

MISE AU POINT

Approches psychothérapeutiques du jeu d'argent pathologique

Ariane Lengereau^{1,2,3,*}, Félicie Meaudre^{1,3,*}, Geoffrey Dufayet^{1,3,4,5}, Pierre-Alexis Geoffroy^{1,2,3,4,*}, Michel Lejoyeux^{1,2,3,4}

¹ Département de psychiatrie et d'addictologie, AP-HP, GHU Paris Nord, DMU Neurosciences, Hôpital Bichat - Claude Bernard, 75018 Paris, France

² Inserm U1028, CNRS UMR5292, Université Claude Bernard Lyon 1, Bron, France.

³ Université Paris Cité, NeuroDiderot, Inserm, FHU I2-D2, F-75019 Paris, France

⁴ Centre ChronoS, GHU Paris - Psychiatry & Neurosciences, 1 rue Cabanis, 75014 Paris, France

⁵ Université de Paris, Laboratoire de Psychologie Clinique, Psychopathologie, Psychanalyse, F-92100 Boulogne-Billancourt, France

* Correspondance : Ariane Lengereau, Félicie Meaudre et Geoffrey Dufayet, Hôpital Bichat-Claude Bernard, Département de Psychiatrie et d'Addictologie, 46 rue Henri Huchard, 75018, Paris, France ; E-mails : ariane.lengereau@aphp.fr, felicie.meaudre@aphp.fr, geoffrey.dufayet@aphp.fr

Résumé :

La place du jeu d'argent pathologique (JAP) est aujourd'hui établie dans le champ des troubles addictifs. Cependant, le repérage précoce de ce trouble est encore limité. Les prises en charge proposées dans cette addiction rejoignent celles qui sont généralement utilisées dans les troubles de l'usage de substance (TUS), mais des aménagements sont nécessaires afin de correspondre aux caractéristiques propres aux addictions comportementales. Dans cette revue narrative, les principales approches psychothérapeutiques utilisées dans le traitement des addictions sont décrites et analysées en fonction de leur adaptation aux spécificités du JAP. L'entretien motivationnel (EM), les thérapies comportementales et cognitives (TCC), et les approches groupales sont fréquentes dans le traitement des addictions, et leur application au JAP suppose des aménagements particuliers. La fréquence de la comorbidité entre JAP et trouble du stress post traumatique (TSPT) est importante. Cette comorbidité peut avoir un impact sur la sévérité du trouble et le maintien du comportement. Ainsi, il peut être pertinent de proposer un traitement capable de prendre en charge cette association. L'Eye Movement Desensitization et Reprocessing (EMDR) permet une prise en charge prometteuse de cette comorbidité. Des travaux supplémentaires pourraient permettre de mieux cibler les interventions proposées en fonction des différents profils de joueurs pathologiques.

Mots-clés : Jeux pathologiques ; TCC ; EMDR ; entretien motivationnel ; approche groupale

Abstract:

Gambling disorder (GD) is now well established within the field of addictive disorders. However, early screening of this disorder remains limited. The treatments proposed for this addiction often align with those used for substance-related disorders, but adjustments are necessary to address the specific characteristics of behavioral addictions. In this narrative review, the main psychotherapeutic approaches used in addiction treatment are described and analyzed in terms of their suitability for the specific features of GD. Motivational interviewing (MI), cognitive-behavioral therapy (CBT), and group-based approaches are commonly employed in addiction treatment, but their application to GD requires specific adjustments. The comorbidity rate between GD and post-traumatic stress disorder (PTSD) is significant. This comorbidity can impact the severity of the disorder and contribute to the persistence of the behavior. Therefore, it may be relevant to offer a treatment that addresses this association. Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) offers a promising avenue for managing this comorbidity. Further research could help better tailor interventions to the diverse profiles of pathological gamblers.

Key-words: Gambling disorder; CBT; EMDR; motivational interviewing; group approach

1. INTRODUCTION

Dans l'imaginaire collectif et social, l'addiction relève la plupart du temps d'un trouble de l'usage d'une substance (TUS). A l'inverse, dans les addictions comportementales, aucune substance n'induit une modification de l'état de conscience du sujet (1). La banalisation et la minimisation des addictions « sans substance » (2) freinent leur repérage et leur prise en charge précoce (1). D'après l'étude de Recherche en Epidémiologie Clinique et en Santé Publique (RECAP) menée par l'Observatoire Français des Drogues et des Tendances Addictives (OFDT) (3), les patients suivis pour un jeu d'argent pathologique (JAP) représentent environ 1,1% des usagers des CSAPA et seraient majoritairement des hommes (84,4%) de 39 ans en moyenne (4). Les facteurs de vulnérabilité associés au développement d'un JAP incluent le fait d'être un homme avec de faibles revenus, une exposition précoce aux jeux, avoir des antécédents familiaux de JAP, avoir vécu des maltraitements et des carences pendant l'enfance ainsi qu'une impulsivité marquée (1,5). Les patients avec un JAP présentent également une prévalence plus élevée de comorbidités psychiatriques (6) par rapport à la population générale, tels qu'une dépendance au tabac (60,1%), un trouble de l'usage de l'alcool (TUA) (26,3%), la présence d'un épisode dépressif caractérisé et des antécédents de tentatives de suicide. Bien que la prévalence varie selon les études, 17% à 56% des personnes présentant un JAP souffrent d'un trouble du stress post traumatique (TSPT) (1,7,8). Par ailleurs, la présence d'un TSPT tend à accentuer la sévérité de l'addiction et à favoriser le maintien du comportement pathologique (8-10).

