



Chaire de recherche sur
l'étude du jeu
Research chair on gambling studies

ENQUÊTE ENHJEU - QUÉBEC

Portrait du jeu au Québec: Prévalence, incidence et trajectoires sur quatre ans

VOLET 2 - ÉTUDE LONGITUDINALE



Version du 10 février 2014

PROBLÉMATIQUE

Les résultats de l'étude prospective présentée ici examinent les trajectoires de joueurs québécois sur 26 mois, c'est-à-dire l'évolution de leurs activités de jeux de hasard et d'argent (JHA) entre 2009 et 2011. Ce domaine de recherche est jeune et il existe à l'heure actuelle peu d'études longitudinales sur le jeu, contrairement à ce qu'on en connaît sur l'alcool¹, ou encore sur le vieillissement, comme par exemple *l'Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement* menée par Raina et al. (2009)².

Les études transversales et rétrospectives sont bien plus nombreuses que les études prospectives³ et, parmi les études prospectives qui ont été menées, peu ont explicitement examiné la stabilité versus le mouvement dans le jeu et le changement de statut des joueurs⁴. Quatre revues de littérature sur les études prospectives, avec chacune leur angle, ont été publiées^{3,4,5,6}. Enfin, à notre connaissance, quatre recherches longitudinales examinant explicitement la trajectoire de joueurs ont été effectuées sur des échantillons représentatifs de la population générale, sélectionnés à partir d'une enquête populationnelle. Deux ont été menées au Canada. Wiebe, Single et Falkowski⁷ ont conduit l'une d'entre elles en Ontario en 2003 et Wiebe, Maitland, Hodgins, Davey et Gottlieb⁸ ont mené une recherche du même type dans le Manitoba en 2009. Abbott, Williams et Volberg⁹ ont également publié une recherche menée en Nouvelle-Zélande, dans un rapport en 1999 et dans un article en 2004. Finalement, l'étude suédoise *Swedish Longitudinal Gambling Study (SWELOGS)*¹⁰ demeure la plus importante en termes de taille d'échantillon et de contenu qui a été menée dans le domaine du jeu.

D'autres recherches prospectives ont été faites. Cependant, elles portent sur des populations spécifiques, présentent d'importantes limites méthodologiques, ou n'examinent pas l'évolution des activités de jeu. Nous avons notamment recensé des articles sur des joueurs en traitement^{11,12,13,14}, des joueurs de gratteux¹⁵ ou des joueurs de paris sportifs sur Internet¹⁶, des joueurs s'excluant eux-mêmes des casinos¹⁷, des joueurs étudiants¹⁸, des joueurs plus âgés¹⁹, des employés de casino²⁰, etc. Néanmoins, trois d'entre elles apportent des précisions intéressantes à considérer, même si la prudence est de mise.

Généralement, les études sur les trajectoires des joueurs montrent une tendance générale à l'amélioration, ainsi qu'une plus grande stabilité des joueurs sans problème et à faible risque. Mais les résultats de ces études sont divergents quant à la chronicité du trouble. Certains auteurs conçoivent le jeu pathologique comme transitoire et épisodique, alors que d'autres ont constaté la stabilité du trouble avec notamment des cycles de pathologie qui impliqueraient une résolution seulement temporaire chez la plupart des joueurs^{3,21}.

Plusieurs questions demeurent sans réponse notamment le type de trajectoires que suivent les joueurs, ou encore la nature des facteurs de risque qui interviennent dans le développement, le maintien des problèmes de jeu et la rémission.

OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

En janvier 2009, le projet *Portrait du jeu au Québec: Prévalence, incidence et trajectoires sur quatre ans* (ENHJEU-Québec) fût soutenu financièrement par le Fonds de recherche du Québec – Société et culture dans le cadre d'une action concertée. Le projet ENHJEU-Québec comporte deux volets principaux. Le premier

visé à produire, à travers deux enquêtes populationnelles en 2009 et en 2012, un portrait épidémiologique du jeu dans la population adulte générale et ses sous-groupes. Les deux enquêtes de ce premier volet font l'objet de deux rapports préliminaires distincts (annexes 1 à 4). Le second volet proposé ici, offre un suivi, sur une période de deux ans, d'une cohorte de joueurs ayant différents statuts relatifs à la gravité du jeu afin de mieux comprendre les trajectoires du jeu et les cycles de jeu pathologique probable. Plus spécifiquement, ce deuxième volet a pour objectif de :

- Identifier les trajectoires du jeu pour savoir si le comportement d'un joueur est constant dans le temps, c.-à-d. identifier les entrées et les sorties d'un statut de joueur pathologique probable à un statut de joueur à risque ou à celui d'un joueur sans problème, et vice versa, afin de connaître les cycles de pathologie du jeu.
- Mettre en évidence les variations dans le temps sachant que la dépendance au jeu se manifeste par de fréquentes entrées et sorties du seuil clinique.

