

THE COLLEGE OF
FAMILY PHYSICIANS
OF CANADA



LE COLLÈGE DES
MÉDECINS DE FAMILLE
DU CANADA

Approche pratique sur le trouble lié au jeu de hasard et d'argent destiné aux médecins de famille

Groupe d'intérêt des membres en médecine des toxicomanies
Le Collège des médecins de famille du Canada

Novembre 2023

@ 2023 Le Collège des médecins de famille du Canada

Tous droits réservés. Ce document peut être reproduit en entier à des fins éducatives, personnelles et non commerciales seulement avec mention conformément aux renseignements ci-après. Toute autre utilisation requiert la permission du Collège des médecins de famille du Canada (CMFC).

Pour citer ce document : Collège des médecins de famille du Canada. *Approche pratique sur le trouble lié au jeu de hasard et d'argent à l'intention des médecins de famille*. Mississauga (ON) : Collège des médecins de famille du Canada ; 2023.

Auteurs

Magaly Brodeur MA PhD MD CCMF
Professeure adjointe
Département de médecine de famille et de médecine d'urgence
Université de Sherbrooke

Divulgaration de conflits d'intérêts financiers (deux dernières années) : Magaly Brodeur est médecin de famille et professeure à l'Université de Sherbrooke. Aucun de ses projets de recherche n'est financé par l'industrie. Par l'intermédiaire d'un contrat signé avec l'Université de Sherbrooke, elle œuvre à titre de consultante en prévention et réduction des méfaits pour Loto-Québec, la société d'État responsable de l'offre de jeu étatisée dans la province de Québec (Canada). Elle siège au Conseil d'administration du Collège des médecins de famille du Canada (CMFC). La subvention de la Section des groupes d'intérêt des membres pour son travail au sein du Groupe d'intérêt des membres en médecine des toxicomanies, qui a permis la réalisation de cet outil, a été obtenue avant son élection au Conseil d'administration du CMFC.

Andrée-Anne Légaré PhD
Professeure adjointe
Département des sciences de la santé communautaire — Service sur les dépendances
Université de Sherbrooke
Divulgaration de conflits d'intérêts financiers (deux dernières années) : aucun

Remerciements :

Les auteures remercient le Collège des médecins de famille du Canada pour la subvention ayant permis la rédaction de cette ressource, l'équipe du Service des bibliothèques de l'Université de Sherbrooke pour leur accompagnement, Julie Turmel pour la coordination du projet ainsi que Rezkalla Farkouh, Marie-Audrey Peel et Sophie Audette-Chapdelaine pour leur collaboration au projet.

Membres du comité d'experts

Nadine Blanchette-Martin, M. Serv Soc
Adèle Morvannou PhD
Olivier Simon MD
Hélène Hamel, représentante d'un organisme communautaire
Annie Desjardins, représentante des patients

Réviseurs

Sogand Gholami, MD
Irina Kudrina, MD
Andy Pasternak, MD

Déclaration

Cette ressource a été produite grâce à une subvention octroyée par le Groupe d'intérêt des membres en médecine des toxicomanies du CMFC pour aider les médecins de famille à offrir des soins aux patients qui présentent un trouble lié au jeu de hasard et d'argent. Il est entendu, cependant, que les soins dispensés doivent être individualisés en fonction des caractéristiques du patient et guidés par les normes de la pratique du domaine de soins.



Table des matières

Introduction	2
Contexte.....	2
Types de jeux de hasard et d'argent	3
Identifier les JHA à moindre risque et à risque élevé.....	3
Repérage du trouble lié au jeu de hasard et d'argent	4
Dépistage du trouble lié au jeu de hasard et d'argent	4
Questionnaire Lie/Bet.....	4
Diagnostic du trouble lié au jeu de hasard et d'argent	5
Traitement non-pharmacologique	6
Traitement pharmacologique	7
Ressources pour les patients	8
Ressources pour les fournisseurs de soins	8
Références	8



Introduction

Ce document libre est un outil de référence rapide qui vise à aider les médecins de famille à toutes les étapes de leur carrière à reconnaître et traiter le trouble lié au jeu de hasard et d'argent (TJHA).