Le JAP se définit par « une pratique inadaptée, persistante et répétée conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance significative » (11). Les jeux de hasard et d'argent (JHA) se répartissent en trois catégories : les jeux de pur hasard (prévalence accrue de risque de jeux d'argent pathologiques (5)), jeux de quasi-adresse et enfin d'adresse dans lesquels il est possible de renforcer ses compétences et ainsi d'influencer partiellement le résultat (12).

Depuis la légalisation des jeux en ligne qui a été mise en place en France en 2010, la numérisation des pratiques de JHA s'est intensifiée (3,4). La prévalence du JAP chez les joueurs en ligne est plus importante que chez les joueurs hors ligne, en raison de l'accessibilité et de la disponibilité illimitées des jeux (1,5).

Le cycle du joueur se compose de trois phases : la phase de gain (big win), la phase de perte (désillusion/effondrement émotionnel) et la phase de désespoir (prise de conscience de la réalité générant une demande d'aide) (13). Ces trois phases signent un JAP (5).

Différentes approches thérapeutiques peuvent être utilisées afin de travailler sur le comportement addictif lié au JAP, permettant entre autres de réinstaurer une temporalité dans la vie du patient (14). Tout d'abord, nous avons choisi de présenter l'entretien motivationnel (EM), qui représente l'approche la plus couramment utilisée dans le traitement des troubles addictifs, notamment dans le cas du JAP (15). Ensuite, nous nous sommes concentrés sur les thérapies cognitivo-comportementales (TCC), considérées comme un traitement de choix pour aborder les pensées dysfonctionnelles (16), ainsi que sur les groupes thérapeutiques, une modalité largement répandue dans la prise en charge du JAP (17). Enfin, nous abordons l'Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) (18), une approche encore peu utilisée dans le traitement du JAP. Intégrer la dimension traumatique éventuelle et le traitement du TSPT pourraient augmenter l'efficacité de la prise en charge du patient.

2. L'entretien motivationnel et le JAP

Les professionnels de santé intervenant dans le domaine des addictions se confrontent souvent à une motivation au changement variable résultant fréquemment d'une ambivalence non résolue, considérée comme le principal obstacle au changement (19). Pour atténuer l'ambivalence et induire un changement, les entretiens motivationnels, fondés sur l'approche de Miller et Rollnick (20), se révèlent particulièrement efficaces. Rollnick et Miller (20) ont redéfini l'EM comme n'étant plus une méthode mais « un style de communication collaboratif et centré sur un objectif. L'EM est conçu pour renforcer la motivation d'une personne et son engagement en faveur d'un objectif spécifique en faisant émerger et en explorant ses propres raisons de changer dans une atmosphère de non-jugement et d'altruisme » (20). L'EM a montré des résultats significatifs en termes de réduction des comportements addictifs, de renforcement de la motivation au changement et de prévention des rechutes (15). L'équipe de Diskin & Hodgins (21) a révélé que l'EM entraînerait une réduction de la fréquence de jeu et des pertes. L'EM repose sur l'idée que plus le thérapeute confronte ou dirige, plus le patient résiste. L'EM vise donc à guider le patient à son rythme pour encourager le discours de changement sans susciter de résistance (19).

Plusieurs stratégies existent et peuvent être retenues par le psychothérapeute grâce à l'acronyme OUVÉR :

- Les questions ouvertes (OU) permettent au patient de s'exprimer en profondeur, révélant ses motivations, points de vue et expériences, et le rendant acteur de son parcours de soin. Ces exemples, inspirés des écrits de Miller et Rollnick (20), illustrent l'utilisation des questions ouvertes : « Que pouvez-vous me dire de votre rapport aux jeux d'argent ? », « En quoi aimeriez-vous que cela change ? ».
- L'EM renforce la confiance du patient par la valorisation (V), en reconnaissant ses compétences et efforts (19). En soulignant les efforts qu'il fournit, on augmente son sentiment d'efficacité personnelle, favorisant ainsi le discours changement (22).
- L'écoute active (E) (23) est essentielle en EM. En reformulant les propos du patient (par des reflets simples, amplifiés, doubles, métaphores, résumés (R)), nous mettons en lumière divers aspects de son comportement ou de son cheminement vers le changement. Cela l'amène à réfléchir sur ses raisons, besoins, valeurs et ressources pour favoriser le changement et réduire le comportement-problème (19).

