

## MISE AU POINT

# Analyse critique des approches contemporaines au sujet du rétablissement chez les personnes ayant un trouble du jeu d'argent Comment inscrire la recherche de consensus dans une perspective holistique et centrée sur le patient ?

Agathe Mansueto<sup>1,2,\*</sup>, Gaëlle Challet-Bouju<sup>1,2</sup>, Jean-Benoit Hardouin<sup>2,3</sup>, Marie Grall-Bronnec<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Nantes Université, CHU Nantes, service d'Addictologie, F-44000 Nantes, France

<sup>2</sup> Nantes Université, Univ Tours, CHU Nantes, INSERM, MethodS in Patient-centered outcomes and HEalth ResEarch, SPHERE, F-44000 Nantes, France

<sup>3</sup> Nantes Université, CHU Nantes, service de Santé Publique et Environnementale, F-44000 Nantes, France

\* Correspondance : Agathe Mansueto, Nantes Université, CHU Nantes, service d'Addictologie, , INSERM, MethodS in Patient-centered outcomes and HEalth ResEarch, SPHERE, F-44000 Nantes, France, [agathe.mansueto@chu-nantes.fr](mailto:agathe.mansueto@chu-nantes.fr)

**Résumé :** En France, la progression significative de la pratique des jeux de hasard et d'argent (JHA) constitue un enjeu majeur de santé publique. Face aux troubles liés à leur pratique excessive ou problématique, le concept de rétablissement émerge comme une approche théorique et clinique prometteuse, particulièrement adaptée pour appréhender leur nature multidimensionnelle, subjective et chronique. Nous proposons une analyse critique du concept de rétablissement.

Il s'agit d'abord de dépasser le modèle médical traditionnel, centré sur l'abstinence et les rémissions symptomatiques et fonctionnelle, pour adopter une perspective holistique, centrée sur la personne et inscrite dans la durée. L'article souligne ensuite la nécessité d'établir un consensus sur la signification et les implications du rétablissement. L'analyse des disparités définitionnelles et méthodologiques entre les études révèle leurs répercussions significatives sur l'avancement de la recherche, la pratique clinique et les politiques de santé publique. L'absence de lignes directrices claires entrave notamment le développement d'interventions cohérentes et efficaces, limitant ainsi l'accès des joueurs à un soutien adapté.

À travers l'étude approfondie de deux définitions contemporaines majeures, l'article identifie les caractéristiques essentielles d'une conceptualisation intégrative du rétablissement : un processus dynamique et non-linéaire, articulant dimensions individuelles et interpersonnelles, qui nécessite un engagement volontaire et soutenu vers le bien-être. Ces définitions sont finalement mises en perspective avec les résultats d'études qualitatives et d'autres modèles théoriques, dans le but d'orienter les futures recherches et améliorer la prise en soins des personnes concernées.

**Mots-clés :** Addiction ; rétablissement ; trouble du jeu d'argent ; jeu pathologique ; jeu problématique

**Abstract:** In France, the rising prevalence of gambling represents a significant public health concern. The concept of recovery has emerged as a promising framework for gambling disorder (GD), particularly suited to address the disorder's multidimensional, subjective, and chronic nature. This paper examines two critical challenges in defining recovery in GD. The first challenge involves shifting from a traditional medical model, focused on abstinence and symptomatic and functional remissions, to a holistic, person-centered, and long-term-oriented perspective. The second challenge lies in establishing a consensual understanding of recovery, as current definitional and methodological disparities between studies significantly impact research advancement, clinical practice, and public health policy implementation. The lack of clear guidelines notably hinders the development of consistent and effective interventions, ultimately limiting appropriate support for individuals with GD.

Through a critical analysis of two contemporary definitions, this paper identifies key features of an integrative recovery conceptualization: a dynamic and non-linear process that bridges individual and interpersonal dimensions, requiring sustained intentional commitment toward wellbeing. By contextualizing these definitions within qualitative research findings and existing theoretical frameworks, this paper aims to guide future research directions and enhance therapeutic approaches for individuals affected by GD.

**Key-words:** Addiction; recovery; gambling disorder; pathological gambling; problem gambling

## 1. INTRODUCTION

### 1.1. Les jeux de hasard et d'argent : pratiques récréative et problématique

Les jeux de hasard et d'argent (JHA), dont la pratique est largement répandue en France, se présentent sous des formes variées telles que les loteries (jeux de tirages et jeux de grattage), les paris sportifs et hippiques, le poker, les jeux de table ou encore les machines à sous. Par ailleurs, les JHA se caractérisent par une forte accessibilité, étant disponibles dans les points de vente physiques, dans les casinos et les clubs de jeu, ainsi que sur internet. Ils constituent aujourd'hui un enjeu majeur de santé publique en France, comme le montrent les résultats de l'Enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes (EROPP), conduite en 2023 par l'Observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT). Avec plus de la moitié de la population âgée de 18 à 75 ans (51,6%) déclarant avoir joué au moins une fois dans les 12 derniers mois, la prévalence de la pratique ne cesse d'augmenter, comme en témoigne la hausse de 4,6 points observée depuis 2019 (1).

Cette progression significative s'accompagne d'une préoccupation croissante concernant les comportements de jeu problématiques : s'appuyant sur l'Indice Canadien du jeu excessif (ICJE) (2), l'EROPP a conclu que 4,9% des joueurs dans l'année étaient dépistés comme des joueurs problématiques – catégorie regroupant les joueurs à risque modéré et les joueurs excessif. En extrapolant ces données à la population générale des 18-75 ans, la prévalence du jeu à risque modéré et du jeu excessif seraient respectivement de 1,7 % et 0,8% (1).

## 1.2. La multidimensionnalité du comportement de jeu problématique

La complexité du comportement de jeu problématique réside dans la multiplicité de ses manifestations et de ses impacts. Ainsi, le diagnostic du jeu d'argent pathologique (gambling disorder) proposé par l'American Psychiatric Association (APA) dans la 5e édition du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) est défini comme une « pratique inadaptée, persistante et répétée du jeu d'argent conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance, cliniquement significative » et repose sur 9 critères (3). La onzième révision de la Classification internationale des maladies (CIM-11) présente une définition similaire du « trouble du jeu d'argent », tout en précisant que cette « tendance comportementale » peut « entraîner une détresse significative ou une déficience importante dans les domaines personnel, familial, social, scolaire, professionnel ou d'autres domaines de fonctionnement importants » (4). Les travaux de Langham et al. sur les dommages liés à la pratique des JHA (gambling-related harms) ont en effet particulièrement mis en évidence cette nature multidimensionnelle, en identifiant sept domaines : financier, culturel, émotionnel ou psychologique, sanitaire, relationnel, professionnel ou académique, et légal (5).

## 1.3. Une approche holistique et centrée sur la personne : du modèle biopsychosocial au paradigme de rétablissement

Cette diversité des impacts appelle à une approche holistique du trouble. Le modèle biopsychosocial, développé par George L. Engel aux États-Unis à la fin des années 1970, offre un premier cadre conceptuel pertinent pour comprendre cette complexité. En opposition au modèle biomédical traditionnel, qui ne considère la maladie qu'à travers des variables biologiques mesurables, Engel propose une approche globale, impliquant que le médecin considère son patient comme un tout, dont la pathologie et son traitement dépendent de facteurs biologiques, psychologiques et sociaux (6). L'étude de Fong illustre parfaitement cette perspective en identifiant les impacts du trouble du jeu d'argent selon trois niveaux : biologique (altérations des circuits cérébraux, modifications neurochimiques, stress chronique et problèmes de santé associés), psychologique (dépression, anxiété, impulsivité, distorsions cognitives, diminution de l'estime de soi), et social (difficultés financières, détérioration des relations, problèmes professionnels et légaux) (7).

Toutefois, si le modèle biopsychosocial permet de mieux appréhender la complexité du trouble du jeu d'argent, la nature chronique de l'addiction impose d'aller au-delà d'une simple gestion multidimensionnelle des symptômes. C'est dans ce contexte que l'addictologie s'est progressivement orientée vers ce que White a appelé le « paradigme du rétablissement » (8,9). Issu du mouvement des usagers dans les pays occidentaux durant les années 1980-1990, le concept de rétablissement (recovery) oppose une réponse critique aux modèles de soins traditionnels, historiquement centrés sur des interventions ponctuelles de gestion des crises et de stabilisation des symptômes. À la différence de ces approches classiques visant donc la rémission clinique (absence de symptômes) et fonctionnelle (retour au niveau de fonctionnement antérieur à la maladie), le rétablissement ne se conçoit pas tant comme un état statique à atteindre que comme un processus dynamique au sein duquel l'individu est amené à redéfinir ses valeurs et ses priorités de vie, avec pour objectif le développement d'une existence saine, productive, significative et satisfaisante (10-14).

Le présent article vise à démontrer la nécessité d'une définition holistique, centrée sur le patient et consensuelle du rétablissement dans le contexte du trouble du jeu d'argent. Il s'articule autour de trois axes complémentaires : (1) l'examen des limites des définitions traditionnelles du rétablissement et la nécessité d'une approche multidimensionnelle et individualisée ; (2) l'analyse des divergences conceptuelles et méthodologiques actuelles et leur impact sur la recherche et la pratique clinique ; et (3) l'évaluation de perspectives prometteuses à travers l'étude de définitions contemporaines du rétablissement, notamment à la lumière des résultats d'études qualitatives récentes.

## 2. Premier enjeu de la définition du rétablissement dans la recherche scientifique : de l'abstinence à l'approche holistique – dépassement du modèle médical traditionnel

### 2.1. Le dogme de l'abstinence : limites d'une vision réductrice

La récente scoping review conduite par Mansueto et al. révèle un constat surprenant : malgré l'évolution de la prise en soins et de la recherche en addictologie vers le paradigme du rétablissement (9,11), de nombreuses études quantitatives persistent à assimiler le rétablissement à l'abstinence. Cette tendance se manifeste de deux manières principales : soit par une définition directe du rétablissement comme synonyme d'abstinence (15-18), soit par l'évaluation de l'efficacité d'une intervention uniquement à travers le taux de participants abstinents à un moment donné (19-28).

Cette interchangeabilité entre abstinence et rétablissement est caractéristique du modèle médical traditionnel de l'addiction. Engel expliquait que le modèle biomédical constituait non seulement un cadre scientifique d'étude de la maladie, mais aussi notre perspective culturelle spécifique, devenant un « impératif culturel », c'est-à-dire un dogme (6). En ce sens, la persistance de l'abstinence comme condition sine qua non peut effectivement être qualifiée comme dogmatique. Une enquête menée par Cunningham et al. auprès de la population générale illustre cette perception dominante : plus des trois quarts des répondants considéraient que le rétablissement des joueurs problématiques impliquait un arrêt total de la pratique de tout type de JHA (29). Cette conception trouve aussi un écho dans des

parcours de rétablissement plus informels, notamment au sein de groupes d'entraide qui véhiculent le principe : « Addict un jour, addict toujours ». Cette perspective repose sur une conception de l'addiction comme condition chronique privant définitivement l'individu de sa capacité de contrôle. L'abstinence devient alors le seul rempart contre la rechute, selon une logique binaire et déterministe (30).

## **2.2. Les limites des critères traditionnels du rétablissement : nécessité d'une approche multidimensionnelle**

L'assimilation traditionnelle du rétablissement à la simple abstinence s'avère réductrice face à la nature multidimensionnelle du trouble du jeu d'argent. Le rétablissement apparaît ainsi indissociable de la résolution des multiples problèmes dans lesquels ce trouble est imbriqué (14). Au-delà du critère d'abstinence, c'est l'approche médicale dans son ensemble qui soulève des questions, notamment dans sa tendance à définir le rétablissement uniquement à travers des critères nosographiques. Bien que plusieurs études longitudinales aient tenté de dépasser l'abstinence comme critère unique en se basant sur la réduction des critères diagnostiques (31–33) ou sur la diminution de la sévérité, des symptômes et des comportements de jeu (34–44), ces approches se heurtent à une limite commune : une personne peut avoir surmonté son trouble d'un point de vue clinique tout en restant affectée par les séquelles de sa pratique problématique antérieure (45). En effet, l'abstinence ou la reprise de contrôle sur la pratique de jeu ne garantit pas nécessairement une amélioration de la qualité de vie globale (46). Le Banff Consensus souligne ainsi que l'efficacité d'un traitement ne peut se mesurer uniquement à l'aune de la réduction du comportement de jeu, mais doit également inclure la diminution des problèmes causés par la pratique excessive du jeu et d'une amélioration de la qualité de vie (45).

Face à ces limites, plusieurs conceptualisations alternatives ont émergé. White propose de distinguer la « rémission », limitée à la résolution clinique du problème addictif, du « rétablissement », qui englobe une amélioration du bien-être en général. Dans cette perspective, la résolution du trouble addictif devient un « sous-produit de processus personnels et interpersonnels plus larges » [traduction libre] (14). Cette distinction est reprise par l'American Society of Addiction Medicine (ASAM), qui différencie la rémission, état statique de bien-être caractérisé par l'absence ou la stabilisation des symptômes, du rétablissement, processus actif et multidimensionnel visant une amélioration globale de la qualité de vie (47). White et Kurtz proposent quant à eux le concept de « rétablissement partiel » (partial recovery) pour décrire les situations où l'abstinence ou le contrôle sont atteints, sans amélioration parallèle dans d'autres domaines essentiels de la vie (48).

Cette évolution vers une conception plus holistique du rétablissement se manifeste notamment par le passage de la notion d'« abstinence » à celle de « sobriété ». Ce concept plus englobant met l'accent sur la liberté retrouvée vis-à-vis de la pratique addictive et sur l'équilibre mental et émotionnel, sans exiger une suppression totale ou minimale de celle-ci (10). Dans ce contexte, l'abstinence peut alors être considérée comme un moyen possible d'atteindre cet état, particulièrement lorsque l'individu juge impossible de retrouver un contrôle sur sa pratique (12). Cette approche holistique trouve une illustration concrète dans le Wellbriety movement initié par des communautés de natifs américains, qui intègre les dimensions émotionnelles, spirituelles, sociales et physiques du rétablissement (49). De la même manière, le Betty Ford Institute Consensus Panel définit le rétablissement comme « Un mode de vie volontairement maintenu, caractérisé par la sobriété, la santé personnelle et la citoyenneté » [traduction libre] (50).

## **3. Deuxième enjeu de la définition du rétablissement dans la recherche scientifique : surmonter les divergences de perspective et leurs implications méthodologiques**

### **3.1. L'absence de consensus : obstacles à l'évaluation du rétablissement**

L'évolution vers le paradigme du rétablissement en addictologie, en privilégiant un processus dynamique plutôt qu'un simple retour à un état antérieur ou une absence de symptômes, cristallise la distinction entre la perspective médicale des professionnels et celle des usagers (13,51,52). Cette opposition conceptuelle explique en partie pourquoi, malgré un intérêt croissant pour ce concept, aucun consensus définitionnel n'a encore émergé, que ce soit dans le domaine des troubles de l'usage de substances (14,53), ou du trouble du jeu d'argent (45,46).

Cette absence de consensus se manifeste particulièrement dans la littérature scientifique sur le traitement du trouble du jeu d'argent. Une récente revue systématique menée par Pickering et al. sur les études évaluant les traitements a mis en évidence deux constats majeurs. Premièrement, seule une minorité des études (environ un tiers) proposait une définition explicite du « rétablissement » ou de termes connexes tels que « réponse au traitement » ou « succès thérapeutique ». Deuxièmement, ces définitions présentaient des disparités significatives, le rétablissement pouvant être défini comme l'absence de critères diagnostiques du DSM, une réduction de la sévérité du trouble, une diminution du comportement de jeu, ou encore comme l'abstinence (54). Ces observations ont été récemment confirmées par la scoping review de Mansueto et al., qui a établi que seul environ un tiers (35 %) des études quantitatives analysées définissaient explicitement la notion de « rétablissement » ou ses concepts apparentés, avec des définitions tout aussi disparates que celles identifiées par Pickering et al. (55).

Cette absence de définition consensuelle a des répercussions méthodologiques majeures dans la recherche quantitative, où l'absence de critères définitionnels établis a priori entrave la mesure du rétablissement. Pour contourner cette difficulté, la majorité des études ont privilégié une opérationnalisation directe du concept, que ce soit par pragmatisme ou en raison de la complexité inhérente à la définition d'un phénomène multidimensionnel (46). Cependant, cette approche, ne reposant sur aucun critère prédéfini, a conduit à une importante disparité dans les résultats de recherche sur le rétablissement du trouble du jeu d'argent (12,45,46,56), comme cela l'avait déjà été reporté pour la littérature sur le rétablissement des troubles de l'usage de substance (13,57). En réalité, opérationnaliser le rétablissement sans le définir explicitement revient à adopter une définition implicite, sans la transparence nécessaire à l'évaluation des choix méthodologiques.

La revue systématique conduite par Pickering et al. illustre cette hétérogénéité à travers l'organisation des résultats rapportés en deux grandes catégories de variables : les résultats liés au jeu et ceux non-liés au jeu. La première catégorie englobe l'évaluation des symptômes du trouble, sa sévérité, les aspects psychopathologiques (craving, distorsions cognitives), les comportements de jeu (fréquence, durée des sessions, dépenses), l'abstinence, la rechute et le jeu contrôlé. La seconde catégorie examine la santé mentale et les comorbidités, le fonctionnement global (emploi, relations interpersonnelles), la situation financière et la qualité de vie. À cette diversité des résultats s'ajoute une multiplicité d'outils de mesure (54). Les conclusions de la scoping review de Mansueto et al. viennent renforcer ces observations, mettant en évidence une même dichotomie entre résultats liés et non-liés au jeu, des indicateurs similaires et une hétérogénéité comparable dans les méthodes d'évaluation (55).

### **3.2. Du flou conceptuel aux enjeux pratiques : implications pour la recherche, la clinique et la santé publique**

L'absence de critères définitionnels clairs du rétablissement dans le trouble du jeu d'argent engendre des répercussions significatives à plusieurs niveaux : la recherche scientifique, la pratique clinique et l'élaboration des politiques de santé publique.

Sur le plan de la recherche, cette lacune définitionnelle conduit à un anarchisme épistémologique qui se manifeste par une forte disparité des définitions du « rétablissement » et de ses termes connexes, ainsi que par la multiplicité des indicateurs utilisés pour le mesurer (54,55). Cet anarchisme épistémologique apparaît intimement lié à un certain arbitraire dans la recherche, puisqu'aucun critère préétabli à partir d'un consensus au sein de la communauté scientifique ne permet de légitimer les choix conceptuels ayant été faits. Comment justifier, par exemple, l'utilisation de la définition de « rémission prolongée » (sustained remission) du DSM-5 plutôt que celle d'abstinence ? Les variables utilisées pour mesurer le rétablissement semblent découler du même anarchisme et arbitraire épistémologique, compte tenu de l'absence de directives claires sur les indicateurs à sélectionner (58), et soulèvent donc des interrogations méthodologiques similaires : comment légitimer, là aussi, le choix de certains indicateurs plutôt que d'autres (56) ? Cette situation pose des interrogations cruciales : un joueur qui réduit sa pratique de jeu peut-il être considéré comme rétabli s'il n'est pas satisfait de sa vie actuelle ? Pourquoi privilégier la diminution du comportement de jeu au détriment d'autres aspects comme l'intensité de l'envie de jouer ?

Ces lacunes définitionnelles impactent directement l'évaluation de l'efficacité des interventions cliniques, puisque manquer d'une définition précise du rétablissement revient à manquer de critères d'évaluation permettant de le mesurer. Ainsi, comment déterminer objectivement le succès d'une approche thérapeutique sans disposer de critères d'évaluation clairement établis ? L'absence de critères précis pour mesurer le rétablissement compromet ainsi la capacité des chercheurs à évaluer rigoureusement les résultats des traitements proposés et à procéder à des comparaisons valides entre les études (45,46). Ces difficultés se répercutent inévitablement sur la pratique clinique et les politiques de santé publique. Puisque la pertinence d'un critère de jugement choisi pour apprécier l'efficacité des soins – comme l'arrêt du comportement de jeu – est sujette à débat, il devient difficile pour le clinicien d'évaluer pleinement l'amélioration de l'état des patients, entravant ainsi l'évolution de l'offre de soins en fonction des besoins réels. De même, les décideurs en santé publique, privés de lignes directrices précises, peinent à mettre en place un cadre d'intervention cohérent, compromettant in fine l'accès des joueurs à un soutien approprié.

## **4. Vers une conceptualisation intégrative du rétablissement : analyse des définitions contemporaines**

### **4.1. La dynamique du rétablissement : un processus non-linéaire**

Il est de plus en plus apparent que la recherche scientifique contemporaine tend à proposer des définitions holistiques du rétablissement dans lesquelles l'abstinence, la réduction de la pratique ou de la consommation addictive, ou encore la diminution des symptômes, ne sont plus considérées comme des éléments définitionnels centraux. L'accent est désormais mis sur un processus dynamique de transformation positive qui touche différentes sphères de la vie de l'individu, tant sur le plan interne qu'externe (59). Parmi les différentes conceptualisations existantes, deux définitions se distinguent par leur caractère abouti et leur complémentarité. Leur pertinence sera évaluée en les confrontant aux



résultats de la méta-synthèse réalisée par Mansueto et al. sur les études qualitatives portant sur le rétablissement du trouble lié aux JHA (55).

La première, proposée par White, définit le rétablissement comme « l'expérience (un processus et un état soutenu) à travers laquelle les individus, les familles et les communautés touchés par des problèmes graves liés à l'alcool et aux autres drogues (substances) utilisent des ressources internes et externes pour résoudre volontairement ces problèmes, guérir les blessures infligées par les problèmes liés aux substances, gérer activement leur vulnérabilité continue à de tels problèmes et développer une vie saine, productive et pleine de sens » [traduction libre] (14). La seconde, élaborée par le Recovery Science Research Collaborative (RSRC), décrit le rétablissement comme « un processus individualisé, intentionnel, dynamique et relationnel impliquant des efforts soutenus pour améliorer le bien-être » [traduction libre] (10).

Ces définitions partagent plusieurs caractéristiques essentielles. D'abord, elles présentent le rétablissement comme un processus plutôt qu'un événement isolé ou une étape finale. En tant que processus, il est donc intrinsèquement dynamique – caractéristique que seul le RSRC a ici explicitée (10) –, c'est-à-dire qu'il évolue en fonction des changements internes et externes de l'individu, suivant une trajectoire non-linéaire marquée par des phases de progression, de stagnation et parfois de recul (par exemple, la rechute) (11). Compte-tenu de la nature dynamique et donc ambivalente du processus, certains (anciens) joueurs interrogés dans le cadre d'études qualitatives rapportent la nécessité d'accepter la rechute comme une possibilité qui lui est inhérente, afin de ne pas la considérer comme une fatalité ou un échec (60,61).

#### **4.2. La double dimension individuelle et interpersonnelle du processus de rétablissement**

Les deux définitions soulignent également la double nature du rétablissement : à la fois individuelle et interpersonnelle. La dimension individuelle reconnaît le caractère subjectif de l'expérience comme le souligne White, variant selon les caractéristiques personnelles (âge, genre, statut socioéconomique, santé) et les besoins spécifiques de chacun. Cela renforce l'idée que le rétablissement est un processus de changement, à travers lequel l'individu redéfinit ses objectifs de vie et cherche à les atteindre, et nécessite donc d'être individualisé et centré sur la personne (11,52,59). Cette perspective rejoint la conception de Canguilhem, pour qui la santé représente moins un état statique qu'une capacité d'adaptation et de création de normes face à l'épreuve que représente toute pathologie – dans la mesure où la maladie est une expérience après laquelle l'organisme n'est jamais identique à son état antérieur –, et se définit donc par les objectifs, les attentes et les valeurs qu'entretient l'individu par rapport à son milieu physique et social (62).

La dimension interpersonnelle souligne l'importance de la reconnexion sociale et du réengagement dans les rôles sociaux (11). Le capital social – tel que défini par Bourdieu (63) – composante du capital de rétablissement (recovery capital), constitue une ressource externe cruciale (64,65). Cette importance des liens sociaux est largement corroborée par les études qualitatives : les personnes ayant (eu) un comportement de jeu problématique interrogées soulignent à quel point le soutien de leurs proches et la reprise de leurs rôles familiaux et sociaux ont été essentiels pour s'engager et se maintenir dans le rétablissement (61,66–71).

#### **4.3. Volonté et persévérance : empowerment et engagement sur le long terme**

Ces définitions caractérisent aussi le rétablissement comme un processus volontaire (14) ou intentionnel (10) soulignant le rôle actif de l'individu. La personne fait le choix, délibéré et conscient, de modifier son rapport à l'addiction (14) et de rechercher un bien-être à travers ce processus (10). En outre, le rétablissement est un processus qui implique des efforts soutenus dans le temps et cette proactivité doit donc s'inscrire dans la durée.