Au terme de ce projet, il est donc possible d'établir, pour les joueurs pathologiques probables et les joueurs à risque, des trajectoires de développement et d'amélioration.

MÉTHODOLOGIE

1. Participants

Cette étude a été menée selon un devis prospectif court avec des mesures répétées, auprès d'un échantillon sélectionné à partir de l'enquête populationnelle ENHJEU-Québec (2009). Rappelons que l'enquête ENHJEU-Québec (2009) a été

menée auprès d'un échantillon aléatoire (N=11 888), représentatif de la population du Québec non institutionnalisée de 18 ans et plus, parlant français ou anglais, vivant sur tout le territoire québécois.

A la fin de l'enquête et selon le score obtenu à l'*Indice canadien de jeu excessif* (ICJE), tous les joueurs pathologiques probables, à risque modéré et à faible risque, ainsi qu'un nombre équivalent de joueurs sans problème, sélectionnés au hasard, ont été invités à participer à l'étude de suivi. Comme indiqué dans le tableau 1, 710 joueurs ont été sélectionnés au préalable. Au total, 40,1 % (285/710) des participants sollicités ont accepté de participer à la première entrevue de suivi à l'été 2009.

Tableau 1.
Échantillon par catégorie de joueurs

Catégorie de joueurs de l'étude 2009	Répondants du sondage sollicités n	Taux de réponse Temps 1 (2009)		Taux de réponse Temps 2 (2010)		Taux de réponse Temps 3 (2011)	
		n	%	n	%	n	%
Sans problème	54	42	77.8	34	81	32	76.2
À faible risque	99	67	67.7	55	82.1	54	80.6
À risque modéré	62	43	69.3	37	86	34	79.1
Pathologiques probables	35	27	77.1	18	66.7	17	63
Total	250	179	71.6	144	80.5	137	76.5

Note. Joueurs sans problème = Score de 0 à l'ICJE; Joueurs à faible risque = Score de 1 ou 2; Joueurs à risque modéré = Score de 3 à 7; Joueurs pathologiques probables = Score de 8 ou plus.

Parmi les 285 participants ayant donné leur accord lors de l'enquête ENHJEU-Québec (2009), 179 joueurs (42 joueurs sans problème, 67 joueurs à faible risque, 43 joueurs à risque modéré et 27 joueurs pathologiques probables) ont complété l'entrevue téléphonique de suivi au cours de l'été 2009. Notre échantillon pour le suivi 1 (temps 1) est constitué au final de 64 hommes et 73 femmes, âgés de 21 ans à 82 ans, avec une moyenne d'âge de 52,51 ans. Sur ces 179 participants, tous ont accepté d'être recontactés l'année suivante. Une lettre de remerciement et d'indemnisation leur a ensuite été envoyée.

Au printemps 2010, les 179 participants ont reçu une lettre leur annonçant le démarrage du deuxième suivi (temps 2). Quelques semaines après, ils ont été sollicités par téléphone pour cette deuxième étape. Parmi eux, cinq participants ont refusé de faire l'entrevue, 30 participants n'ont pu être joints et 144 ont au final complété l'entrevue (62 joueurs sans problème, 31 à faible risque, 32 à risque modéré et 19 pathologiques probables). Deux participants ont alors précisé ne pas vouloir poursuivre la recherche (voir tableau 1). Suite à leur participation, chacun des joueurs a reçu une lettre de remerciement et d'indemnisation.

Enfin au printemps 2011, une lettre de reprise de contact a été envoyée pour préparer le lancement du troisième suivi (temps 3). Ainsi, 137 participants sur 142 ont pu être rejoints pour compléter la dernière entrevue de suivi (67 joueurs sans problème, 24 à faible risque, 28 à risque modéré et 18 pathologiques probables). Les participants ont reçu une lettre de remerciement et d'indemnisation.