L'EM favoriserait ainsi l'augmentation de la motivation intrinsèque au changement, ce qui améliorerait l'adhésion au traitement et renforcerait l'impact des TCC sur les comportements pathologiques. L'AFDEM (Association Francophone de Diffusion de l'Entretien Motivationnel) propose aux cliniciens des formations spécifiques et adaptées sur ce sujet.

3. L'apport des thérapies comportementales (TCC) dans la prise en charge des JAP

Cette approche vise à définir un objectif thérapeutique avec le patient (24), en l'invitant à analyser sa pratique de jeu. Revenir sur les dernières sessions permettra de saisir la fonction du comportement dans son économie psychique (5). Des stratégies comportementales, cognitives et émotionnelles pourront alors être mises en place.

Concrètement, pour enrayer le JAP, des mesures comportementales doivent être mises en place, dans un premier temps, afin de cibler les aspects compulsifs de l'addiction (24). Les stratégies

comportementales peuvent s'inscrire à différents niveaux de la boucle addictive, au préalable pour sécuriser le sujet, en amont d'une situation à risque, lors d'un craving ou encore après un passage à l'acte. Voici quelques mesures visant à modifier le comportement de jeu :

- A propos de l'aspect financier : sortir avec un minimum d'argent en poche, gestion des comptes par un proche ou une mise sous tutelle.
- A propos des lieux de jeux : éviter les lieux pouvant déclencher des craving, se faire interdire des casinos.
- En cas de JAP en ligne : suppression des applications et des comptes, auto-exclusion des sites.
- En cas de craving : mise en place d'un plan d'urgence composé de numéros à contacter, des activités possibles à faire, etc...

La restructuration cognitive vise à mettre à jour les pensées erronées liées au jeu (qui reflètent le plus souvent une interprétation fausse des mécanismes du hasard ou de la capacité du joueur à contrôler l'issue du jeu) et à les corriger afin d'acquérir une vision objective du jeu (13). Or, les distorsions cognitives participent au développement, au maintien et à la sévérité du JAP (5,13,24). Par son comportement addictif, le joueur entretient ses croyances autour du jeu, renforçant alors son addiction (5). Il existe plusieurs distorsions cognitives dans les JHA, pouvant être évaluées à l'aide d'outils de mesure comme l'Echelle de Cognitions liées aux Jeux (ECJ) (25) traduite de la version anglaise Gambling-Related Cognitions Scale (GRCS) (13,26).

L'ECJ se compose de 5 sous-échelles, en voici les dimensions suivantes (25):

- **L'illusion de contrôle**, centrale dans cette pathologie (13), se traduit par une erreur d'attribution faisant que le joueur a la perception de pouvoir prédire l'issue d'un JHA (5,27). Cette illusion est d'autant plus forte que le sujet a la sensation d'être actif dans le jeu (13).

Voici un exemple de question type : « Vous semble-t-il possible de contrôler l'issue du jeu ? »

- **Les biais interprétatifs** se composent d'interprétations favorables à la poursuite du jeu. L'erreur du joueur (27) consiste à croire que les probabilités futures seront altérées par les événements passés. Or, il s'agit d'événements indépendants.

Voici un exemple de question type : « Pensez-vous que les sessions de jeux ont des liens de corrélation entre-elles ? »

La mémoire sélective (24), influencée par la charge émotionnelle, retient principalement les souvenirs des gains plutôt que des pertes (1).

Voici un exemple de question type : « Que pouvez-vous me dire des parties de jeux où vous avez joué et presque gagné ? »

- **Les attentes liées au jeu** relèvent de la perception quant aux effets espérés du jeu.

Voici un exemple de question type : « Quelle fonction a le jeu dans votre vie ? »

- **L'incapacité à s'abstenir de jouer** peut se traduire par la perception d'être incapable de résister à l'envie de jouer.

Voici un exemple de question type : « Vous semble-t-il possible de résister à une envie de jouer ? »

- **Le contrôle prédictif** illustre la perception de pouvoir contrôler le résultat d'un jeu. Les pensées superstitieuses, "porte-bonheur" et rituels (27) permettent de construire une théorie dans l'espoir de gagner.

Voici un exemple de question type : « Qu'observez-vous concernant de potentiels rituels avant, pendant et après une session de jeu ? »

Malgré les "astuces" (24), l'issue du jeu dépend du hasard, échappant ainsi à tout contrôle (5). Faire un point sur les probabilités et les statistiques peut s'avérer nécessaire (24).

Il semble difficile de travailler sur les cognitions du sujet sans aborder aussi les émotions. En effet, toute pensée et manière d'interpréter une situation varie en fonction de l'état affectif du sujet (28). L'addiction pourrait être le reflet d'une dysrégulation émotionnelle (28) dans laquelle les JHA permettent de réguler des émotions agréables et/ou désagréables (29,30). A l'instar des autres addictions, le JAP se traduit par une tendance à l'évitement expérientiel (24). Face aux difficultés de régulation émotionnelle (31), ce mécanisme tend à supprimer les émotions désagréables en mettant en place un comportement. Ainsi, le besoin immédiat de faire face à certains stimuli se traduit par l'urgence de l'impulsivité (5,28). La valence affective, levier thérapeutique, doit être prise en charge pour aider le patient à réguler ses émotions. Dans un premier temps la psychoéducation, pouvant s'effectuer sous forme de groupe TCC-Emotions, permettra le repérage des émotions, puis leur gestion (27,28). En ce sens, les TCC de 3ème vague s'axent sur la relation aux pensées, les émotions et l'expérience vécue. A titre d'exemple, le programme Mindfulness Based Relapse Prevention (MBRP) (32) intègre des techniques de pleine conscience et de prévention de la rechute addictive (28) afin d'amplifier les ressources positives du patient en modifiant son rapport à ses pensées et émotions. Il se décline en 8 séances suivantes : introduction et définition de la pleine conscience, pensée et émotion, les valeurs du patient, les sensations corporelles, l'auto-compassion, la gestion des situations difficiles, les émotions et les situations de craving. Le programme MBRP s'avère être une stratégie alternative, plusieurs études illustrent sa tendance vers l'efficacité pour la prise en charge des joueurs (24,33,34).

La prise de conscience du comportement pathologique peut s'appuyer sur divers outils pratiques :

- Les colonnes de Beck (28) (situation, pensée automatique, permissive et alternative, émotions associées, comportement problématique).
 - « Flashcard » dans le portefeuille avec des pensées alternatives pour remettre en question ses croyances en contexte de jeu.
 - Le monitoring consiste à tenir un carnet de bord comprenant l'argent misé, le résultat du jeu, le gain (soustraction de la mise du gain) et le temps passé à jouer (24).
 - Réaliser une balance gain VS perte afin d'engendrer une épreuve de réalité, cadrant la prise en charge sur les pertes (27).
 - Tableaux des différents types de dépenses (indispensable/vital, plaisir/choix, compulsion/addiction) favorisant la restructuration cognitive sur la hiérarchisation des dépenses.
- Les TCC proposent donc diverses stratégies cognitives, comportementales et émotionnelles à mettre en place conjointement afin de poser des jalons tout au long de la boucle addictive pour enrayer le comportement addictif. Actuellement, il s'agit de la prise en charge avec le niveau de preuve le plus élevé pour le JAP (16). D'après le guide pratique des psychothérapies les plus utilisées en addictologie rédigé par la Fédération Française d'Addictologie (FFA) (35), divers programmes de TCC ont prouvé leur efficacité dans les addictions notamment l'Acceptance and Commitment Therapy (ACT) basé sur un modèle de flexibilité psychologique ainsi que la thérapie des schémas.

4. La place des approches thérapeutiques groupales dans le JAP

Les prises en charge groupales sont largement utilisées dans le traitement des troubles addictifs (36). Les alcooliques anonymes (AA) et leur approche basée sur l'entraide mutuelle ont connu un succès important dès leur création dans les années 1930 (37). L'efficacité de ces groupes repose notamment dans l'acceptation de son problème, le fait de s'en remettre à une puissance supérieure et l'humilité (38). La déclinaison de ce programme de rétablissement à la problématique du JAP a eu lieu en 1957 et les gamblers anonymes (GA) se sont imposés comme une ressource importante dans l'aide proposée aux personnes avec un JAP. Le soutien reçu par des pairs, mais également le soutien fourni à d'autres personnes en difficulté apparaissent comme des facteurs centraux dans le processus de rétablissement (39).

Depuis le début des années 2000, les dispositifs thérapeutiques groupaux dans le traitement du JAP se sont également développés. Ladouceur et al. ont montré qu'une thérapie cognitive centrée sur les distorsions cognitives dans le JAP délivrée en groupe possédait les mêmes bénéfices que la même thérapie conduite individuellement (17). Par ailleurs, avant l'introduction du DSM-5 (11), une TCC menée en groupe a révélé une diminution des critères du DSM-IV du JAP (40). Mais on peut également suggérer que les groupes contiennent des facteurs thérapeutiques distincts des thérapies individuelles. Les caractéristiques propres au groupe peuvent donner à l'approche groupale une plus-value par rapport aux approches individuelles. L'association entre thérapie individuelle et thérapie groupale montre des résultats supérieurs au traitement individuel seul (36). Parmi les principaux facteurs responsables de l'efficacité des approches groupales, la cohésion a été particulièrement étudiée (41). Malgré une certaine diversité dans les définitions qui en sont proposées, la cohésion renvoie de façon générale à la force qui pousse les individus à collaborer au service d'un but commun (42). L'attention portée par le thérapeute de groupe au développement de la cohésion au sein des groupes thérapeutiques est associée à l'amélioration des résultats thérapeutiques (43). Ainsi, les travaux concernant les approches groupales dans le JAP confirment les résultats obtenus dans la prise en charge des troubles de l'usage de substances et soulignent l'intérêt de ces dispositifs dans le traitement du JAP. Cependant, si les recherches actuelles insistent sur l'intérêt de décliner à un niveau groupal les méthodes thérapeutiques individuelles, il semblerait intéressant de poursuivre des travaux concernant l'importance des variables thérapeutiques propres aux dispositifs groupaux dans le traitement des JAP. Ces approches s'attachent à la prise en charge spécifique des dimensions comportementales et émotionnelles de l'addiction. Or, une forte comorbidité entre addiction et traumatisme a été mise en évidence (44), notamment dans le cadre des JAP (45). Une prise en charge axée sur cette comorbidité pourrait sensiblement améliorer le pronostic des patients souffrant de JAP.

5. Addiction et psychotraumatisme : la contribution de l'EMDR

Les troubles addictifs peuvent être perçus comme un symptôme révélateur de souffrances plus profondes chez les patients. Il est donc nécessaire d'explorer les éléments sous-jacents, notamment les facteurs de vulnérabilité qui peuvent en partie expliquer l'entrée dans l'addiction ainsi que sa persistance et sa chronicité. De nombreuses études ont établi un lien entre les troubles addictifs et l'attachement insécure (30,46). Les personnes souffrant d'addiction ont plus souvent connu des carences affectives et physiques que les personnes sans addiction (44). Il semble donc pertinent de considérer l'attachement insécure comme une source de vulnérabilité dans le développement et la persistance des comportements addictifs (44). De plus, de nombreuses études ont établi un lien entre traumatisme vécu pendant l'enfance / adolescence et la survenue ultérieure d'un trouble addictif (44). En effet, les troubles addictifs peuvent être considérés comme une solution trouvée par certains patients pour faire face à des affects traumatiques (30,47). La prévalence d'un TUS chez les personnes atteintes d'un TSPT varierait

entre 28% et 52% (48). En effet, selon les études, la prévalence du TSPT chez les personnes présentant un JAP reste significative, affectant entre 17 % et 56 % des individus (7,8). De plus, les addictions peuvent être elles-mêmes source de traumatisme ou de facteur de stress (49). En effet, certains patients sont susceptibles de se mettre en danger pour obtenir de l'argent afin d'accéder aux JHA ou de recourir à des pratiques risquées, telles que la prostitution ou d'autres comportements dangereux (49).

Reconnu depuis plusieurs années, intégrer la prise en charge du TSPT dans le traitement des troubles addictifs peut s'avérer essentiel (50). Plusieurs approches ont démontré leur efficacité pour traiter les traumatismes dans le cadre des troubles addictifs, telles que les TCC (51), l'Intégration du Cycle de la vie (ICV) (52), l'hypnose (53). Parmi ces méthodes, l'intérêt de la méthode EMDR, conçue et développée par F. Shapiro à la fin des années 1980 (54), réside dans sa capacité à atténuer l'influence du passé et des souvenirs traumatiques (expériences non traitées) qui sont sources de maintien d'une souffrance. Le postulat de départ de l'EMDR est que nous disposons d'un système naturel, désigné sous le terme de "traitement adaptatif de l'information" (TAI) (54), qui permet de traiter et d'encoder les informations de manière fonctionnelle. Cependant, en cas de traumatisme, ce mécanisme peut être perturbé, entraînant un blocage ou un mauvais encodage des informations. Les souvenirs demeurent alors isolés, imprégnés d'émotions, de sensations physiques et de croyances négatives qui leur sont associées. L'EMDR interviendrait pour réactiver ce système par le biais des stimulations bilatérales alternées (SBA), permettant ainsi de réduire l'intensité de la charge émotionnelle et de réintégrer les souvenirs dans les réseaux mnésiques. Cette méthode a un impact non seulement sur le passé, mais également sur le présent et le futur (54). Par ailleurs, les praticiens en EMDR ont exploré l'impact de cette méthode sur les "réseaux de mémoire de la dépendance", en s'appuyant sur les mêmes bases théoriques de la méthode EMDR (55). Ces réseaux désigneraient les souvenirs et associations mémorielles liés au trouble addictif qui le maintiendrait et entraînerait des épisodes de craving. Cette mémoire serait donc composée de l'ensemble des souvenirs de rechute, de craving, des aspects positifs de la dépendance, des sensations et des émotions liées à l'addiction (55). Ces réseaux se réactivent par l'environnement comme l'odeur, l'image ou une situation. Ainsi, les SBA, qui activeraient le TAI, permettraient de désensibiliser les déclencheurs, réduisant ainsi l'intensité des réponses émotionnelles et physiologiques associées aux souvenirs de dépendance (18). Divers protocoles d'EMDR ont été élaborés pour le traitement des addictions (18). Le protocole standard est couramment utilisé pour retraiter les causes liées à l'apparition et au maintien de la dépendance. Cependant, d'autres protocoles se concentrent sur des cibles spécifiques, telles que la désensibilisation des déclencheurs (lieux, situations, personnes, odeurs, etc.), le craving (18), le renforcement des ressources internes et externes du patient, ainsi que le développement des capacités visant à prévenir la rechute. La désensibilisation des émotions et des sensations positives liées au comportement problème ainsi que les peurs liées à la rechute sont également pris en charge.

Ainsi, la thérapie EMDR agirait à plusieurs niveaux : d'une part, elle examinerait les causes d'apparition de la pathologie, et d'autre part, elle faciliterait le retraitement des symptômes addictifs en s'attaquant à la mémoire associée aux troubles addictifs. Une méta-analyse a démontré l'efficacité de la thérapie EMDR chez des personnes présentant un TUS (56). Par ailleurs, quelques études (57–59) suggèrent que la thérapie EMDR pourrait être efficace chez les patients atteints de JAP. Ces résultats sont encourageants, et les recherches spécifiques sur l'utilisation de l'EMDR pour traiter le JAP restent encore limitées.

6. CONCLUSION

Ces dernières années, les approches psychothérapeutiques centrées sur le JAP se sont largement développées permettant ainsi aux psychothérapeutes formés à ces approches d'accompagner au mieux les patients. Les modalités de traitement efficaces dans les TUS ont progressivement été adaptées à la prise en charge de JAP, dans une perspective intégrative. Ainsi, les TCC, les approches centrées sur les facteurs traumatiques sous-jacents au trouble addictif ainsi que les approches groupales apparaissent d'un intérêt majeur dans le traitement des addictions comportementales. D'un point de vue clinique, différentes typologies de joueurs pathologiques peuvent être identifiées. Blaszczyński et Nower ont identifié trois types de joueurs particuliers : les joueurs vulnérables émotionnellement, les joueurs antisociaux impulsifs et les joueurs conditionnés comportementalement (60–62). Ces différents profils peuvent répondre plus favorablement à certaines approches. Il semble intéressant de poursuivre la réflexion et les travaux sur l'articulation des différentes stratégies thérapeutiques, ainsi que l'appariement entre les caractéristiques spécifiques des différents joueurs et des jeux (en ligne / en physique) ainsi que les dispositifs thérapeutiques proposés.

Contribution des auteurs : Conceptualisation, AL, FM et GD. ; écriture de l'article, AL, FM et GD. ; relecture et correction de l'article, ML et PAG. ; supervision, ML et PAG. Tous les auteurs ont contribué de manière significative à l'article. Tous les auteurs ont lu et accepté de publier cet article.

Liens et/ou conflits d'intérêts : Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêt lié à ce travail.