La reconquête du pouvoir d'agir (empowerment) par lequel l'individu se considère comme un agent actif dans les décisions personnelles concernant le rétablissement apparaît également comme un élément crucial du rétablissement dans les études qualitatives conduites auprès des (anciens) joueurs. Celles-ci viennent enrichir cet élément du rétablissement, en mettant en lumière deux dimensions essentielles de l'empowerment : d'abord, une responsabilisation vis-à-vis du trouble addictif (ne plus en rejeter la responsabilité sur des influences extérieures telles que la fréquentation d'autres joueurs ou l'industrie du jeu) (60,61,72) ; ensuite, l'adoption de nouveaux comportements, tant dans la relation au jeu (réduction ou cessation) que dans le développement d'activités alternatives (61,69,73).

#### **4.4. La multidimensionnalité du rétablissement : une approche holistique du bien-être**

Enfin, ces définitions adoptent une approche multidimensionnelle. Le RSRC emploie le terme de « bien-être » (wellness) pour englober les aspects écologiques, intrapersonnels et personnels (10), tandis que White évoque la guérison des « blessures » causées par l'addiction dans différentes sphères de vie (14). Cette perspective holistique du bien-être se retrouve également dans la littérature qualitative sur le rétablissement du trouble du jeu d'argent. Les (anciens) joueurs rapportent en effet l'amélioration du bien-être comme une composante essentielle du rétablissement, et cette composante se divise elle-même en trois dimensions : l'amélioration de la santé mentale (soulagement émotionnel, gestion des troubles comorbides) (61) ; le rétablissement financier (résolution des problèmes financiers causés par le trouble, retour à un équilibre dans la gestion quotidienne des finances) (74) ; et la (re)construction des relations sociales et le réengagement dans les rôles sociaux, déjà évoquée précédemment (61,66–71).

#### 4.5. La contribution distinctive de White : une perspective davantage intégrative et transformatrice du rétablissement

La définition de White se démarque toutefois par trois aspects (14). D'abord, elle explicite la nécessité de résoudre le trouble addictif, sans pour autant imposer une méthode particulière – l'auteur parle seulement de « résoudre ces problèmes », sans évoquer l'idée d'abstinence, de réduction ou de contrôle. Dans la mesure où le bien-être de la personne et le problème addictif apparaissent comme étroitement liés dans une relation dynamique et réciproque, la présentation de cet élément semble cruciale.

Ensuite, elle mentionne les ressources internes et externes mobilisées par l'individu pour se rétablir, soulignant la nécessité d'adapter les interventions aux différentes capacités et moyens dont dispose l'individu, tout en l'aidant à identifier et mobiliser de nouvelles ressources sur lesquelles il pourrait s'appuyer.

Enfin, en qualifiant le rétablissement à la fois comme un processus et un « état durable », White l'inscrit dans une perspective de transformation et de croissance personnelle.

Comme il l'explique, « Reconnaître le rétablissement comme un état durable confirme sa capacité à transformer l'identité personnelle et à donner un sens au fait d'avoir survécu à une condition potentiellement mortelle » [traduction libre]. A travers le rétablissement, la personne cherche à développer une nouvelle vie équilibrée, épanouissante et riche de sens. Cette façon de définir le rétablissement peut être rapprochée du concept de « croissance post-traumatique », qui désigne le fait pour les individus de tirer des enseignements positifs, de développer de nouvelles forces personnelles et de transformer leur vision de la vie après avoir été confrontées à l'adversité (75). White et Kurtz évoquent ainsi un état de rétablissement « transcendant », impliquant une transformation significative de l'individu, qui ne se contente pas de revenir à son état antérieur mais évolue vers un état de vie plus riche et plus épanouissant (48).

### 5. CONCLUSION ET ORIENTATIONS POUR DE FUTURES RECHERCHES

Les définitions du rétablissement analysées dans cet article offrent des perspectives prometteuses pour le développement d'un cadre conceptuel. Leurs critères, s'inscrivant dans la lignée du mouvement des usagers (8,9), trouvent un écho significatif dans les résultats des récentes études qualitatives, qui en enrichissent la compréhension.

L'intentionnalité du processus et le maintien des efforts sur le long terme se manifestent notamment à travers le concept d'empowerment, que les études qualitatives déclinent sous forme de responsabilisation (60,61,72) et d'adoption de nouveaux comportements (69,73). De plus, cet engagement des activités alternatives à celle du jeu ne vise pas simplement à « tuer le temps » pour éviter de jouer, mais s'inscrit dans une redéfinition profonde du système de valeurs et fait sens pour la personne. En effet, les joueurs décrivent souvent leur pratique de jeu comme une stratégie d'adaptation face à l'ennui, au vide existentiel ou aux difficultés émotionnelles (61). En ce sens, une définition consensuelle du rétablissement pourrait s'appuyer sur le Pathways Model de Blaszczynski et Nower, qui propose une classification des joueurs pathologiques en trois sous-groupes selon des mécanismes étiologiques distincts (76,77). Ce modèle, en soulignant la diversité des trajectoires menant au trouble du jeu d'argent, met en évidence la nécessité d'interventions adaptées aux spécificités de chaque profil, en cohérence avec la conception multidimensionnelle et individualisée du rétablissement (11).

Les études qualitatives confirment également la nature dynamique du processus, tout en soulignant que la non-linéarité de ce dernier conduit à intégrer la rechute au processus de rétablissement (60,61). À cet égard, le modèle transthéorique du changement de Prochaska et Di Clemente pourrait enrichir la définition consensuelle du rétablissement (78). Ce modèle cyclique, qui conceptualise le changement à travers cinq étapes, suggère en effet que la rechute est possible durant le processus et ne constitue pas nécessairement un échec définitif. Ces étapes incluent notamment des phases préliminaires de contemplation (prendre conscience du problème et envisager le changement) et de préparation (prise de décision de changer et élaboration d'un plan d'action), absentes des définitions analysées mais présentes dans les études qualitatives sous forme d'insight (prise de conscience, introspection et compréhension de soi) et d'acceptation du trouble (60,61,68,69).

Ainsi, bien que les études qualitatives apportent un soutien empirique aux définitions théoriques existantes, elles soulignent en même temps la nécessité de poursuivre les recherches intégrant les expériences subjectives des personnes concernées. Cette approche permettrait de développer une définition à la fois holistique, centrée sur la personne et consensuelle, fournissant ainsi des directives claires aux professionnels de santé et aux décideurs de santé publique, afin de proposer aux personnes une prise en soins adaptée à leurs besoins spécifiques dans différents domaines. Toutefois, cette ambition de consensus doit être nuancée : les études qualitatives révèlent notamment l'importance particulière du rétablissement financier dans le contexte du jeu (74), suggérant la nécessité d'adapter la définition selon le trouble addictif concerné.

Enfin, concernant les ressources mobilisables pour le rétablissement évoquées par White (14), le cadre conceptuel du capital de rétablissement développé par Cloud et Granfield (64), dont la pertinence pour le trouble du jeu d'argent a été validée empiriquement (65), pourrait servir à identifier et renforcer les facteurs facilitant le processus de rétablissement.

**Contribution des auteurs :** Conceptualisation, Conception de l'article : AM ;Ecriture de l'article : AM ;Relecture et correction de l'article : GCB, JBH et MGB .Tous les auteurs ont contribué de manière significative à l'article. Tous les auteurs ont lu et accepté de publier cet article.

**Sources de financements :** Cette analyse critique a été réalisée dans le cadre de la bourse doctorale d'AM, financée (i) pour moitié par une allocation doctorale de Nantes Université, et (ii) pour moitié par les deux opérateurs de jeux d'argent français titulaires des droits exclusifs (FDJ et PMU) dans le cadre de l'obligation légale des opérateurs de jeux titulaires de droits exclusifs de reverser 0,002% des mises de jeu à des études scientifiques sur les jeux d'argent et de hasard (JAH) et sur l'addiction à ces jeux (Loi n° 2010-476 du 12 mai modifiée, art. 3). Cette recherche a été réalisée à l'initiative et à la coordination de l'UIC Psychiatrie et Santé Mentale du CHU de Nantes. Le CHU de Nantes est le promoteur de cette étude.

**Liens et/ou conflits d'intérêts :** AM, GCB et MGB déclarent que le Fonds de dotation du CHU de Nantes a reçu un financement de l'industrie du jeu (FDJ et PMU) pour cette étude, dans le cadre de l'obligation légale des opérateurs de jeux titulaires de droits exclusifs de reverser 0,002% des mises de jeu à des études scientifiques sur les jeux d'argent et de hasard (JAH) et sur l'addiction à ces jeux (Loi n° 2010-476 du 12 mai modifiée, art. 3). Ce financement est réalisé sous forme de mécénat versé au Fonds de dotation du CHU de Nantes, alors que le promoteur de l'étude est le CHU de Nantes, permettant de garantir l'indépendance scientifique, l'objectivité et l'impartialité de cette recherche. Aucune contrainte n'a été imposée quant à la publication des résultats.

## 6. REFERENCES

1. Spilka S, Le Nézet O, Janssen E, Philippon A, Eroukmanof V. La pratique des jeux d'argent et de hasard en France en 2023. Paris: OFDT; 2024 p. 30. (Rapports).
2. Ferris J, Wynne H. The Canadian Problem Gambling Index: Final report. Ottawa (ON): Canadian Centre on Substance Abuse; 2001 p. 1-59.
3. APA. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). 5th éd. Washington D.C: American Psychiatric Association; 2013. 947 p.
4. OMS. Classification Internationale des Maladies -Onzième Révision (CIM-11) [Internet]. 2022 [cité 19 janv 2025]. Disponible sur: <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/fr#1041487064>
5. 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.
6. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science. 1977;196(4286):129-36.
7. Fong TW. The Biopsychosocial Consequences of Pathological Gambling. Psychiatry (Edgmont). 2005;2(3):22-30.
8. White W. Recovery: The next frontier. Counselor. 2004;5(1):18-21.
9. White WL. Recovery: Its History and Renaissance as an Organizing Construct Concerning Alcohol and Other Drug Problems. Alcoholism Treatment Quarterly. 2005;23(1):3-15.
10. Ashford RD, Brown A, Brown T, Callis J, Cleveland HH, Eisenhart E, et al. Defining and operationalizing the phenomena of recovery: A working definition from the recovery science research collaborative. Addiction Research & Theory. juin 2019;27(3):179-88.
11. Davidson L, White W. The Concept of Recovery as an Organizing Principle for Integrating Mental Health and Addiction Services. J Behav Health Serv Res. 2007;34(2):109-20.
12. El-Guebaly N. The meanings of recovery from addiction: evolution and promises. J Addict Med. 2012;6(1):1-9.
13. Laudet AB. What does recovery mean to you? Lessons from the recovery experience for research and practice. J Subst Abuse Treat. 2007;33(3):243-56.
14. White W. Addiction recovery: Its definition and conceptual boundaries. Journal of Substance Abuse Treatment. 2007;33(3):229-41.
15. Granero R, Valero-Solis S, Fernández-Aranda F, Gómez-Peña M, Moragas L, Mena-Moreno T, et al. Response trajectories of gambling severity after cognitive behavioral therapy in young-adult pathological gamblers. J Behav Addict. 2020;9(1):140-52.
16. Jiménez-Murcia S, Granero R, Fernández-Aranda F, Arcelus J, Aymamí MN, Gómez-Peña M, et al. Predictors of Outcome among Pathological Gamblers Receiving Cognitive Behavioral Group Therapy. Eur Addict Res. 2015;21(4):169-78.
17. Jiménez-Murcia S, Del Pino-Gutiérrez A, Fernández-Aranda F, Granero R, Hakansson A, Tárrega S, et al. Treatment Outcome in Male Gambling Disorder Patients Associated with Alcohol Use. Front Psychol. 2016;7:465.
18. Jiménez-Murcia S, Granero R, Fernández-Aranda F, Aymamí N, Gómez-Peña M, Mestre-Bach G, et al. Developmental trajectories of gambling severity after cognitive-behavioral therapy. Eur Psychiatry. 2019;60:28-40.



19. Baño M, Mestre-Bach G, Granero R, Fernández-Aranda F, Gómez-Peña M, Moragas L, et al. Women and gambling disorder: Assessing dropouts and relapses in cognitive behavioral group therapy. *Addict Behav.* 2021;123:107085.
20. Dannon PN, Lowengrub K, Musin E, Gonopolsky Y, Kotler M. 12-month follow-up study of drug treatment in pathological gamblers: a primary outcome study. *J Clin Psychopharmacol.* 2007;27(6):620-4.
21. Dannon PN, Rosenberg O, Schoenfeld N, Kotler M. Acamprosate and Baclofen were Not Effective in the Treatment of Pathological Gambling: Preliminary Blind Rater Comparison Study. *Front Psychiatry.* 2011;2:33.
22. Echeburúa E, Báez C, Fernández-Montalvo J. Comparative effectiveness of three therapeutic modalities in the psychological treatment of pathological gambling: Long-term outcome. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy.* 1996;24(1):51-72.
23. Echeburúa E, Fernández-Montalvo J, Báez C. Relapse prevention in the treatment of slot-machine pathological gambling: Long-term outcome. *Behavior Therapy.* 2000;31(2):351-64.
24. Granero R, Blaszczynski A, Fernández-Aranda F, Gómez-Peña M, Moragas L, Aymamí N, et al. Does money control enhance the effectiveness of cbt for gambling disorder? *International Journal of Mental Health and Addiction* [Internet]. 2020; Disponible sur: <https://budistant.univ-nantes.fr/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2020-02461-001&lang=fr&site=ehost-live>
25. Hodgins DC, Currie SR, Currie G, Fick GH. Randomized trial of brief motivational treatments for pathological gamblers: More is not necessarily better. *J Consult Clin Psychol.* 2009;77(5):950-60.
26. Jiménez-Murcia S, Álvarez-Moya EM, Granero R, Aymamí MN, Gómez-Peña M, Jaurrieta N, et al. Cognitive-behavioral group treatment for pathological gambling: Analysis of effectiveness and predictors of therapy outcome. *Psychotherapy Research.* 2007;17(5):544-52.
27. Jiménez-Murcia S, Aymamí N, Gómez-Peña M, Santamaría JJ, Alvarez-Moya E, Fernández-Aranda F, et al. Does exposure and response prevention improve the results of group cognitive-behavioural therapy for male slot machine pathological gamblers? *Br J Clin Psychol.* 2012;51(1):54-71.
28. Tárrega S, Castro-Carreras L, Fernández-Aranda F, Granero R, Giner-Bartolomé C, Aymamí N, et al. A Serious Videogame as an Additional Therapy Tool for Training Emotional Regulation and Impulsivity Control in Severe Gambling Disorder. *Front Psychol.* 2015;6:1721.
29. Cunningham JA, Cordingley J, Hodgins DC, Toneatto T. Beliefs about gambling problems and recovery: results from a general population telephone survey. *J Gambl Stud.* 2011;27(4):625-31.
30. Binde P. A Swedish mutual support society of problem gamblers. *International Journal of Mental Health and Addiction.* 2012;10(4):512-23.
31. Grall-Bronnec M, Guillou-Landreat M, Caillon J, Dubertret C, Romo L, Codina I, et al. Five-year follow-up on a sample of gamblers: predictive factors of relapse. *J Behav Addict.* 2021;10(1):42-54.
32. Müller KW, Naab L, Wölfling K, Beutel ME, Dickenhorst U, Koch A. Psychological well-being as an additional outcome parameter in the treatment of patients with gambling disorder: Results from a clinical multicenter follow-up study. *Journal of Happiness Studies: An Interdisciplinary Forum on Subjective Well-Being.* 2017;18(4):1045-59.
33. Rossini-Dib D, Fuentes D, Tavares H. A naturalistic study of recovering gamblers: What gets better and when they get better. *Psychiatry Res.* 2015;227(1):17-26.
34. Boudreault C, Giroux I, Jacques C, Goulet A, Simoneau H, Ladouceur R. Efficacy of a Self-Help Treatment for At-Risk and Pathological Gamblers. *J Gambl Stud.* 2018;34(2):561-80.
35. Cunningham JA, Hodgins DC, Toneatto T, Murphy M. A randomized controlled trial of a personalized feedback intervention for problem gamblers. *Plos One.* 2012;7(2):1-8.
36. Dowling N, Smith D, Thomas T. A comparison of individual and group cognitive-behavioural treatment for female pathological gambling. *Behav Res Ther.* 2007;45(9):2192-202.
37. Dowling N, Smith D, Thomas T. A preliminary investigation of abstinence and controlled gambling as self-selected goals of treatment for female pathological gambling. *J Gambl Stud.* 2009;25(2):201-14.
38. Hawker CO, Merkouris SS, Youssef GJ, Dowling NA. A Smartphone-Delivered Ecological Momentary Intervention for Problem Gambling (GamblingLess: Curb Your Urge): Single-Arm Acceptability and Feasibility Trial. *J Med Internet Res.* 2021;23(3):e25786.
39. Hodgins DC, Currie SR, el-Guebaly N. Motivational enhancement and self-help treatments for problem gambling. *J Consult Clin Psychol.* 2001;69(1):50-7.
40. Hodgins DC, Cunningham JA, Murray R, Hagopian S. Online Self-Directed Interventions for Gambling Disorder: Randomized Controlled Trial. *J Gambl Stud.* 2019;35(2):635-51.
41. Ladouceur R, Sylvain C, Boutin C, Lachance S, Doucet C, Leblond J, et al. Cognitive treatment of pathological gambling. *J Nerv Ment Dis.* 2001;189(11):774-80.
42. Ladouceur R, Sylvain C, Boutin C, Lachance S, Doucet C, Leblond J. Group therapy for pathological gamblers: a cognitive approach. *Behav Res Ther.* 2003;41(5):587-96.
43. Oei TPS, Raylu N, Lai WW. Effectiveness of a Self Help Cognitive Behavioural Treatment Program for Problem Gamblers: A Randomised Controlled Trial. *J Gambl Stud.* 2018;34(2):581-95.
44. Sylvain C, Ladouceur R, Boisvert JM. Cognitive and behavioral treatment of pathological gambling: a controlled study. *J Consult Clin Psychol.* 1997;65(5):727-32.



45. Walker M, Toneatto T, Potenza MN, Petry N, Ladouceur R, Hodgins DC, et al. A framework for reporting outcomes in problem gambling treatment research: the Banff, Alberta Consensus. *Addiction*. 2006;101(4):504-11.
46. Nower L, Blaszczynski A. Recovery in pathological gambling: an imprecise concept. *Subst Use Misuse*. 2008;43(12-13):1844-64.
47. ASAM. Public Policy Statement on Terminology Related to Addiction, Treatment, and Recovery. Chevy Chase (MD); 2013.
48. White W, Kurtz E. The varieties of recovery experience. *International Journal of Self Help and Self Care*. 2006;3(1-2):21-61.
49. Moore D, Coyhis D. The Multicultural Wellbriety Peer Recovery Support Program: Two Decades of Community-Based Recovery. *Alcoholism Treatment Quarterly*. 2010;28(3):273-92.
50. Betty Ford Institute Consensus Panel. What is recovery? A working definition from the Betty Ford Institute. *J Subst Abuse Treat*. oct 2007;33(3):221-8.
51. Donovan DM, Bigelow GE, Brigham GS, Carroll KM, Cohen AJ, Gardin JG, et al. Primary outcome indices in illicit drug dependence treatment research: systematic approach to selection and measurement of drug use end-points in clinical trials. *Addiction*. 2012;107(4):694-708.
52. Inanlou M, Bahmani B, Farhoudian A, Rafiee F. Addiction Recovery: A Systematized Review. *Iran J Psychiatry*. avr 2020;15(2):172-81.
53. Dodge K, Krantz B, Kenny PJ. How can we begin to measure recovery? *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 7 déc 2010;5:31.
54. Pickering D, Keen B, Entwistle G, Blaszczynski A. Measuring treatment outcomes in gambling disorders: a systematic review. *Addiction*. 2018;113(3):411-26.
55. Mansueto A, Challet-Bouju G, Hardouin JB, Grall-Bronnec M. Definitions and assessments of recovery from gambling disorder: A scoping review. *Journal of Behavioral Addictions* [Internet]. 2024 [cité 10 juin 2024]; Disponible sur: <https://www.scienceopen.com/document?vid=d305618e-5401-4062-9566-d37b1dae2176>
56. Toneatto T, Ladoceur R. Treatment of Pathological Gambling: A Critical Review of the Literature. *Psychology of Addictive Behaviors*. 2003;17(4):284-92.
57. White W, Godley M. Addiction treatment outcomes: Who and what can you believe? *Counselor*. 2005;6(3):52-5.
58. Ghaemi SN. The rise and fall of the biopsychosocial model. *Br J Psychiatry*. juill 2009;195(1):3-4.
59. Witkiewitz K, Montes KS, Schwebel FJ, Tucker JA. What Is Recovery? *Alcohol Res*. 2020;40(3):01.
60. Nixon G, Solowoniuk J. An Insider's Look into the Process of Recovering from Pathological Gambling Disorder: An Existential Phenomenological Inquiry. *International Journal of Mental Health and Addiction*. 2006;4(2):119-32.
61. Pickering D, Spoelma MJ, Dawczyk A, Gainsbury SM, Blaszczynski A. What does it mean to recover from a gambling disorder? Perspectives of gambling help service users. *Addiction Research & Theory*. 2020;28(2):132-43.
62. Canguilhem G. *Le normal et le pathologique*. 12e édition. Paris: PUF; 2013. 294 p.
63. Bourdieu P. *Le capital social - notes provisoires*. Actes de la Recherche en Sciences Sociales. 1980;31:2-3.
64. Cloud W, Granfield R. Conceptualizing recovery capital: expansion of a theoretical construct. *Subst Use Misuse*. 2008;43(12-13):1971-86.
65. Gavriel-Fried B, Lev-El N. Mapping and conceptualizing recovery capital of recovered gamblers. *Am J Orthopsychiatry*. 2018;90(1):22-36.
66. Nilsson A, Simonsson O, Hellner C. Reasons for dropping out of internet-based problem gambling treatment, and the process of recovery – a qualitative assessment. *Current Psychology: A Journal for Diverse Perspectives on Diverse Psychological Issues* [Internet]. 2021; Disponible sur: <https://budistant.univ-nantes.fr/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2021-97881-001&lang=fr&site=ehost-live>
67. Reith G, Dobbie F. Lost in the game: Narratives of addiction and identity in recovery from problem gambling. *Addiction Research & Theory*. 2012;20(6):511-21.
68. Rogier G, Caputo A, Langher V, Lysaker PH, Dimaggio G, Velotti P. Giving a Voice to Gambling Addiction: Analysis of Personal Narratives. *Cult Med Psychiatry*. 2020;44(2):159-74.
69. Samuelsson E, Sundqvist K, Binde P. Configurations of gambling change and harm: Qualitative findings from the Swedish Longitudinal Gambling Study (Swelogs). *Addiction Research & Theory*. 2018;26(6):514-24.
70. Tremblay J, Dufour M, Bertrand K, Blanchette-Martin N, Ferland F, Savard AC, et al. The Experience of Couples in the Process of Treatment of Pathological Gambling: Couple vs. Individual Therapy. *Front Psychol*. 2018;8:2344.
71. Vasiliadis S, Thomas A. Recovery Agency and Informal Recovery Pathways from Gambling Problems. *Int J Ment Health Addict*. 2018;16(4):874-87.

72. Samuelsson E, Cisneros Örnberg J. Sense or sensibility-Ideological dilemmas in gamblers' notions of responsibilities for gambling problems. *Front Psychiatry*. 2022;13:953673.
73. Rodda SN, Hing N, Hodgins DC, Cheetham A, Dickins M, Lubman DI. Behaviour change strategies for problem gambling: An analysis of online posts. *International Gambling Studies*. 2018;18(3):420-38.
74. Heiskanen M. Financial recovery from problem gambling: Problem gamblers' experiences of social assistance and other financial support. *Journal of Gambling Issues*. 2017;35:24-48.
75. Ogilvie L, Carson J. Trauma, stages of change and post traumatic growth in addiction: A new synthesis. *Journal of Substance Use*. 4 mars 2022;27(2):122-7.
76. Blaszczynski A, Nower L. A pathways model of problem and pathological gambling. *Addiction*. mai 2002;97(5):487-99.
77. Nower L, Blaszczynski A, Anthony WL. Clarifying gambling subtypes: the revised pathways model of problem gambling. *Addiction*. juill 2022;117(7):2000-8.
78. Prochaska JO, DiClemente CC. The transtheoretical approach. In: Norcross JC, Goldfried MR, éditeurs. *Handbook of psychotherapy integration*. 2nd éd. Oxford (NY): Oxford University Press; 2005. p. 147-71.