La comparaison des caractéristiques sociodémographiques et des habitudes de jeux de hasard et d'argent (JHA) entre l'échantillon de l'enquête populationnelle de 2009 et celui de l'étude de suivi au temps 1, ainsi qu'entre l'échantillon au temps 1 et temps 2, et aussi ceux du temps 1 et temps 3 montre une différence significative

entre l'enquête populationnelle et l'échantillon du temps 1 de l'étude de suivi dans le statut d'emploi actuel ($\chi^2(6, N=2\ 354)=13.361, p=.02$), un taux plus élevé de chômeurs dans l'échantillon de l'étude de suivi (8.4 %) que dans l'échantillon de l'enquête populationnelle (3.6%). Aucune différence n'a été remarquée dans la distribution en fonction du genre, de l'âge, du statut matrimonial, du revenu et du niveau de scolarité entre l'échantillon de l'enquête populationnelle et celui du temps 1. De plus, il y avait des différences significatives entre les temps 1, 2 et 3 (respectivement $\chi^2(4, N=179) = 25.22, p=.001$ et $\chi^2(4, N=179)=24.06, p=.001$) avec une tendance à garder les participants plus âgés au fil du temps. Aucune différence n'a été trouvée quant au genre, au statut matrimonial, au revenu, au statut d'emploi et au niveau de scolarité entre les trois temps du suivi. La comparaison entre catégories de joueurs, basée sur le score de l'ICJE, entre l'échantillon de l'enquête populationnelle et l'échantillon du temps 1, ainsi qu'entre les trois temps du suivi, n'a révélé aucune différence quant à la gravité des problèmes de jeu entre les groupes.

2. Matériel

Les outils choisis pour l'étude seront présentés par suivi, puis un récapitulatif sera présenté dans le tableau 2.

2.1 Suivi 1

Trois modules du questionnaire de suivi 1 sont présentés ici : (1) l'entrevue clinique approfondie, l'évaluation de la gravité des problèmes de jeu, la détection de la consommation à risque d'alcool et de dépendance possible à l'alcool, et l'usage de cannabis et de tabac (2) la consultation de professionnels de la santé, et (3) l'utilisation des services d'aide.

Module 1 : L'entrevue clinique approfondie a permis d'évaluer les habitudes de jeu de la personne selon les critères du DSM-IV-TR, et cherche à éliminer la possibilité de la présence d'un épisode maniaque pouvant expliquer un comportement de jeu excessif. Ce module comprend six questions ouvertes portant sur le type de jeu, la fréquence de jeu, les montants d'argent, le temps consacré au jeu, la perte de contrôle. Le module comporte aussi les critères du jeu pathologique présentés dans le DSM-IV-TR.

Le module 1 comporte également l'ICJE²². Cet outil permet de catégoriser les participants en fonction de leurs activités de jeu et des conséquences de ces activités durant les 12 derniers mois. Il est constitué de neuf questions où le participant choisit une réponse parmi six propositions cotées de 0 à 3 : jamais (0), quelquefois (1), la plupart du temps (2), presque toujours (3), ne sais pas, refus. Il est assez court et simple d'utilisation. Cet outil est très utilisé dans les enquêtes récentes au Canada et à l'étranger. Il possède de bonnes qualités psychométriques. En effet, il est fiable (cohérence interne = 0.84) et la fidélité test-retest est de 0,78. Il y a une bonne validité de contenu, une très bonne validité conceptuelle et une bonne validité convergente avec le DSM-IV-TR. Ce questionnaire permet de bien comprendre les activités de jeux de la personne et la gravité de ses habitudes. Il est aussi bien utile car il est conçu de façon à pouvoir situer le participant dans différentes catégories en fonction de seuils (0 : joueur sans problème, 1 ou 2 : joueur à faible risque, 3 à 7 : joueur à risque modéré, 8 ou + : joueur pathologique probable), les données peuvent aussi être traitées de façon continue en établissant un score allant de 0 à 27. Par ailleurs, il a l'avantage de prendre en compte certains facteurs sociaux et environnementaux associés au jeu excessif.

Le module 1 comporte également l'*Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT)²³. