifs généraux</i> : -  <i>Objectifs liés aux pensées</i> : Identifier et corriger les pensées erronées liées au jeu	<i>Disponibilité</i> : Face-à-face  <i>Format</i> : Individuel  <i>Intensité</i> : 14 / 14 séances	<i>Identifier</i> : Exposition en imagination; interactions patient-thérapeute  <i>Corriger</i> : Idem; Devoirs  * Voir le traitement cognitif de Ladouceur, Sylvain et al. (2001)	Aucun joueur d'habileté dans l'échantillon
<sup>3</sup> Bujold et al. (1994)	Perceptions erronées ( <i>erroneous perceptions</i> ); Croyances erronées ( <i>erroneous beliefs</i> ); Cognitions erronées ( <i>erroneous cognitions</i> ); Fausses perceptions (misperceptions); Fausses conceptions ( <i>misconceptions</i> ); Verbalisation erronées ( <i>erroneous verbalizations</i> ); Perceptions inadéquates ( <i>inadequate perceptions</i> )	<i>Objectifs généraux</i> : ↑ perception de contrôle; ↓ minimisation de la sévérité du problème; ↓ fréquence des comportements de jeu.  <i>Objectifs liés aux pensées</i> : Identifier et corriger au moins 80 % des verbalisations erronées.	<i>Disponibilité</i> : Face-à-face  <i>Format</i> : Individuel  <i>Intensité</i> : 5-6 / 16-20 hrs (sur 4 sem. consécutives)	<i>Identifier</i> : Exposition <i>in vivo</i> (en laboratoire); Pensées à voix haute (enregistrement)  <i>Corriger</i> : Psychoéducation; ↑ la reconnaissance des pensées par l'écoute des enregistrements	L'information disponible n'indique pas que le traitement est adapté
<sup>4</sup> Carlbring et al. (2010)	-	<i>Objectifs généraux</i> : ↑ les habiletés à gérer les situations à risque; ↓ l'envie de jouer  <i>Objectifs liés aux pensées</i> : -	<i>Disponibilité</i> : Face-à-face  <i>Format</i> : 1- TCC = Groupe	<i>Identifier</i> : -  <i>Corriger</i> : -  * Voir Ortiz (2006) pour la	L'information disponible n'indique pas que le traitement est

Auteurs (année)	Termes utilisés <sup>a</sup> pour référer aux pensées liées au jeu.	Cibles de l'intervention <sup>b</sup> (objectifs généraux et liés aux pensées)	Modalités (Disponibilité <sup>c</sup> , format <sup>d</sup> , intensité de la RC / Tx entier <sup>e</sup> )	Techniques pour 1- identifier et 2- corriger les pensées erronées <sup>f</sup>	L'intervention tient-elle compte des types de jeu joués ? <sup>g</sup> Si oui, de quelle façon ?
			2- EM = Individuel <i>Intensité :</i> 1- - / 8 séances de 3 hrs (sur 8 sem.) 2- 0 / 4 séances de 50 min. (sur 8 sem.)	TCC manualisée	adapté
<sup>5</sup> Castren et al. (2013)	Pensées erronées ( <i>erroneous thoughts</i> ); Perceptions erronées ( <i>erroneous perceptions</i> )	<i>Objectifs généraux :</i> ↓ les problèmes de jeu, l'envie de jouer, la perte de contrôle, les conséquences sociales du jeu.  <i>Objectifs liés aux pensées :</i> ↓ les pensées erronées	<i>Disponibilité :</i> Internet + Tél.  <i>Format :</i> Individuel  <i>Intensité :</i> 2 / 8 modules (1 / sem.) + Tél : 30 min / sem.	<i>Identifier :</i> Devoirs; Lecture  <i>Corriger :</i> Idem	L'information disponible n'indique pas que le traitement est adapté
<sup>6</sup> Cunningham et al. (2009)	Cognition déformée ( <i>distorted cognition</i> ); Croyances liées au jeu ( <i>gambling beliefs</i> ); Perceptions erronées normatives ( <i>normative misperceptions</i> )	<i>Objectifs généraux :</i> ↓ les comportements de jeu  <i>Objectifs liés aux pensées :</i> -	<i>Disponibilité :</i> Internet  <i>Format :</i> Individuel  <i>Intensité :</i> - / 1 rétroaction (10-20 min. à lire)	<i>Identifier :</i> Questionnaire GCQ  <i>Corriger :</i> Rétroaction personnalisée sur les erreurs de pensée	Les types de jeux joués ne sont pas documentés
<sup>7</sup> Cunningham et al. (2012)	Cognitions liées au jeu ( <i>gambling cognitions</i> ); Cognitions erronées ( <i>erroneous cognitions</i> ); Cognition déformée ( <i>distorted cognition</i> ); Perceptions erronées normatives ( <i>normative misperceptions</i> ); Distorsions cognitives ( <i>cognitive distortions</i> )	<i>Objectifs généraux :</i> ↓ les comportements de jeu  <i>Objectifs liés aux pensées :</i> -	( <i>Idem pour les 2 conditions</i> ) <i>Disponibilité :</i> Écrite par envoi postal  <i>Format :</i> Individuel  <i>Intensité :</i> - / 1 rétroaction	<i>Identifier :</i> Questionnaire GCQ  <i>Corriger :</i> Rétroaction personnalisée sur les erreurs de pensée	Les types de jeux joués ne sont pas documentés

Auteurs (année)	Termes utilisés <sup>a</sup> pour référer aux pensées liées au jeu.	Cibles de l'intervention <sup>b</sup> (objectifs généraux et liés aux pensées)	Modalités (Disponibilité <sup>c</sup> , format <sup>d</sup> , intensité de la RC / Tx entier <sup>e</sup> )	Techniques pour 1- identifier et 2- corriger les pensées erronées <sup>f</sup>	L'intervention tient-elle compte des types de jeu joués ? <sup>g</sup> Si oui, de quelle façon ?
<sup>8</sup> Dowling et al. (2006)	Conceptions cognitives erronées ( <i>cognitive misconceptions</i> ); Distorsions cognitives ( <i>cognitive distortions</i> ); Biais (biaises)	<i>Objectifs généraux :</i> Abstinence ou jeu contrôlé * Seuls les résultats des participantes qui choisissent l'abstinence sont présentés.  <i>Objectifs liés aux pensées :</i> -	<i>Disponibilité :</i> Face-à-face  <i>Format :</i> Individuel  <i>Intensité :</i> 4 / 12 séances de 90 min.	<i>Identifier :</i> Devoirs, Interactions patient-thérapeute; Exercices  <i>Corriger :</i> Idem	Aucun joueur d'habileté dans l'échantillon
<sup>9</sup> Dowling et al. (2007)	Pensées et croyances sous-jacentes aux comportements de jeu ( <i>thoughts and beliefs underlying the gambling behaviour</i> )	<i>Objectifs généraux :</i> Abstinence ou jeu contrôlé * Seuls les résultats des participantes qui choisissent l'abstinence sont présentés.  <i>Objectifs liés aux pensées :</i> -	<i>Disponibilité :</i> Face-à-face  <i>Format :</i> 1- Individuel 2- groupe  <i>Intensité :</i> 1- 4 / 12 séances de 90 min. 2- 4 / 12 séance de 120 min.	<i>Identifier :</i> -  <i>Corriger :</i> -  * Voir Dowling et al. (2006) pour plus d'informations	Aucun joueur d'habileté dans l'échantillon
<sup>10</sup> Dowling et al. (2009)	Pensées et croyances sous-jacentes aux comportements de jeu ( <i>thoughts and beliefs underlying the gambling behaviour</i> )	<i>Objectifs généraux :</i> Condition 1 = abstinence Condition 2 = jeu contrôlé  <i>Objectifs liés aux pensées :</i> -	( <i>Idem pour les 2 conditions</i> ) <i>Disponibilité :</i> Face-à-face  <i>Format :</i> Individuel  <i>Intensité :</i> 4 / 12 séances	<i>Identifier :</i> -  <i>Corriger :</i> -  * Voir Dowling et al. (2006) pour plus d'informations	Aucun joueur d'habileté dans l'échantillon
<sup>11</sup> Echeburua et al. (1996)	Distorsions cognitives ( <i>cognitive distortions</i> ); Pensées liées au jeu ( <i>thoughts about gambling</i> )	<i>Objectifs généraux :</i> Abstinence  <i>Objectifs liés aux pensées :</i> Identifier les distorsions cognitives, les questionner et	<i>Disponibilité :</i> Face-à-face  <i>Format :</i> 1- Individuel 2- Groupe	<i>Identifier :</i> Devoir et journal de rencontres avec objectifs personnels  <i>Corriger :</i> Idem  * Voir Echeburua & Baez	Aucun joueur d'habileté dans l'échantillon

Auteurs (année)	Termes utilisés <sup>a</sup> pour référer aux pensées liées au jeu.	Cibles de l'intervention <sup>b</sup> (objectifs généraux et liés aux pensées)	Modalités (Disponibilité <sup>c</sup> , format <sup>d</sup> , intensité de la RC / Tx entier <sup>e</sup> )	Techniques pour 1- identifier et 2- corriger les pensées erronées <sup>f</sup>	L'intervention tient-elle compte des types de jeu joués ? <sup>g</sup> Si oui, de quelle façon ?
		les remplacer par des pensées plus réalistes (Pour les conditions RC et Tx combiné)	3- Individuel + groupe <i>Intensité :</i> 1: 0 / 6 séances (1 / sem.) 2: 6 / 6 séances (1 / sem.) 3: 6 / 12 séances (2 / sem.)	(1994b) pour plus d'informations sur les exercices, les devoirs et la procédure d'application	
<sup>12</sup> Freidenberg et al. (2002)	Croyances fondamentales irrationnelles ( <i>irrational core beliefs</i> ); Erreurs cognitives ( <i>cognitive errors</i> ); Perceptions erronées ( <i>erroneous perceptions</i> )	<i>Objectifs généraux :</i> ↑ la motivation et la prise de conscience des émotions liées au jeu; aider à identifier les situations à risque <i>Objectifs liés aux pensées :</i> Identifier et corriger leurs erreurs cognitives	<i>Disponibilité :</i> Face-à-face <i>Format :</i> Individuel <i>Intensité :</i> - / 14-20 séances	<i>Identifier :</i> Exposition en imagination (enregistrement) <i>Corriger :</i> Interactions patient-thérapeute	Les types de jeux joués ne sont pas documentés
<sup>13</sup> Grall-Bronnec et al. (2009)	Pensées dysfonctionnelles; Distorsions cognitives; Pensées erronées; Erreurs de pensées	<i>Objectifs généraux :</i> Maintenir l'abstinence et prévenir la rechute <i>Objectifs liés aux pensées :</i> -	<i>Disponibilité :</i> Face-à-face <i>Format :</i> Individuel <i>Intensité :</i> 7 / 10 séances	<i>Identifier :</i> Analyse d'une séance de jeu; Carnet d'autonotation <i>Corriger :</i> Interaction patient-thérapeute; Lecture de texte; Devoir; Carnet d'autonotation  * Voir le programme de tx de Ladouceur et al. (2000)	Aucun joueur d'habileté dans l'échantillon
<sup>14</sup> Grant et al. (2009)	Pensée irrationnelles ( <i>Irrational thinking</i> )	<i>Objectifs généraux :</i> ↓ la gravité des symptômes de jeu pathologiques	<i>Disponibilité :</i> Face-à-face <i>Format :</i> Individuel	<i>Identifier :</i> - <i>Corriger :</i> -	Les types de jeux joués ne sont pas documentés



Auteurs (année)	Termes utilisés <sup>a</sup> pour référer aux pensées liées au jeu.	Cibles de l'intervention <sup>b</sup> (objectifs généraux et liés aux pensées)	Modalités (Disponibilité <sup>c</sup> , format <sup>d</sup> , intensité de la RC / Tx entier <sup>e</sup> )	Techniques pour 1- identifier et 2- corriger les pensées erronées <sup>f</sup>	L'intervention tient-elle compte des types de jeu joués ? <sup>g</sup> Si oui, de quelle façon ?
		<i>Objectifs liés aux pensées</i> : -	<i>Intensité</i> : 1 / 6 séances de 60 min. sur 8 sem.		
<sup>15</sup> Hodgins et al. (2001)	-	<i>Objectifs généraux</i> : ↓ la gravité des comportements de jeu <i>Objectifs liés aux pensées</i> : -	<i>Disponibilité</i> : 1- Manuel 2- Manuel + Tél. <i>Format</i> : Individuel <i>Intensité</i> : 1: - / 5 sections 2: Idem + - / 1 EM de 20-45 min.	<i>Identifier</i> : - <i>Corriger</i> : - * Voir le Manuel <i>Becoming a winner : Defeating problem gambling</i> (Hodgins & Makarchuk, 1997)	L'information disponible n'indique pas que le traitement est adapté
<sup>16</sup> Jimenez-Murcial et al. (2007)	-	<i>Objectifs généraux</i> : Mettre en pratique des stratégies TCC pour parvenir à l'abstinence <i>Objectifs liés aux pensées</i> : -	<i>Disponibilité</i> : Face-à-face <i>Format</i> : Groupe <i>Intensité</i> : - / 16 séances de 90 min. (1/ sem.)	<i>Identifier</i> : - <i>Corriger</i> : - * Voir le manuel de tx (Jimenez-Murcia et al., 2006)	L'information disponible n'indique pas que le traitement est adapté
<sup>17</sup> Jimenez-Murcial, Aymami et al. (2012)	-	<i>Objectifs généraux</i> : Abstinence <i>Objectifs liés aux pensées</i> : -	( <i>Idem pour les 2 conditions</i> ) <i>Disponibilité</i> : Face-à-face <i>Format</i> : Groupe <i>Intensité</i> : - / 16 séances 90 min.	<i>Identifier</i> : - <i>Corriger</i> : - * Voir le manuel de tx (Jimenez-Murcia et al., 2006)	Aucun joueur d'habileté dans l'échantillon
<sup>18</sup> Jimenez-Murcial, Bove et al. (2012)	-	<i>Objectifs généraux</i> : Mettre en pratique des stratégies TCC pour parvenir à l'abstinence	( <i>Idem pour les 2 conditions</i> ) <i>Disponibilité</i> : Face-à-face	<i>Identifier</i> : - <i>Corriger</i> : Journal d'autonotation des pensées	L'information disponible n'indique pas que le traitement est

Auteurs (année)	Termes utilisés <sup>a</sup> pour référer aux pensées liées au jeu.	Cibles de l'intervention <sup>b</sup> (objectifs généraux et liés aux pensées)	Modalités (Disponibilité <sup>c</sup> , format <sup>d</sup> , intensité de la RC / Tx entier <sup>e</sup> )	Techniques pour 1- identifier et 2- corriger les pensées erronées <sup>f</sup>	L'intervention tient-elle compte des types de jeu joués ? <sup>g</sup> Si oui, de quelle façon ?
		<i>Objectifs liés aux pensées :</i> Discuter des différents facteurs de vulnérabilité et des pensées associées.	<i>Format :</i> Individuel <i>Intensité :</i> -/16 séances (45 min)	* Voir le manuel de tx (Jimenez-Murcia et al., 2006)	adapté
<sup>19</sup> Ladouceur et al. (1994)	Fausse idées ( <i>misconceptions</i> ); Croyances erronées ( <i>erroneous beliefs</i> ); Fausse perceptions ( <i>false perceptions</i> ); Verbalisations erronées ( <i>erroneous verbalizations</i> )	<i>Objectifs généraux :</i> ↑ la perception de contrôle jusqu'à un certain niveau et maintien de ce niveau pendant 2 sem.  <i>Objectifs liés aux pensées :</i> ↑ la capacité à reconnaître et remplacer les verbalisations erronées	<i>Disponibilité :</i> Face-à-face  <i>Format :</i> Individuel  <i>Intensité :</i> - / 17 séances de 60 min.	<i>Identifier :</i> Exposition <i>in vivo</i> (en laboratoire) et enregistrement (méthode de pensée à voix haute)  <i>Corriger :</i> Interactions patient-thérapeute; Écoute des enregistrements pour identifier et corriger les verbalisations erronées	Aucun joueur d'habileté dans l'échantillon
<sup>20</sup> Ladouceur et al. (1998)	Perceptions erronées ( <i>erroneous perceptions</i> ); Conceptions cognitives erronées ( <i>cognitive misconception</i> ); Erreur cognitive ( <i>cognitive error</i> )	<i>Objectifs généraux :</i> Voir objectifs liés aux pensées  <i>Objectifs liés aux pensées :</i> Corriger les verbalisations inadéquates	<i>Disponibilité :</i> Face-à-face  <i>Format :</i> Individuel  <i>Intensité:</i> max. de 20 h / max de 20 h (1-2 séances / sem. de 60-90 min.)	<i>Identifier :</i> Exposition en imagination (enregistrement des verbalisations)  <i>Corriger :</i> Interaction patient-thérapeute; Psychoéducation; Écoute des enregistrements	L'information disponible n'indique pas que le traitement est adapté
<sup>21</sup> Ladouceur et al. (2001)	Conceptions erronées ( <i>misconceptions</i> ); Perceptions erronées ( <i>erroneous perceptions</i> ); Erreur cognitive ( <i>cognitive error</i> )	<i>Objectifs généraux :</i> Voir objectifs liés aux pensées  <i>Objectifs liés aux pensées :</i> Corriger les conceptions erronées et prévenir la rechute	<i>Disponibilité :</i> Face-à-face  <i>Format :</i> Individuel  <i>Intensité :</i> 20 / 20 séances de 60 min.	<i>Identifier :</i> Exposition en imagination (enregistrement des verbalisations)  <i>Corriger :</i> Interactions; Psychoéducation; Écoute des enregistrements  *Manuel de tx est disponible sur demande	L'information disponible n'indique pas que le traitement est adapté

Auteurs (année)	Termes utilisés <sup>a</sup> pour référer aux pensées liées au jeu.	Cibles de l'intervention <sup>b</sup> (objectifs généraux et liés aux pensées)	Modalités (Disponibilité <sup>c</sup> , format <sup>d</sup> , intensité de la RC / Tx entier <sup>e</sup> )	Techniques pour 1- identifier et 2- corriger les pensées erronées <sup>f</sup>	L'intervention tient-elle compte des types de jeu joués ? <sup>g</sup> Si oui, de quelle façon ?
<sup>22</sup> Ladouceur et al. (2003)	Croyances erronées ( <i>erroneous beliefs; faulty beliefs</i> ); Perceptions erronées ( <i>erroneous perceptions</i> ); Pensées erronées ( <i>erroneous thoughts</i> ); Cognitions erronées ( <i>erroneous cognitions</i> ); Perceptions inexactes ( <i>inacurate perceptions</i> ); Conceptions erronées ( <i>misconceptions</i> )	<i>Objectifs généraux</i> : ↓ les comportements de jeu; développer des perceptions adéquates  <i>Objectifs liés aux pensées</i> : Corriger les conceptions erronées basées sur les principes du hasard	<i>Disponibilité</i> : Face-à-face  <i>Format</i> : Groupe  <i>Intensité</i> : 10 / 10 (120 min. / séance)	<i>Identifier</i> : Exposition en imagination (enregistrement des verbalisations)  <i>Corriger</i> : Interaction patient-thérapeute; Écoute des enregistrements	Les types de jeux joués ne sont pas documentés
<sup>23</sup> Ladouceur et al. (2009)	Croyances erronées ( <i>erroneous beliefs</i> ); Pensées erronées ( <i>erroneous thoughts</i> )	<i>Objectifs généraux</i> : Atteindre un jeu contrôlé ou l'abstinence  <i>Objectifs liés aux pensées</i> : -	<i>Disponibilité</i> : Face-à-face  <i>Format</i> : Individuel  <i>Intensité</i> : 6 / 12 séances de 60 min. (ou plus, au besoin)	<i>Identifier</i> : Exercices (liste de questions); Interactions; Exposition in vivo (en laboratoire); Devoirs  <i>Corriger</i> : Interactions; Exposition in vivo; Devoirs et lectures	Les types de jeux joués ne sont pas documentés
<sup>24</sup> Lipinski et al. (2007)	Pensées irrationnelles ( <i>irrational thoughts</i> ); Pensées précédant le jeu ( <i>thoughts prior to gambling</i> ); Distorsions cognitives ( <i>cognitive distortions</i> )	<i>Objectifs généraux</i> : Jeu contrôlé  <i>Objectifs liés aux pensées</i> : -	<i>Disponibilité</i> : Face-à-face  <i>Format</i> : Individuel  <i>Intensité</i> : - / 5 séances	<i>Identifier</i> : -  <i>Corriger</i> : Devoir	L'information disponible n'indique pas que le traitement est adapté
<sup>25</sup> Lupu (2008)	Croyances inadaptées ( <i>maladaptive beliefs</i> ); Conceptions erronées ( <i>erroneous conception</i> ); Cognitions irrationnelles ( <i>irrational cognitions</i> )	<i>Objectifs généraux</i> : Atteindre l'abstinence au jeu  <i>Objectifs de la RC</i> : -	<i>Disponibilité</i> : Face-à-face  <i>Format</i> : Individuel  <i>Intensité</i> : - / 20 séances (60-90 min)	<i>Identifier</i> : -  <i>Corriger</i> : Interactions; REBT ( <i>Rational Emotive &amp; Cognitive behavioral technique</i> )	Aucun joueur d'habileté dans l'échantillon

Auteurs (année)	Termes utilisés <sup>a</sup> pour référer aux pensées liées au jeu.	Cibles de l'intervention <sup>b</sup> (objectifs généraux et liés aux pensées)	Modalités (Disponibilité <sup>c</sup> , format <sup>d</sup> , intensité de la RC / Tx entier <sup>e</sup> )	Techniques pour 1- identifier et 2- corriger les pensées erronées <sup>f</sup>	L'intervention tient-elle compte des types de jeu joués ? <sup>g</sup> Si oui, de quelle façon ?
<sup>26</sup> Marceaux & Melville (2011)	Distorsions cognitives ( <i>cognitive distortions</i> )	<i>Objectifs généraux</i> : - <i>Objectifs de la RC</i> : -	<i>Disponibilité</i> : Face-à-face <i>Format</i> : Groupe <i>Intensité</i> : 1 : - / 16 séances de 90 min. 2 : 0 / 16 séances de 90 min.	<i>Identifier</i> : - <i>Corriger</i> : Node-link-mapping (liens Pensées-Émotions-Comportements et influences environ.) * Voir Melville (2000)	Les types de jeux joués ne sont pas documentés
<sup>27</sup> Melville et al. (2004)	-	<i>Objectifs généraux</i> : ↓ les scores aux variables dépendantes (DSM, capacité à réfréner le désir de jouer) <i>Objectifs liés aux pensées</i> : -	( <i>Idem pour les 2 conditions</i> ) <i>Disponibilité</i> : Face-à-face <i>Format</i> : Groupe <i>Intensité</i> : - / 16 (2 séances de 90 min/sem. pdt 8 sem.)	<i>Identifier</i> : Exposition en imagination (enregistrement des pensées) <i>Corriger</i> : 1- Cartographie des interrelations Pensées-Émotions- Actions et influences environ.; Interactions patients-thérapeute; Écoute des enregistrements * Les auteurs réfèrent le lecteur au manuel de Tx (Melville et al., 2000)	Aucun joueur d'habileté dans l'échantillon
<sup>28</sup> Milton et al. (2002)	Cognitions dysfonctionnelles et irrationnelles liées au jeu ( <i>dysfunctional and irrational gambling cognitions</i> ); Cognitions liées au jeu ( <i>Gambling-related cognitions</i> ); Croyances irrationnelles ( <i>irrational beliefs</i> )	<i>Objectifs généraux</i> : ↓ ou cesser le jeu <i>Objectifs liés aux pensées</i> : -	( <i>Idem pour les 2</i> ) <i>Disponibilité</i> : Face-à-face <i>Format</i> : Individuel <i>Intensité</i> : 1 / 4 composantes en 8 séances	( <i>Idem pour les 2 conditions</i> ) <i>Identifier</i> : Interactions patients-thérapeutes; Exercices écrits; Devoirs et grilles d'autonotations <i>Corriger</i> : Idem	L'information disponible n'indique pas que le traitement est adapté

Auteurs (année)	Termes utilisés <sup>a</sup> pour référer aux pensées liées au jeu.	Cibles de l'intervention <sup>b</sup> (objectifs généraux et liés aux pensées)	Modalités (Disponibilité <sup>c</sup> , format <sup>d</sup> , intensité de la RC / Tx entier <sup>e</sup> )	Techniques pour 1- identifier et 2- corriger les pensées erronées <sup>f</sup>	L'intervention tient-elle compte des types de jeu joués ? <sup>g</sup> Si oui, de quelle façon ?
<sup>29</sup> Myrseth et al. (2009)	Pensées erronées ( <i>erroneous thinking</i> ); Tendances biaisées ( <i>biasing tendencies</i> ); Conceptions erronées sur le hasard ( <i>misconceptions about randomness</i> )	<i>Objectifs généraux</i> : Traiter le jeu pathologique <i>Objectifs liés aux pensées</i> : -	<i>Disponibilité</i> : Face-à-face <i>Format</i> : Groupe <i>Intensité</i> : 1 / 6 séances de 2 hrs	<i>Identifier</i> : - <i>Corriger</i> : - * Voir Manuel de tx de Bergen Clinics (Skjerve et al., 2002; Prescott et al., 2002)	L'information disponible n'indique pas que le traitement est adapté
<sup>30</sup> Oakes et al. (2012)	Croyances erronées ( <i>erroneous beliefs</i> )	<i>Objectifs généraux</i> : À la fin du tx, être assis derrière un appareil de jeu avec des crédits et ressentir un désir de jouer minimal <i>Objectifs liés aux pensées</i> : -	<i>Disponibilité</i> : Face-à-face (sem. 1 et 3) & tél. (sem. 2) <i>Format</i> : Groupe (Sem. 1 et 3) & individuel (Sem. 2) <i>Intensité</i> : - / 3 Sem. (Sem.1: 5 séances; Sem.2: 1 contact tél.; Sem.3: 5 séances)	<i>Identifier</i> : Exposition au jeu hiérarchisée (imagination puis, graduellement, in vitro); Devoirs <i>Corriger</i> : Idem	L'information disponible n'indique pas que le traitement est adapté
<sup>31</sup> Okuda et al. (2009)	Croyances erronées ( <i>erroneous beliefs</i> ); Pensées irrationnelles; ( <i>Irrational thoughts</i> ); Croyances irrationnelles ( <i>Irrational beliefs</i> ); Distorsions cognitives ( <i>cognitive distortions</i> )	<i>Objectifs généraux</i> : Abstinence <i>Objectifs liés aux pensées</i> : Identifier les erreurs de pensées en regard des probabilités de gains	<i>Disponibilité</i> : Face-à-face <i>Format</i> : Individuel <i>Intensité</i> : au moins 1 / 10 séances (60 min)	<i>Identifier</i> : Interactions patients-thérapeute <i>Corriger</i> : Idem * Voir le manuel de Tx (Petry, 2005; 2006)	Aucun joueur d'habileté dans l'échantillon
<sup>32</sup> Parhami et al. (2012)	Distorsions cognitives ( <i>cognitive distortions</i> ); Pensées reliées au jeu déformées ( <i>distorted gambling-related thoughts</i> )	<i>Objectifs généraux</i> : Traiter les problèmes de jeu <i>Objectifs liés aux pensées</i> : -	<i>Disponibilité</i> : Tél. + Manuel en ligne <i>Format</i> : Individuel <i>Intensité</i> : - / 6 ou 12 sessions tél. de 50 min.	<i>Identifier</i> : - <i>Corriger</i> : - * Voir le manuel de traitement des distorsions cognitives (Toneatto & Gunaratne, 2009)	Les types de jeux joués ne sont pas documentés

Auteurs (année)	Termes utilisés <sup>a</sup> pour référer aux pensées liées au jeu.	Cibles de l'intervention <sup>b</sup> (objectifs généraux et liés aux pensées)	Modalités (Disponibilité <sup>c</sup> , format <sup>d</sup> , intensité de la RC / Tx entier <sup>e</sup> )	Techniques pour 1- identifier et 2- corriger les pensées erronées <sup>f</sup>	L'intervention tient-elle compte des types de jeu joués ? <sup>g</sup> Si oui, de quelle façon ?
<sup>33</sup> Pasche et al. (2013)	Erreurs de pensée ( <i>errors of thinking</i> ); Croyances impulsives ( <i>impulsive beliefs</i> )	<i>Objectifs généraux</i> : Traiter le jeu pathologique  <i>Objectifs liés aux pensées</i> : Identifier les erreurs de pensées	<i>Disponibilité</i> : Face-à-face  <i>Format</i> : Individuel  <i>Intensité</i> : 1 / 6 séances (ou 7, car 1 séance optionnelle)	<i>Identifier</i> : Interactions patient-thérapeute; Devoirs (autonotation); Exercices  <i>Corriger</i> : Idem  * Voir le tx manualisé (Grant et al., 2011)	L'information disponible n'indique pas que le traitement est adapté
<sup>34</sup> Petry et al. (2006)	Cognitions irrationnelles associées au jeu ( <i>irrational cognitions associated with gambling</i> )	<i>Objectifs généraux</i> : Réduire les problèmes de jeu  <i>Objectifs liés aux pensées</i> : -	<i>Disponibilité</i> : 1- Autotraitement 2- En face-à-face  <i>Format</i> : 1 et 2 - Individuel  <i>Intensité</i> : 1- 1 / 8 chapitres 2- 1 / 8 séances d'1 heure	<i>Identifier</i> : -  <i>Corriger</i> : -  * Voir Petry (2005a) dans lequel les devoirs, le déroulement et le contenu des rencontres sont détaillés	L'information disponible n'indique pas que le traitement est adapté
<sup>35</sup> Sharpe & Tarrier (1992)	Croyances irréalistes ( <i>unrealistic beliefs</i> )	<i>Objectifs généraux</i> : ↑ la prise de conscience de ce qui influencent le jeu, apprendre l'autocontrôle, remplacer le jeu et modifier les associations (stimuli de jeu et réactions).  <i>Objectifs liés aux pensées</i> : Mettre en doute les croyances et accepter les pertes	<i>Disponibilité</i> : Face-à-face  <i>Format</i> : Individuel  <i>Intensité</i> : - / -	<i>Identifier</i> : Exposition in vivo  <i>Corriger</i> : Cue-cards (noter les pensées et le niveau de croyance); Conséquences à conserver ou modifier la pensée; Interactions; Résolution de problèmes	L'information disponible n'indique pas que le traitement est adapté, mais la RC est dite personnalisée
<sup>36</sup> Sylvain & Ladouceur (1992)	Perceptions erronées et biaisées; Verbalisations inadéquates et erronées; Erreurs cognitives	<i>Objectifs généraux</i> : ↓ la fréquence du jeu  <i>Objectifs liés aux pensées</i> : ↓ les verbalisations inadéquates et ↑ celles qui sont adéquates	<i>Disponibilité</i> : Face-à-face  <i>Format</i> : Individuel  <i>Intensité</i> : 1 / 3 éléments (variable)	<i>Identifier</i> : Exposition in vivo (en laboratoire) et verbalisation à voix haute  <i>Corriger</i> : Classification des pensées dans une grille	Aucun joueur d'habileté dans l'échantillon

Auteurs (année)	Termes utilisés <sup>a</sup> pour référer aux pensées liées au jeu.	Cibles de l'intervention <sup>b</sup> (objectifs généraux et liés aux pensées)	Modalités (Disponibilité <sup>c</sup> , format <sup>d</sup> , intensité de la RC / Tx entier <sup>e</sup> )	Techniques pour 1- identifier et 2- corriger les pensées erronées <sup>f</sup>	L'intervention tient-elle compte des types de jeu joués ? <sup>g</sup> Si oui, de quelle façon ?
<sup>37</sup> Sylvain et al. (1997)	Perceptions/Croyances erronées ( <i>Erroneous perception/belief</i> ); Bais cognitifs associés au jeu ( <i>Cognitive biases associated with gambling</i> ); Schémas dysfonctionnels ( <i>dysfunctional schema</i> ); Fausses conceptions ( <i>Misconceptions</i> ); Perceptions inexactes ( <i>inaccurate perceptions</i> ); Verbalisations inadéquates ( <i>inadequate verbalizations</i> ); Fausses croyances ( <i>faulty beliefs</i> )	<i>Objectifs généraux</i> : Voir objectifs liés aux pensées  <i>Objectifs liés aux pensées</i> : Corriger les fausses conceptions sur les notions de base reliées au hasard	<i>Disponibilité</i> : Face-à-face  <i>Format</i> : Individuel  <i>Intensité</i> : - / max. 30 hres (1 à 2 séances / sem. de 60-90 min.)	<i>Identifier</i> : Exposition en imagination (Enregistrement des verbalisations)  <i>Corriger</i> : Écoute des enregistrements; Interactions patient-thérapeute  *Manuel de tx disponible sur demande	L'information disponible n'indique pas que le traitement est adapté
<sup>38</sup> Toneatto & Sobell (1990)	Perceptions déformées (distorted perceptions); croyances erronées (erroneous beliefs); distorsions cognitives (cognitive distortions)	<i>Objectifs généraux</i> : Voir objectifs liés aux pensées  <i>Objectifs liés aux pensées</i> : ↑ la prise de conscience des hypothèses sous-jacentes aux croyances et évaluer leur validité sur une base probante	<i>Disponibilité</i> : Face-à-face  <i>Format</i> : individuel  <i>Intensité</i> : - / 10 séances (1 / sem.)	<i>Identifier</i> : Interactions patient-thérapeute  <i>Corriger</i> : Idem	L'information disponible n'indique pas que le traitement est adapté, mais la RC est dite personnalisée
<sup>39</sup> Toneatto & Dragonetti (2008)	Croyances liées au jeu inadaptes ( <i>gambling-related maladaptive beliefs</i> )	<i>Objectifs généraux</i> : Le but de la TCC est négocié individuellement (abstinence ou Non-abstinence)  <i>Objectifs liés aux pensées</i> : -	( <i>Idem pour les 2 conditions</i> ) <i>Disponibilité</i> : Face-à-face  <i>Format</i> : Groupe  <i>Intensité</i> : 8 séances (1 / sem.)	<i>Identifier</i> : -  <i>Corriger</i> : -	L'information disponible n'indique pas que le traitement est adapté
<sup>40</sup> Toneatto & Gunaratne	Croyances dysfonctionnelles ( <i>dysfunctional beliefs</i> );	<i>Objectifs généraux</i> : Voir objectifs liés aux pensées	<i>Disponibilité</i> : Gr 1-3 : Face-à-face	<i>Identifier</i> : -  <i>Corriger</i> : sensibilisation,	Les types de jeux joués ne sont pas

Auteurs (année)	Termes utilisés <sup>a</sup> pour référer aux pensées liées au jeu.	Cibles de l'intervention <sup>b</sup> (objectifs généraux et liés aux pensées)	Modalités (Disponibilité <sup>c</sup> , format <sup>d</sup> , intensité de la RC / Tx entier <sup>e</sup> )	Techniques pour 1- identifier et 2- corriger les pensées erronées <sup>f</sup>	L'intervention tient-elle compte des types de jeu joués ? <sup>g</sup> Si oui, de quelle façon ?
(2009)	Distorsions cognitives ( <i>cognitive distortions</i> ); Croyances déformées ( <i>distorted beliefs</i> ); Cognitions inadaptées ( <i>maladaptive cognition</i> ); Croyances irrationnelles liées au jeu ( <i>irrational gambling beliefs</i> ); Croyances inadaptées ( <i>maladaptive beliefs</i> )	<i>Objectifs liés aux pensées</i> : Tx cognitive - Ébranler les croyances fondamentales quant au caractère contrôlable et prédictible des résultats au jeu	<i>Format</i> : Individuel (tous les groupes)  <i>Intensité</i> : Gr 1 : 6 / 6 séances sur 8 à 10 sem. Gr 2-3 : 0 / 6 séances sur 8-10 sem.	introduction du doute, empirisme collaboratif, évaluation rationnelle et interventions métacognitives	documentés
<sup>41</sup> Wulfert et al. (2006)	Erreurs cognitives ( <i>cognitive errors</i> ); Perceptions erronées ( <i>misperception</i> ); Croyances superstitieuses ( <i>superstition beliefs</i> ); Croyances problématiques ( <i>problematic beliefs</i> ); Biais cognitifs ( <i>cognitive biases</i> ); Distorsions cognitives ( <i>cognitive distortions</i> )	<i>Objectifs généraux</i> : Améliorer la rétention des joueurs en tx et traiter le jeu pathologique  <i>Objectifs liés aux pensées</i> : -	Infos disponibles pour la TCC seulement  <i>Disponibilité</i> : Face-à-face  <i>Format</i> : Individuel  <i>Intensité</i> : - / En moyenne 16 séances de 60-90 min.	<i>Identifier</i> : -  <i>Corriger</i> : Interactions patient-thérapeute (ce dernier évite de donner des lectures au joueur).  * Voir le tx manualisé (Wulfert et al. 2003)	L'information disponible n'indique pas que le traitement est adapté

*Note.* - = Information absente de l'article; n/a = Non applicable; RC = Restructuration cognitive; tx = Traitement; TCC = Thérapie cognitive-comportementale; hres = Heures; sem. = Semaines; min. = Minutes; Nb = Nombre; ↑ = Augmentation; ↓ = Diminution; Tél. = Téléphonique; EM = Entrevue motivationnelle; max = Maximum; environ. = Environnementales; GCQ = *Gambling Cognitions Questionnaire*; infos = Informations.

<sup>a</sup> Seuls les termes généraux référant aux pensées liées au jeu à corriger sont rapportés ici. Les termes identifiant des types de pensées erronées spécifiques (p.ex. illusions de contrôle, superstitions) ne sont pas rapportés. Pour les articles anglophones, une traduction libre des termes utilisés est faite, mais les termes anglais originaux utilisés par les auteurs sont tout de même fournis entre parenthèses.

<sup>b</sup> Seuls les objectifs en lien avec la gravité du problème de jeu, les comportements de jeu (p.ex. argent dépensé, temps de jeu mensuel) et les pensées liées au jeu sont rapportés.

<sup>c</sup> La disponibilité de l'intervention réfère à la façon dont l'intervention est offerte : en face-à-face, par téléphone, par Internet ou par traitement auto-administré (manuel).

<sup>d</sup> Le format d'intervention est en groupe ou en individuel



<sup>e</sup> L'intensité de la RC par rapport à l'intensité de l'entièreté du traitement réfère à la proportion de temps (ou de rencontres, de modules, etc.) consacrée à la RC par rapport à l'entièreté du traitement.

<sup>f</sup> Lorsque les auteurs réfèrent le lecteur à une autre source pour avoir davantage d'informations sur le traitement (et/ou les techniques) ou pour accéder au traitement lui-même, cette référence est donnée précédée d'un \*.

## ANNEXE A

### Grille d'extraction des études randomisées (expérimentales)

#### Référence

Dans l'article en général (objectif 1)	<b>Termes utilisés pour référer aux pensées des joueurs:</b>
Méthode	<b>Plan d'expérience: Durée du traitement: Suivi:</b>
Participants	<b>Diagnostic: Dépistage: N: Sexe: Âge moyen: Ethnie: Modalité de jeu: Critères d'inclusion: Critères d'exclusion:</b>
Interventions (objectifs 2, 3, 4 et 5)	<b>Groupe1 :</b> <b>Description de la restructuration cognitive :</b> <b>Objectif(s)/cible(s) du traitement:</b> <b>Nombre de rencontre destinée à la restructuration cognitive :</b> <b>Modalité de traitement</b> <b>a (exposition) :</b> <b>b (individuel c. groupe) :</b> <b>c (en personne, sur Internet, au téléphone, autotraitement) :</b> <b>Techniques d'utilisation pour identifier les distorsions cognitives (p.ex., outils) :</b> <b>Techniques d'utilisation pour effectuer la restructuration cognitive (p.ex., outils) :</b> <b>Est-ce qu'il y a des joueurs de jeux comprenant une part d'habileté ?</b> <b>Comment les auteurs tiennent compte des pensées liées aux jeux comprenant une part d'habileté ? :</b> <b>Thérapeute:</b>  <b>Groupe2 :</b> ...
Outcomes (objectif 7)	<b>Mesures sur lesquelles sont évalués les résultats:</b> <b>Est-ce que l'intervention est efficace selon les auteurs ?</b> <b>Est-ce qu'il y a des résultats en lien avec les distorsions cognitives ?</b>
Notes	

**Risque de biais** Voir *Cochrane Risk of bias assessment tool*

Bias (objectif 6)	Authors' judgement (low, high ou unclear risk)	Support for judgement
Random sequence generation (selection bias)		
Allocation concealment (selection bias)		
Blinding of participants, personnel and outcome assessors (detection bias)		
Incomplete outcome data (attrition bias)		
Selective outcome reporting (reporting bias)		
Other potential threats to validity		

## ANNEXE B

### Grille d'extraction des études non-randomisées (quasi-expérimentales ou de cas)

#### Référence

Dans l'article en général (objectif 1)	<b>Termes utilisés pour référer aux pensées des joueurs:</b> <b>Est-ce que le terme utilisé varie en fonction de la nature de la pensée ? :</b>
Méthode	<b>Plan d'expérience:</b> <b>Répartition aux conditions:</b> <b>Durée du traitement:</b> <b>Suivi:</b>
Participants	<b>Diagnostic:</b> <b>Dépistage:</b> <b>N:</b> <b>Sexe:</b> <b>Âge:</b> <b>Ethnie:</b> <b>Modalité de jeu:</b> <b>Critères d'inclusion:</b> <b>Critères d'exclusion:</b>
Interventions (objectifs 2, 3, 4, et 5)	<b>Groupe1 :</b> <b>Description de la restructuration cognitive :</b> <b>Nombre de rencontre destinée à la restructuration cognitive : Objectif(s)/cible(s) du traitement:</b> <b>Modalité de traitement</b> <b>a (exposition):</b> <b>b (individuel vs. Groupe):</b> <b>c (en personne, sur Internet, au téléphone, autotraitement) :</b> <b>Techniques d'utilisation pour identifier les distorsions cognitives (p.ex., outils) :</b> <b>Techniques d'utilisation pour effectuer la restructuration cognitive (p.ex., outils) :</b> <b>Est-ce qu'il y a des joueurs de jeux comprenant une part d'habileté ?</b> <b>Comment les auteurs tiennent compte des pensées liées aux jeux comprenant une part d'habileté ? :</b> <b>Thérapeute:</b>  <b>Groupe2 :</b> <b>...</b>
Outcomes (objectif 7)	<b>Mesures sur lesquelles sont évalués les résultats:</b> <b>Est-ce que l'intervention est efficace selon les auteurs ?</b> <b>Est-ce qu'il y a des résultats en lien avec les distorsions cognitives ?</b>
Notes	
<i>Risque de biais</i>	<i>Voir Risk assessment tool for Public health practice</i>

**Biais** (objectif 6)

**Évaluation de  
l'auteur** (strong,  
moderate, weak,  
unclear quality)

**Rationnel pour l'évaluation**

---

Selection bias

---

Study design

---

Confounders

---

Blinding

---

Data collection  
methods

---

Withdrawals and drop-  
outs

---

Intervention integrity

---

Analyses (intent-to-  
treat analyses)

---

GLOBAL RATING

---

## ANNEXE C

### BIBLIOGRAPHIE COMPLÈTE

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3th ed.)*. Washington, DC: Author.
- Aubry, C., Romo, L., Djordjian, J., Legauffre, C., & Adès, J. (2005). À propos de la prise en charge d'un joueur pathologique. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 15(4), 154-158.
- Barrault, S., & Varescon, I. (2012). Cognitive distortions and gambling behavior : state of the question. *Psychologie française*, 57, 17-29.
- Beck, A.T. (1963). Thinking and depression: 1. Idiosyncratic content and cognitive distortions. *Archives of General Psychiatry*, 9, 324-333.
- Beck, J.S., (2011). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond*. The Guilford Press: New York, London.
- Blaszczynski, A., Drobny, J., & Steel, Z. (2005). Home-based imaginal desensitisation in pathological gambling: short-term outcomes. *Behaviour Change*, 22, 13-21.
- Blaszczynski, A., & Silove, D. (1995). Cognitive and behavioral therapies for pathological gambling. *Journal of Gambling Studies*, 11, 195-220.
- Bonnaire, C., Bungener, C., Varescon, I., (2009). Subtypes of french pathological gamblers: comparison of sensation seeking, alexithymia and depression scores. *Journal of Gambling Studies*, 25, 455–471.
- Bouchard, S., Loranger, C., Robitaille, G. (2013). *Manuel de traitement en réalité virtuelle pour les problèmes de jeu pathologique (version 2.0)*. Laboratoire de Cyberpsychologie de l'Université du Québec en Outaouais (UQO), Gatineau, Québec.
- Boutin, C., Dumont, M., Ladouceur, R., & Montecalvo, P. (2003). Excessive gambling and cognitive therapy: How to address ambivalence. *Clinical Case Studies*, 2(4), 259-269.
- Brewer, J.A., Grant, J.E., & Potenza, M.N. (2008). The treatment of pathological gambling. *Addictive Disorders & Their Treatment*, 7, 1-13.

- Brochu, P., Sévigny, S., & Giroux, I. (2015). Joueurs de poker en ligne : Perceptions liées au hasard et à l'habileté, raisons de jouer et émotions. *Journal of Gambling Issues, 31*, 77-110. DOI: <http://dx.doi.org/10.4309/jgi.2015.31.7>
- Bujold, A., Ladouceur, R., Sylvain, C., & Boisvert, J.-M. (1994). Treatment of pathological gamblers: An experimental study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 25*(4), 275-282.
- Carlbring, P., Jonsson, J., Josephson, H., & Forsberg, L. (2010). Motivational interviewing versus cognitive behavioral group therapy in the treatment of problem and pathological gambling: A randomized controlled trial. *Cognitive Behaviour Therapy, 39*(2), 92-103.
- Castren, S., Pankakoski, M., Tamminen, M., Lipsanen, J., Ladouceur, R., & Lahti, T. (2013). Internet-based CBT intervention for gamblers in Finland: experiences from the field. *Scand J Psychol, 54*(3), 230-235.
- Cantinotti, M., Ladouceur, R., & Jacques, C. (2004). Sports betting: Can gamblers beat randomness ? *Psychology of Addictive Behaviors, 18*, 143-147.
- Cowlishaw, S., Merkouris, S., Dowling, N., Anderson, C., Jackson, A., & Thomas, S. (2012). Psychological therapies for pathological and problem gambling. *The Cochrane Library, 11*, 1-73.
- Cunningham, J. A., Hodgins, D. C., Toneatto, T., & Murphy, M. (2012). A randomized controlled trial of a personalized feedback intervention for problem gamblers. *PLoS ONE, 7*(2), e31586.
- Cunningham, J. A., Hodgins, D. C., Toneatto, T., Rai, A., & Cordingley, J. (2009). Pilot study of a personalized feedback intervention for problem gamblers. *Behavior Therapy, 40*(3), 219-224.
- Delfabbro, P. (2004). The stubborn logic of regular gamblers: Obstacles and dilemmas in cognitive gambling. *Journal of Gambling Studies, 20*, 1-21.
- Desrosiers, P., & Jacques, C. (2009). *Les services en jeu pathologique dans les centres de réadaptation en dépendance : Guide de bonnes pratiques et offre de services de base*. Rapport préparé pour l'Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec. Montréal, Canada.
- Devynck, F., Giroux, I., & Jacques, C. (2012). Les distorsions cognitives. In M. Grall-Bronnec (Ed.) *Le jeu pathologique : Comprendre, prévenir, traiter* (pp. 75-80). Issy-les-Moulineaux, France : Elsevier Masson.

- Dowling, N., Smith, D., & Thomas, T. (2009). A preliminary investigation of abstinence and controlled gambling as self-selected goals of treatment for female pathological gambling. *Journal of Gambling Studies, 25*(2), 201-214.
- Dowling, N., Smith, D., & Thomas, T. (2007). A comparison of individual and group cognitive-behavioural treatment for female pathological gambling. *Behaviour Research and Therapy, 45*(9), 2192-2202. doi: 10.1016/j.brat.2006.11.003
- Dowling, N., Smith, D., & Thomas, T. (2006). Treatment of female pathological gambling: The efficacy of a cognitive-behavioural approach. *Journal of Gambling Studies, 22*(4), 355-372.
- Echeburúa, E., Báez, C., & Fernández-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.
- Freidenberg, B. M., Blanchard, E. B., Wulfert, E., & Malta, L. S. (2002). Changes in physiological arousal to gambling cues among participants in motivationally enhanced cognitive-behavior therapy for pathological gambling: A preliminary study. *Applied Psychophysiology and Biofeedback, 27*(4), 251-260.
- Gaboury, A., & Ladouceur, R. (1989). *Erroneous perceptions and gambling. Journal of Social Behavior & Personality, 4*(4), 411-420.
- George, S., & Murali, V. (2005). Pathological gambling: an overview of assessment and treatment. *Advances in Psychiatric Treatment, 11*, 450-456.
- Giroux, I., Boudreault, C., Faucher-Gravel, A., Goulet, A., Ladouceur, R., Simoneau, H., & Jacques, C. (2015). *Jeu me questionne : bonification et validation scientifique*. Rapport remis au Fonds de recherche du Québec - Société et culture (FRQ-SC). Québec, Université Laval.
- Grall-Bronnec, M., Poudat, F.-X., & Vénisse, J.-L. (2009). Jeu pathologique: Exemple de thérapie cognitive centrée sur les pensées dysfonctionnelles. *Alcoolologie et Addictologie, 31*(2), 159-162.
- Grant, J. E., Donahue, C. B., Odlaug, B. L., Kim, S. W., Miller, M. J., & Petry, N. M. (2009). Imaginal desensitisation plus motivational interviewing for pathological gambling: Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry, 195*(3), 266-267.



- Higgins, JPT & Green, S (editors). *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.
- Jiménez-Murcia, S., Bove, F. I., Israel, M., Steiger, H., Fernández-Aranda, F., Álvarez-Moya, E., . . . Menchón, J. M. (2012). Cognitive-behavioral therapy for pathological gambling in Parkinson's disease: A pilot controlled study. *European Addiction Research, 18*(6), 265-274.
- Jiménez-Murcia, S., Álvarez-Moya, E. M., Granero, R., Aymamí, M. N., Gómez-Peña, M., Jaurrieta, N., . . . Vallejo, J. (2007). Cognitive-behavioral group treatment for pathological gambling: Analysis of effectiveness and predictors of therapy outcome. *Psychotherapy Research, 17*(5), 544-552.
- Korn, D.A., & Shaffer, H.J. (2004). *Practice guidelines for treating gambling-related problems: An evidence-based treatment guide for clinicians*. Massachusetts Council on Compulsive Gambling: Boston.
- Kovacs, M, & Beck, A.T. (1978). Maladaptive cognitive structures in depression. *The American Journal of Psychiatry, 135*, 525-533.
- Ladouceur, R., Boisvert, J.-M., & Dumont, J. (1994). Cognitive-behavioral treatment for adolescent pathological gamblers. *Behavior Modification, 18*(2), 230-242.
- Ladouceur, R., Boutin, C., Lachance, S., Doucet, C., et Sylvain, C. (2000). *Programme d'évaluation et de traitement des joueurs excessifs*. Centre Québécois d'Excellence pour la Prévention et le Traitement du Jeu de l'Université Laval; Québec, Canada.
- Ladouceur, R., Lachance, S., & Fournier, P.-M. (2009). Is control a viable goal in the treatment of pathological gambling? *Behaviour Research & Therapy, 47*(3), 189-197.
- 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., Boutin, C., Lachance, S., Doucet, C., Leblond, J., & Jacques, C. (2001). Cognitive treatment of pathological gambling. *Journal of Nervous and Mental Disease, 189*(11), 774-780.
- Ladouceur, R., Sylvain, C., Letarte, H., Giroux, I., & Jacques, C. (1998). Cognitive treatment of pathological gamblers. *Behaviour Research and Therapy, 36*, 1111-1119.
- Lafond, S., & Brisson, L. (2007). *Évaluation de la situation actuelle à Québec en matière de traitement du jeu excessif*. Projet fait en collaboration avec le Centre de Réadaptation en Dépendances de Québec, le Centre Québécois d'Excellence pour la Prévention et le Traitement du Jeu, le Centre CASA et la Maison au Seuil de l'Harmonie, Québec, Canada.
- Langer, E.J., (1975). The illusion of control. *Journal of Personality and Social Psychology, 32*, 311-328.
- Lipinski, D., Whelan, J. P., & Meyers, A. W. (2007). Treatment of pathological gambling using a guided self-change approach. *Clinical Case Studies, 6*(5), 394-411.
- Lupu, V. (2008). Cognitive-behavioral therapy in pathological gambling; A case analysis. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies, 8*(2), 269-277.
- Marceaux, J. C., & Melville, C. L. (2011). Twelve-step facilitated versus mapping-enhanced cognitive-behavioral therapy for pathological gambling: A controlled study. *Journal of Gambling Studies, 27*(1), 171-190.
- Melville, C. L., Davis, C. S., Matzenbacher, D. L., & Clayborne, J. (2004). Node-link-mapping-enhanced group treatment for pathological gambling. *Addictive Behaviors, 29*(1), 73-87.
- 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.
- Myrseth, H., Brunborg, G., & Scott, E. M. (2010). Differences in cognitive distortions between pathological and non-pathological gamblers with preferences for chance or skill games. *Journal of Gambling Studies, 26*, 561-569.
- Myrseth, H., Litlerè, I., Støylen, I. J., & Pallesen, S. (2009). A controlled study of the effect of cognitive-behavioural group therapy for pathological gamblers. *Nordic Journal of Psychiatry, 63*(1), 22-31.

- National Collaborating Centre for Methods and Tools (2008). *Quality Assessment Tool for Quantitative Studies*. Hamilton, ON: McMaster University. (Updated 13 April, 2010) Retrieved from <http://www.nccmt.ca/resources/search/14>.
- Oakes, J., Gardiner, P., McLaughlin, K., & Battersby, M. (2012). A pilot group cognitive behavioural therapy program for problem gamblers in a rural Australian setting. *International Journal of Mental Health and Addiction, 10*(4), 490-500.
- Okuda, M., Balán, I., Petry, N. M., Oquendo, M., & Blanco, C. (2009). Cognitive-behavioral therapy for pathological gambling: Cultural considerations. *The American Journal of Psychiatry, 166*(12), 1325-1330.
- Pallesen, S., Morten, M., Kvale, G., Johnsen, B.-J., & Molde, H. (2005). Outcome of psychological treatments of pathological gambling: A review and metaanalysis. *Addiction, 100*, 1412-1422.
- Papineau, É., Allard, D., Kimpton, M.-A., & Audet, C. (2005). *Évaluation du programme expérimental sur le jeu pathologique. Le programme d'évaluation et de traitement des joueurs excessifs. – Le point de vue des intervenants*. Rapport préparé pour l'Institut nationale de santé publique du Québec, Montréal, Canada.
- Parhami, I., Davtian, M., Hanna, K., Calix, I., & Fong, T. W. (2012). The implementation of a telephone-delivered intervention for Asian American disordered gamblers: A pilot study. *Asian American Journal of Psychology, 3*(3), 145-159.
- Pasche, S. C., Sinclair, H., Collins, P., Pretorius, A., Grant, J. E., & Stein, D. J. (2013). The effectiveness of a cognitive-behavioral intervention for pathological gambling: A country-wide study. *Annals of Clinical Psychiatry, 25*(4), 250-256.
- Petry, N. M., Ammerman, Y., Bohl, J., Doersch, A., Gay, H., Kadden, R., . . . Steinberg, K. (2006). Cognitive-behavioral therapy for pathological gamblers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*(3), 555-567.
- Raylu, N., & Oei, T. P. (2010). *A cognitive behavioural therapy program for problem gambling: Therapist manual*. New York, États-Unis: Routledge.
- Sharpe, L., & Tarrier, N. (1992). A cognitive-behavioral treatment approach for problem gambling. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 6*(3), 193-203.

- Sylvain, C., Ladouceur, R., & Boisvert, J. (1997). Cognitive and behavioral treatment of pathological gambling: A controlled study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*, 727-732.
- Sylvain, C., & Ladouceur, R. (1992). Correction cognitive et habitudes de jeu chez les joueurs de poker vidéo. *Canadian Journal of Behavioural Science, 24*(4), 479-489.
- Toneatto, T., Blitz-Miller, T., Calderwood, K., Dragonetti, R., & Tsanos, A. (1997). Cognitive distortions in heavy gambling. *Journal of Gambling Studies, 13*, 253-266.
- Toneatto, T., & Dragonetti, R. (2008). Effectiveness of community-based treatment for problem gambling: A quasi-experimental evaluation of cognitive-behavioral vs. twelve-step therapy. *The American Journal on Addictions, 17*(4), 298-303.
- Toneatto, T., & Gunaratne, M. (2009). Does the treatment of cognitive distortions improve clinical outcomes for problem gambling? *Journal of Contemporary Psychotherapy, 39*(4), 221-229.
- Toneatto, T., & Sobell, L. C. (1990). Pathological gambling treated with cognitive behavior therapy: A case report. *Addictive Behaviors, 15*(5), 497-501.
- Walker, M. (1992). *The psychology of gambling*. Elmsford, États-Unis : Pergamon Press.
- Wulfert, E., Blanchard, E. B., Freidenberg, B. M., & Martell, R. S. (2006). Retaining pathological gamblers in cognitive behavior therapy through motivational enhancement: A pilot study. *Behavior Modification, 30*(3), 315-340.