Contexte

Les jeux de hasard et d'argent (JHA) occupent une place majeure dans les habitudes de consommation de la population canadienne¹. En 2018, environ deux tiers des adultes canadiens (66 %) s'étaient adonnés à au moins une forme de JHA au cours de l'année précédente¹.

Alors que la majorité des personnes qui s'adonnent aux JHA présentent des habitudes de jeu à faible risque et ne subissent pas de conséquences néfastes associées à leur pratique des JHA, d'autres présentent un trouble lié au jeu de hasard et d'argent (TJHA)^{2,3}. Dans le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 5^e édition (DSM-5), le TJHA est défini comme un comportement de jeu de hasard et d'argent problématique, persistant et récurrent, qui peut provoquer une altération du fonctionnement ou une souffrance significative⁴. Au niveau international, on estime la prévalence du TJHA entre 0,12 % et 5,8 %⁵. Au Canada, la prévalence du TJHA est estimée à 0,6 %⁶.

Le TJHA a des répercussions considérables sur les personnes qui en sont atteintes : difficultés financières, pertes d'emploi, problèmes conjugaux, détresse psychologique, suicide, etc.^{3,7}. Les troubles de santé mentale concomitants sont d'ailleurs particulièrement prévalents chez les personnes présentant un TJHA⁴. Il est estimé que 96 % des individus aux prises avec un TJHA présentent au moins un trouble de santé mentale concomitant et que 64 % en présentent trois ou plus^{3,8}. Les plus fréquents sont les troubles dépressifs, les troubles anxieux et les troubles liés à l'utilisation de substances (TUS)³. Les méfaits associés au TJHA vont au-delà des personnes présentant un TJHA⁹⁻¹⁴. En effet, les problèmes psychologiques signalés par les proches des personnes présentant un TJHA, généralement les conjoints et conjointes, sont souvent semblables à ceux présents chez les personnes présentant un TJHA¹⁵. Il est démontré que pour chaque personne présentant un TJHA, 10 à 17 personnes de son entourage peuvent être affectées (p. ex., conjoint ou conjointe, enfant, collègue, employeur)¹⁶⁻¹⁸.

Les coûts économiques et sociaux associés au TJHA sont considérables. Bien que ces coûts soient difficiles à quantifier¹⁹, des économistes ont estimé qu'en Suède, les coûts sociaux associés au JHA dépassent les revenus générés par l'industrie des JHA sous forme d'impôt par l'État²⁰. Aux États-Unis, il a été estimé, au début des

années 2000, que pour chaque bénéfice de 46 \$, le jeu coûtait 289 \$ à la société²¹. Dans un tel contexte, il n'est pas étonnant de constater que les méfaits associés aux JHA sont devenus un enjeu de santé majeur, et ce, aussi bien au Canada qu'à l'étranger²².

Les médecins de famille connaissent généralement peu le TJHA^{23,24} et de nombreux médecins rapportent souvent se sentir démunis vis-à-vis un patient présentant un TJHA^{25,26}. Cette situation est préoccupante, car il est démontré que les personnes qui présentent un TJHA sont peu portées à déclarer spontanément leurs habitudes de jeu problématique ou consulter un médecin afin d'en discuter^{25,26}.

En 2021, le Groupe d'intérêt des membres en médecine des toxicomanies du Collège des médecins de famille du Canada a publié le guide *Approche pratique des troubles liés à l'usage de substances à l'intention des médecins de famille*²⁷. Ce guide fournit une approche pratique pour la prise en charge des personnes présentant des troubles de consommation d'alcool, de la nicotine et des opioïdes. Le présent guide inspiré de ce modèle vise à aider les médecins de famille canadiens à reconnaître et à traiter le TJHA ainsi qu'à offrir des soins et services de qualité à cette clientèle.

Types de jeux de hasard et d'argent

Sachez identifier les JHA à moindre risque et à risque élevé

Les JHA comprennent l'ensemble des activités qui permettent de jouer ou de parier de l'argent : loteries, billets à gratter, machines à sous, appareils de loterie vidéo, poker, paris sportifs, etc.³ La prévalence du TJHA varie selon les types de JHA. Par exemple, chez les personnes qui s'adonnent à la loterie, la prévalence est beaucoup plus faible que chez les personnes s'adonnant aux machines à sous, aux appareils de loterie vidéo ou encore, au jeu en ligne^{3,28}.

Ces différences peuvent être attribuables au niveau de risque associé aux types de JHA. Les formes de JHA qui permettent de faire des mises rapidement (p. ex., les appareils de loterie vidéo et les machines à sous) peuvent amener à jouer plus souvent, plus longtemps, et à dépenser plus d'argent, sont considérés comme des jeux à **risque élevé**. Il convient de noter que les jeux de hasard et d'argent pratiqués en ligne, peu importe le type, sont identifiés comme étant davantage préjudiciables et susceptibles de conduire à un TJHA et entrent donc dans la catégorie des JHA à **risque élevé**¹⁶. Les jeux qui proposent un rythme plus lent, une stimulation visuelle moindre et qui entraînent moins de dépenses sont considérés comme des jeux à **moindre risque**. Les loteries et les billets à gratter font partie de cette catégorie.



Repérage du trouble lié au jeu de hasard et d'argent

Demandez à vos patients s'ils se sont adonnés aux JHA au cours des 12 derniers mois. Si oui, demandez-leur à combien de JHA, à quels types de JHA ils s'adonnent et à quelle fréquence.

Le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substance a développé des lignes directrices sur les habitudes de jeu à moindre risque. Il est recommandé aux personnes qui s'adonnent aux JHA de suivre trois principes :

1. Éviter de jouer plus de 1 % du revenu du ménage avant impôt par mois.
2. Éviter de jouer plus de 4 jours par mois.
3. Éviter de jouer régulièrement à plus de 2 formes de JHA.

Pour en savoir plus sur ces lignes directrices, veuillez consulter le www.lignesdirectricesjeu.ca.

Dépistage du trouble lié au jeu de hasard et d'argent

Si vous soupçonnez des pratiques de jeu à risque, vous êtes invités à procéder au dépistage du TJHA.

Vous pouvez utiliser le questionnaire Lie/Bet, un outil de dépistage rapide. Cet outil a démontré une bonne capacité de détection du TJHA auprès de la population générale pour une période couvrant les 12 derniers mois²⁹.

Questionnaire Lie/Bet³⁰ :

1. Avez-vous déjà senti le besoin de miser toujours plus d'argent ? Oui/Non
2. Avez-vous déjà dû mentir à des personnes proches concernant votre comportement relatif aux jeux d'argent ? Oui/Non

Si votre patient répond oui à une ou l'autre de ces questions, nous vous encourageons à investiguer davantage et procéder à une évaluation diagnostique du TJHA.



Diagnostic du trouble lié au jeu de hasard et d'argent

Les critères diagnostiques du TJHA dans le DSM-5 sont les suivants :

A. Pratique inadaptée, persistante et répétée du jeu d'argent conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance, cliniquement significative, comme en témoigne, chez le sujet, la présence d'au moins quatre des manifestations suivantes au cours d'une période de 12 mois :

1. Besoin de jouer avec des sommes d'argent croissantes pour atteindre l'état d'excitation désirée.
2. Agitation ou irritabilité lors des tentatives de réduction ou d'arrêt de la pratique du jeu.
3. Efforts répétés, mais infructueux pour contrôler, réduire ou arrêter la pratique du jeu.
4. Préoccupation par le jeu (p. ex., préoccupation par la remémoration d'expériences de jeu passées ou par la prévision de tentatives futures, ou par les moyens de se procurer de l'argent pour jouer).
5. Joue souvent lors des sentiments de souffrance/mal-être (p. ex., sentiments d'impuissance, de culpabilité, d'anxiété, de dépression).
6. Après avoir perdu de l'argent au jeu, retourne souvent jouer un autre jour pour compenser ses pertes (pour « se refaire »).
7. Ment pour dissimuler l'ampleur réelle de ses habitudes de jeu.
8. Met en péril ou a perdu une relation affective importante, un emploi ou des possibilités d'études ou de carrière à cause du jeu.
9. Compte sur les autres pour obtenir de l'argent et se sortir de situations financières désespérées dues au jeu.

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

Spécifier si :

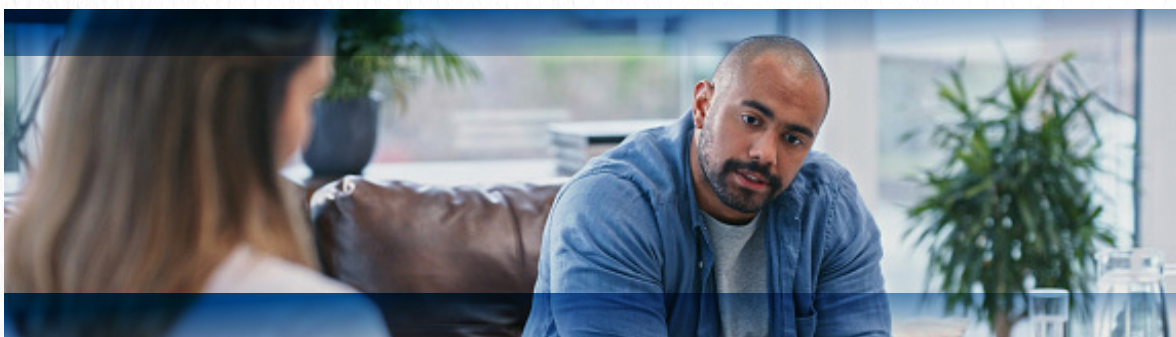
- Occasionnel : Répond aux critères diagnostiques par épisodes, entre des périodes de jeu problématique, les symptômes s'amendent pendant au moins plusieurs mois.
- Continu : Présence de symptômes continus, répond aux critères diagnostiques depuis de nombreuses années.

Spécifier si :

- En rémission précoce : Après avoir préalablement rempli tous les critères du trouble lié au jeu, aucun ne l'a été pendant au moins 3 mois, mais depuis une période de moins de 12 mois.
- En rémission prolongée : Après avoir préalablement rempli tous les critères du trouble lié au jeu, aucun ne l'a été pendant au moins 12 mois.

Spécifier la sévérité actuelle :

- Léger : Présence de quatre ou cinq critères
- Moyen : Présence de six ou sept critères
- Grave : Présence de huit ou neuf critères



Traitement non-pharmacologique

Le traitement non-pharmacologique représente la pierre angulaire du traitement du TJHA³⁴. Les personnes qui présentent un TJHA peuvent bénéficier d'un traitement psychosocial dispensé par un professionnel de la santé mentale (psychologue, travailleur social, intervenant en dépendance) en format individuel ou de groupe^{3,35,36}. L'objectif du traitement peut être adapté en fonction des objectifs de la personne et viser l'abstinence ou le jeu contrôlé.

Les meilleures pratiques d'approches thérapeutiques auprès des personnes avec un TJHA sont :

- **Thérapie cognitive-comportementale (TCC)** : Cette approche combinant des techniques comportementales et cognitives vise à aider la personne à identifier les déclencheurs externes du comportement de jeu (p. ex., environnementaux, psychologiques, contextuels), à identifier des pensées automatiques associées au jeu et au hasard, de pratiquer des réponses alternatives à ces pensées automatiques et à promouvoir des comportements alternatifs aux JHA, ainsi que prévenir et adresser les rechutes^{3,34-36}. Cette approche a été identifiée comme étant la meilleure pratique pour le traitement du TJHA en individuel ainsi qu'en groupe. La TCC en modalité de couple a également été évaluée et identifiée comme une pratique prometteuse. Cette modalité permet de soutenir tant la personne joueuse que son conjoint ou sa conjointe, qui sont également sujets à vivre des conséquences néfastes liées au TJHA^{3,32}.
- **Entretien motivationnel (EM)** : Les interventions motivationnelles sont conçues de sorte à augmenter la motivation intrinsèque au changement des habitudes de JHA. Elles visent à diminuer l'ambivalence par rapport à la modification des habitudes de JHA et à renforcer l'engagement de la personne joueuse dans sa démarche de changement^{3,35,36}.

En dehors du cadre thérapeutique, les joueurs peuvent bénéficier du soutien provenant des groupes.

- **Gamblers anonymes (GA)** : Un groupe de soutien par les pairs qui s'appuie sur la philosophie des 12 étapes développée par le mouvement des Alcooliques anonymes³⁷. Il s'agit de la forme de soutien psychosocial la plus utilisée par les personnes présentant un TJHA³. Bien que les appuis empiriques validant l'approche des GA soient inconsistants, ces groupes constituent une option accessible pour les personnes cherchant de l'aide pour un problème de JHA, proposant des rencontres quotidiennes dans la plupart des villes canadiennes. La participation aux réunions des GA est associée à l'atteinte de l'abstinence et à une augmentation de la motivation au changement de comportement à court terme³⁷. Cependant, les études longitudinales démontrent un faible taux de rétention et de maintien des acquis sur une période d'un an³.

Lorsque la sévérité du TJHA est importante, une thérapie intensive avec hébergement peut être envisagée. Une hospitalisation en psychiatrie peut aussi être une avenue nécessaire, en particulier lors de la présence de troubles concomitants sévères et/ou d'idées suicidaires. Les idées suicidaires sont très fréquentes chez les personnes présentant un TJHA (17 à 24 %)³. Il est dès lors essentiel de questionner les idées suicidaires lorsqu'une personne présente un TJHA.



Traitement pharmacologique

À l'heure actuelle, aucun traitement pharmacologique n'est approuvé au Canada pour le traitement du TJHA⁴. Bien que plusieurs études cliniques aient été réalisées, les résultats sont contradictoires et les données restent limitées³¹⁻³³. Le traitement spécifique du TJHA de manière pharmacologique n'est donc pas recommandé.

Les troubles de santé mentale concomitants sont cependant particulièrement prévalents chez les personnes présentant un TJHA³. Les données actuelles ne permettent pas de recommander un traitement particulier. L'algorithme suivant, suggéré par Potenza et coll. (2019) dans le Nature Reviews Disease Primers sur le TJHA, peut cependant guider le traitement en présence de certains troubles de santé mentale concomitants³.

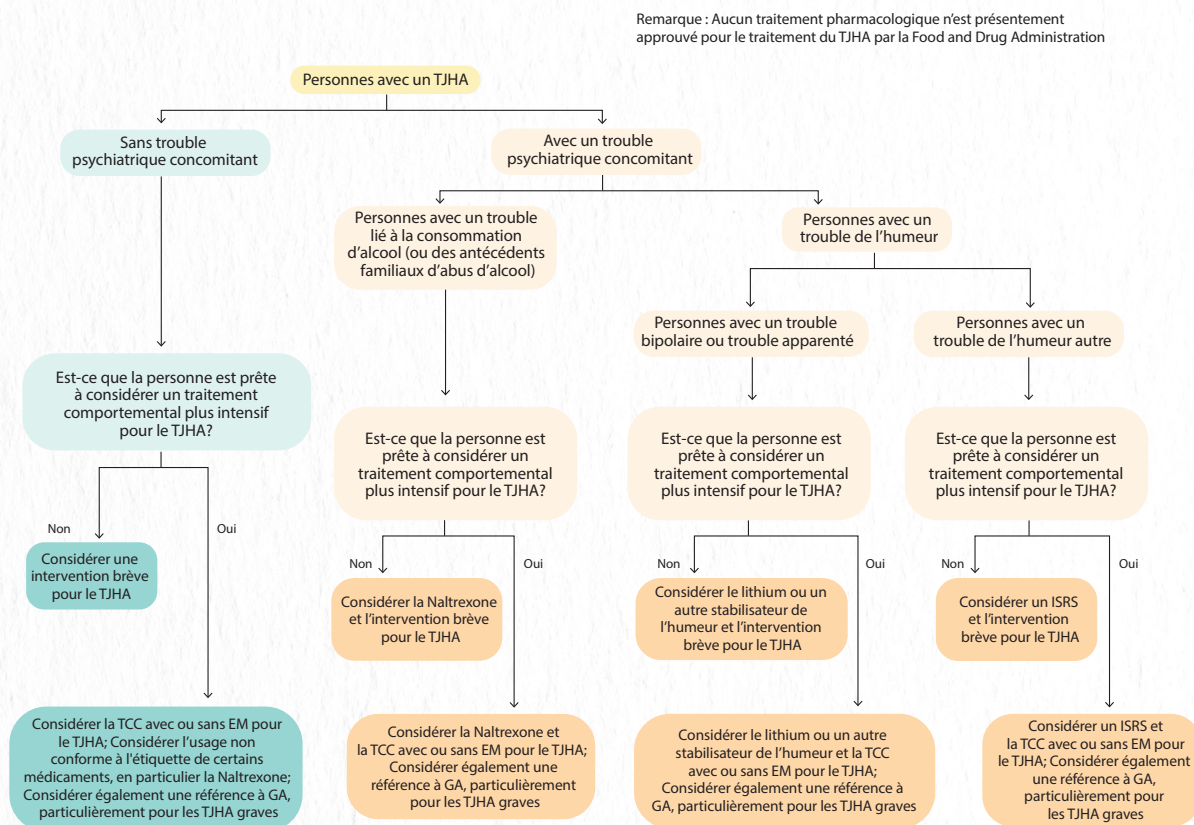


Fig. 1|Algorithme de traitement proposé pour le trouble lié au jeu de hasard et d'argent. Le modèle de traitement proposé est basé sur les données existantes issues des essais cliniques des thérapies comportementales et pharmacologiques et sur l'expérience clinique. Il tient compte de la présence de troubles psychiatriques concomitants et de la volonté de la personne d'envisager un traitement. Compte tenu des lacunes actuelles dans les connaissances (notamment en ce qui concerne la combinaison d'interventions comportementales et pharmacologiques), cet algorithme peut être affiné au fil du temps pour tenir compte de données supplémentaires. Cet algorithme se concentre sur le traitement de la composante de la présentation liée au trouble du jeu, et la meilleure façon de traiter les troubles concomitants (par exemple, simultanément ou séquentiellement) implique souvent un jugement clinique. TCC, thérapie cognitivo-comportementale; GA, Gamblers Anonymes; EM, entretien motivationnel; ISRS, inhibiteur de la recapture de la sérotonine.

Réimprimé et traduit avec la permission de Springer Nature Customer Service Centre GmbH: Nature Reviews Disease Primers. Gambling Primers. Potenza MN, Balodis IM, Derevensky J, Brant JE, Petry NM, verdejo-Carcia A, et collab. 2019. Tous droits réservés

Saviez-vous que certains médicaments tels que le modulateur de la dopamine (Aripipazole) et les agonistes dopaminergiques (p. ex., Pramipexole, Ropinirole) peuvent augmenter le risque de développer un TJHA ? Si votre patient présente un nouveau diagnostic de TJHA, n'oubliez pas de vérifier si de nouveaux médicaments ont été récemment prescrits. Si vous envisagez de prescrire un de ces médicaments, évaluez les facteurs de risques et faites un suivi régulier des effets secondaires avec votre patient(e)³⁸.

Ressources pour les patients

Liste des ressources de soutien pour les personnes présentant un TJHA et leurs proches sur le site Web du Conseil du jeu responsable :

<https://www.responsiblegambling.org/fr/pour-le-public/aide-en-cas-de-probleme-dejeu/aide-pour-les-canadiens-et-canadiennes/>

Ressources pour les fournisseurs de soins

Lignes directrices sur les habitudes de jeu à moindre risque

<https://gamblingguidelines.ca/fr/lignes-directrices-sur-les-jeux/quelles-sont-les-lignes-directrices/>

Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH)

<https://www.camh.ca/>

Conseil du Jeu Responsable (CJR)

<https://www.responsiblegambling.org/fr/>

Références

1. Williams RJ, Leonard CA, Belanger YD, Christensen DR, el-Guebaly N, Hodgins DC, et al. Gambling and Problem Gambling in Canada in 2018: Prevalence and Changes Since 2002. *Can J Psychiatry*. 2021; 66(5):485–94.
2. Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. Les lignes directrices sur les habitudes de jeu à moindre risque [Internet]. 2021. Date de consultation : le 21 avril 2022. Dans : <https://gamblingguidelines.ca/app/uploads/2021/01/LRGG-Lower-Risk-Gambling-Guidelines-Poster-2021-fr.pdf>
3. Potenza MN, Balodis IM, Derevensky J, Grant JE, Petry NM, Verdejo-Garcia A, et al. Gambling disorder. *Nat Rev Dis Primers*; 5 (1) : 51. Date de consultation : le 26 décembre 2022. Dans : <http://www.nature.com/articles/s41572-019-0099-7>
4. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fifth Edition*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
5. Calado F, Griffiths MD. Problem gambling worldwide: An update and systematic review of empirical research (2000–2015). *J Behav Addict*. 2016; 5(4):592–613.
6. Williams RJ, Leonard CA, Belanger YD, Christensen DR, el-Guebaly N, Hodgins DC, et al. Predictors of gambling and problem gambling in Canada. *Can J Public Health*. 2021; 112 (3):521–529.
7. Wardle H, Reith G, Best D, McDaid D, Platt S. *Measuring gambling-related harms?: a framework for action*. Birmingham, UK: Gambling Commission; 2018. Date de consultation : le 6 décembre 2022. Dans : http://eprints.lse.ac.uk/89248/1/McDaid_Gambling-Related_harms_Published.pdf
8. Kessler RC, Hwang I, LaBrie R, Petukhova M, Sampson NA, Winters KC, et al. DSM-IV pathological gambling in the National Comorbidity Survey Replication. *Psychol Med*. 2008; 38(9):1351–1360.
9. Abbott MW. Gambling and gambling-related harm: recent World Health Organization initiatives. *Public Health*. 2020; 184:56-59.
10. King DL, Delfabbro PH, Billieux J, Potenza MN. Problematic online gaming and the COVID-19 pandemic. *J Behav Addict*. 2020; 9(2):184–186. Date de consultation : le 26 décembre 2022. Dans : <https://akjournals.com/view/journals/2006/9/2/article-p184.xml>

11. Korn DA, Shaffer H J. Gambling and the Health of the Public: Adopting a Public Health Perspective. *J Gambli Stud.* 1999; 15(4):289–365.
12. Korn DA. Examining Gambling Issues From a Public Health Perspective. *JGambliIssues.* 2001; (4). Date de consultation : le 15 février 2023. Dans : <https://epe.lac-bac.gc.ca/100/202/300/e-gambling/html/2003/no8/archive/pdf/EJGI-issue4/EJGI-issue4-feature.pdf>
13. Shaffer HJ, Korn DA. Gambling and related mental disorders: a public health analysis. *Annu Rev Public Health.* 2002; 23(1):171–212.
14. Griffiths S, Reith G, Wardle H, Mackie P. Pandemics and epidemics: public health and gambling harms. *Public Health.* 2020; 184:1-2. Date de consultation : le 26 décembre 2022. Dans : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0033350620302602>
15. Langham E, Thorne H, Browne M, Donaldson P, Rose J, Rockloff M. Understanding gambling related harm: a proposed definition, conceptual framework, and taxonomy of harms. *BMC Public Health.* 2016; 16(1):80.
16. Papineau E, Lemétayer F, Lacroix G, et coll. *Les préjudices liés aux jeux de hasard et d'argent en ligne : de l'identification à l'action de santé publique.* Institut national de santé publique du Québec; 2018. Date de consultation : le 26 décembre 2022. Dans : https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2459_prejudices_jeux_hasard_argent_en_ligne.pdf
17. Politzer RM, Yesalis CE, Hudak CJ. The epidemiologic model and the risks of legalized gambling: Where are we headed? *Health Values: The Journal of Health Behavior, Education & Promotion.* 1992; 16(2):20–7.
18. Lesieur HR, Custer RL. Pathological Gambling: Roots, Phases, and Treatment. *Ann Am Acad Political Soc Sci.* 1984; 474 (1):146–156.
19. Walker DM. Problems in Quantifying the Social Costs and Benefits of Gambling. *Am J Econ Sociol.* 2007; 66(3):609–645.
20. Hofmarcher T, Romild U, Spångberg J, Persson U, Håkansson A. The societal costs of problem gambling in Sweden. *BMC Public Health.* 2020; 20(1):1921.
21. Grinols EL. *Gambling in America: Costs and benefits.* Cambridge, UK: Cambridge University Press; 2004.
22. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Plan d'action interministériel en dépendance 2018-2028 – Prévenir, réduire et traiter les conséquences associées à la consommation de substances psychoactives, à la pratique de jeux de hasard et d'argent et à l'utilisation d'Internet.* Québec, QC : Ministère de la Santé et des Services sociaux; 2018. Date de consultation : le 26 décembre 2022. Dans : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-804-02W.pdf>
23. Achab S, Chatton A, Khan R, Thorens G, Penzenstadler L, Zullino D, et al. Early Detection of Pathological Gambling: Betting on GPs' Beliefs and Attitudes. *Biomed Res Int.* 2014:1-7.
24. Chithiramohan TN, George S. Gambling addiction in primary care: a survey of general practitioners in Solihull. *Internet Journal of Medical Update - Ejournal.* 2016; 11(2):2–6.
25. Roberts A, Rogers J, Sharman S, Melendez-Torres GJ, Cowlishaw S. Gambling problems in primary care: a systematic review and meta-analysis. *Addict Res Theory.* 2021; 29(6):454–468.
26. Roberts A, Bowden-Jones H, Roberts D, Sharman S. Should GPs routinely screen for gambling disorders? *Br J Gen Pract.* 2019; 69 (682):226–227.
27. Le Collège des médecins de famille du Canada, *Approche pratique des troubles liés à l'usage de substances à l'intention des médecins de famille.* 2021. Date de consultation : le 26 décembre 2022. Dans : <https://www.cfpc.ca/CFPC/media/PDF/MIGS-2021-Addiction-Medicine-FRE.pdf>

28. Kairouz S, Nadeau L, Robillard C. *Enquête Enhjeu-Québec - Portrait du jeu au Québec : Prévalence, incidence et trajectoires sur quatre ans*. Montréal, QC : Concordia University; 2014. Date de consultation : le 26 décembre 2022. Dans : https://www.concordia.ca/content/dam/artsci/research/lifestyle-addiction/docs/projects/enh-jeu-q/ENHJEU-QC-2012_rapport-final-FRQ-SC.pdf
29. Dowling NA, Merkouris SS, Dias S, Rodda SN, Manning V, Youssef G, et al. The diagnostic accuracy of brief screening instruments for problem gambling: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2019; 74:101784.
30. Johnson EE, Hamer R, Nora RM, Tan B, Eisenstein N, Engelhart C. The Lie/Bet Questionnaire for Screening Pathological Gamblers. *Psychol Rep*. 1996;80(1):83–88.
31. Di Nicola M, De Crescenzo F, D'Alo GL, Remondi C, Panaccione I, Moccia L, et al. Pharmacological and Psychosocial Treatment of Adults With Gambling Disorder: A Meta-Review. *J Addict Med*. 2020; 14(4): e15–23.
32. Goslar M, Leibetseder M, Muench HM, Hofmann SG, Laireiter AR. Pharmacological Treatments for Disordered Gambling: A Meta-analysis. *J Gamb Stud*. 2019; 35(2):415–445.
33. Kraus SW, Etuk R, Potenza MN. Current pharmacotherapy for gambling disorder: a systematic review. *Expert Opin Pharmacother*. 2020; 21(3):287–296.
34. Balodis IM, Potenza MN. The Biology and Treatment of Gambling Disorder. In: *Addiction Medicine: Science and Practice*. Springer, New York, NY: Springer; 2010:617–631.
35. Petry NM, Ginley MK, Rash CJ. A systematic review of treatments for problem gambling. *Psychol Addict Behav*. 2017 Dec; 31(8):951–961.
36. Cowlshaw S, Merkouris S, Dowling N, Anderson C, Jackson A, Thomas S. Psychological therapies for pathological and problem gambling. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012; 11:CD008937.
37. Schuler A, Ferentzy P, Turner N, Skinner W, Mclsaac K, Ziegler C, et al. Gamblers Anonymous as a Recovery Pathway: A Scoping Review. *J Gamb Stud*. 2016; 32(4):1261–1278.
38. Wolfschlag M, Håkansson A. Drug-Induced Gambling Disorder: Epidemiology, Neurobiology, and Management. *Pharmaceut Med*. 2023; 37(1):37–52.