7. REFERENCES

1. Luquiens A, Couteron JP. Chapitre 18. Addiction aux jeux de hasard et d'argent. In: Aide-mémoire - Addictologie. Dunod; 2019. p. 233–40.
2. Varescon I. Les addictions comportementales : Aspects cliniques, psychopathologiques et sociétaux. Mardaga; 2022.
3. Costes, Jean-Michel. Les Français et les jeux d'argent et de hasard. Résultats du Baromètre de Santé publique France 2019 | OFDT. 2020.
4. Éroukmanoff Vincent. Les jeux d'argent et de hasard en France en 2023 | OFDT. 2024.
5. Bonnaire C. Chapitre 2. L'addiction aux jeux de hasard et d'argent ou le trouble lié au jeu d'argent. In: Les addictions comportementales. Mardaga; 2022. p. 59–138.
6. Lorains FK, Cowlishaw S, Thomas SA. Prevalence of comorbid disorders in problem and pathological gambling: systematic review and meta-analysis of population surveys. *Addiction*. 2011 Mar;106:490–8.
7. Toneatto T, Pillai S. Mood and Anxiety Disorders Are the Most Prevalent Psychiatric Disorders among Pathological and Recovered Gamblers. *Int J Ment Health Addiction*. 2016 Jun 1;14:217–27.
8. Moore LH, Grubbs JB. Gambling Disorder and comorbid PTSD: A systematic review of empirical research. *Addictive Behaviors*. 2021 Mar 1;114:106713.
9. Grubbs JB, Chapman H, Milner LA, Floyd CG, Kraus SW. Comorbid psychiatric diagnoses and gaming preferences in US armed forces veterans receiving inpatient treatment for gambling disorder. *Addict Behav*. 2023 Dec;147:107840.
10. Najavits LM, Meyer T, Johnson KM, Korn D. Pathological gambling and posttraumatic stress disorder: A study of the co-morbidity versus each alone. *Journal of Gambling Studies*. 2011;27:663–83.
11. American psychiatric association, Pull-Erpelding MC, editors. Mini DSM-5® : critères diagnostiques. Issy-les-Moulineaux: Publié par Elsevier Masson SAS; 2016. 347 p.
12. Mascarel P, Poirot I, Lardinois M, Debien C, Vaiva G. Les troubles du sommeil et leur traitement dans le trouble stress post-traumatique. *La Presse Médicale*. 2019 Oct 1;48:1051–8.
13. Barrault S, Varescon I. Distorsions cognitives et pratique de jeu de hasard et d'argent : état de la question. *Psychologie Française*. 2012 Mar 1;57:17–29.
14. Laudrin S, Speranza M. Crise et urgence en pédopsychiatrie. *Enfances & Psy*. 2002;18:17–23.
15. Polcin D, Witbrodt J, Nayak MB, Korcha R, Pugh S, Salinardi M. Characteristics of women with alcohol use disorders who benefit from intensive motivational interviewing. *Subst Abus*. 2022;43:23–31.
16. Potenza MN, Balodis IM, Derevensky J, Grant JE, Petry NM, Verdejo-Garcia A, et al. Gambling disorder. *Nat Rev Dis Primers*. 2019 Jul 25;5:51.
17. Ladouceur R, Sylvain C, Boutin C, Lachance S, Doucet C, Leblond J. Group therapy for pathological gamblers: a cognitive approach. *Behav Res Ther*. 2003 May;41:587–96.
18. Hase M, Schallmayer S, Sack M. EMDR Reprocessing of the Addiction Memory: Pretreatment, Post-treatment, and 1-Month Follow-Up. *Journal of EMDR Practice and Research*. 2008 Aug 1;2:170–9.
19. Meaudre, F. Chapitre 64 : L'entretien motivationnel en addictologie. In: Les Addictions. Paris: Elsevier Masson; 2023
20. Stephen Rollnick, William R. Miller, Christopher Butler. Pratique de l'entretien motivationnel. 2013.
21. Diskin KM, Hodgins DC. A randomized controlled trial of a single session motivational intervention for concerned gamblers. *Behav Res Ther*. 2009 May;47:382–8.
22. Bandura A. Exercise of personal and collective efficacy in changing societies. In: Bandura A, editor. *Self-Efficacy in Changing Societies*. Cambridge: Cambridge University Press; 1995. p. 1–45.
23. Gordon T. Parent Effectiveness Training: The Proven Program for Raising Responsible Children. Revised. 2000.
24. Von Hammerstein, C., Romo, L. 4.3 prise en charge en thérapie cognitive et comportementale du trouble lié à la pratique de jeu de hasard et d'argent. In: Soigner les addictions par les TCC. 2023.
25. Grall-Bronnec, M.; Beauju, V.; Sebillé-rivain, V.; Gorwood, P.; Beautin, CI.; Venisse, J.L.; Hardouin, J.B. A French adaptation of the Gambling-Related Cognitions Scale (GRCS): a useful tool for assessment of irrational thoughts among gamblers – CDS Press. *Journal of gambling issues*. 2012;.
26. Raylu N, Oei TPS. The Gambling Related Cognitions Scale (GRCS): development, confirmatory factor validation and psychometric properties. *Addiction*. 2004;99:757–69.
27. Fontaine M, Lemerrier C, Le Floch V. Validation d'une échelle d'évaluation multi-dimensionnelle de l'illusion de contrôle dans les jeux de hasard et d'argent (EEMDIC). *European Review of Applied Psychology*. 2021;71:100627.
28. Hammonière, T., Biseul, I., Romo, L. chapitre 3.3 Groupe TCC et trouble de l'usage de substances : exemple d'une pratique en hôpital de jour d'addictologie. In: Soigner les addictions par les TCC. 2023.
29. Kern L, Kotbagi G, Rémond JJ, Gorwood P. Distorsions cognitives des joueurs de jeux de hasard et d'argent hors ligne et mixtes. *Drogue, Santé et Société*. 2014;13:19–37.

30. Advenier F, Sinanian A, Wulfman R, Edel Y. L'imputabilité d'une addiction à un trouble post-traumatique est-elle envisageable dans le cadre d'une expertise du dommage corporel ? *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 2022;181.
31. Gross JJ, Thompson RA. Emotion Regulation: Conceptual Foundations. In: *Handbook of emotion regulation*. New York, NY, US: The Guilford Press; 2007. p. 3–24.
32. Bowen S, Chawla N, Grow J, Marlatt GA. *Mindfulness-Based Relapse Prevention for Addictive Behaviors: A Clinician's Guide*. Second edition. New York London: The Guilford Press; 2010. 204 p.
33. Maynard BR, Wilson AN, Labuzienski E, Whiting SW. Mindfulness-Based Approaches in the Treatment of Disordered Gambling: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Research on Social Work Practice*. 2018;28:348–62.
34. McIntosh CC, Crino RD, O'Neill K. Treating Problem Gambling Samples with Cognitive Behavioural Therapy and Mindfulness-Based Interventions: A Clinical Trial. *J Gambl Stud*. 2016 Dec;32:1305–25.
35. FFA, Paille F. *Guide pratique des psychothérapies les plus utilisées en addictologie*. Paris: Fédération Française d'Addictologie (FFA); 2022. 139 p.
36. Weiss RD, Jaffee WB, de Menil VP, Cogley CB. Group therapy for substance use disorders: what do we know? *Harv Rev Psychiatry*. 2004;12:339–50.
37. Suissa AJ. Philosophie des 12 étapes des Alcooliques Anonymes en Amérique du Nord : aspects critiques et psychosociaux. *Psychotropes*. 2011;17:127–43.
38. Weegmann M. Alcoholics Anonymous: A Group-Analytic View of Fellowship Organizations. *Group Analysis*. 2004 Jun 1;37:243–58.
39. Hutchison P, Cox S, Frings D. Helping you helps me: Giving and receiving social support in recovery groups for problem gamblers. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*. 2018;22:187–99.
40. Myrseth H, Litlerø I, Støylen IJ, Pallesen S. A controlled study of the effect of cognitive-behavioural group therapy for pathological gamblers. *Nord J Psychiatry*. 2009;63:22–31.
41. Understanding the Role of Group Cohesion and Group Alliance in a Secular Peer Support Group for Recovery from Substance Misuse | Request PDF. ResearchGate. 2024 Oct 22;
42. Marc E, Bonnal C. Chapitre 4. La cohésion groupale. *Psychothérapies*. 2014;75–86.
43. Burlingame GM, Jensen JL. Small group process and outcome research highlights: A 25-year perspective. *International Journal of Group Psychotherapy*. 2017;67:S194–218.
44. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med*. 1998 May;14:245–58.
45. Groupe Pompidou. Risques et dommages liés aux jeux et jeux de hasard en ligne. Conseil de l'Europe. 2024;
46. Rosenstein DS, Horowitz HA. Adolescent attachment and psychopathology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1996;64:244–53.
47. Masson J. L'outil EMDR en alcoologie : réflexions théoriques et cliniques. *Psychothérapies*. 2005;25:117–23.
48. Yehuda R, Bierer LM, Sarapas C, Makotkine I, Andrew R, Seckl JR. Cortisol metabolic predictors of response to psychotherapy for symptoms of PTSD in survivors of the World Trade Center attacks on Sep-tember 11, 2001. *Psychoneuroendocrinology*. 2009;34:1304–13.
49. Cash A. *Wiley Concise Guides to Mental Health: Posttraumatic Stress Disorder* by Adam Cash. Wiley; 1799.
50. Hien DA, Jiang H, Campbell ANC, Hu MC, Miele GM, Cohen LR, et al. Do treatment improvements in PTSD severity affect substance use outcomes? A secondary analysis from a randomized clinical trial in NIDA's Clinical Trials Network. *Am J Psychiatry*. 2010;167:95–101.
51. Flores T, Gaboury MP, Fiset N, Boily LA, Belleville G. Effets à long terme de la thérapie cognitive-comportementale pour le trouble de stress post-traumatique. *Psycause : revue scientifique étudiante de l'École de psychologie de l'Université Laval*. 2019 Sep 23;9:14–29.
52. Smith J. Chapitre 20. Le Lifespan Integration ou ICV dans le traitement des traumatismes complexes. In: *Le Grand Livre du trauma complexe - De l'enfant à l'adulte* [Internet]. Dunod; 2023. p. 332–48.
53. Rotaru T Ștefan, Rusu A. A Meta-Analysis for the Efficacy of Hypnotherapy in Alleviating PTSD Symptoms. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*. 2016 Jan 2;64:116–36.
54. Shapiro F. EMDR 12 years after its introduction: past and future research. *J Clin Psychol*. 2002 Jan;58:1–22.
55. Heyne A, May T, Goll P, Wolffgramm J. Persisting consequences of drug intake: Towards a memory of addiction. *Journal of neural transmission* (Vienna, Austria : 1996). 2000;107:613–38.
56. Logsdon E, Cornelius-White JHD, Kanamori Y. The Effectiveness of EMDR With Individuals Experiencing Substance Use Disorder: A Meta-Analysis. *Journal of EMDR Practice and Research*. 2023;

57. van Minnen M, Markus W, Blaauw E. Addiction-Focused EMDR Therapy in Gambling Disorder: A Multiple Baseline Study. | EBSCOhost. Vol. 14. 2020. p. 46.
58. Hasanović M, Tufekčić A, Oakley Z, Hasanović M. Review of the Application of EMDR Therapy in the Treatment of Pathological Gambling - Case Report. Psychiatr Danub. 2021 Feb;70-6.
59. Bae H, Han C, Kim D. Desensitization of Triggers and Urge Reprocessing for Pathological Gambling: A Case Series. J Gambl Stud. 2015 Mar 1;3:331-42.
60. Bonnaire C. Vers une prise en charge intégrative des joueurs pathologiques. L'Encéphale. 2011 Dec 1;37:410-7.
61. Nower L, Blaszczynski A, Anthony WL. Clarifying gambling subtypes: the revised pathways model of problem gambling. Addiction. 2022 Jul;117:2000-8.
62. Blaszczynski A, Nower L. A pathways model of problem and pathological gambling. Addiction. 2002 May;97:487-99.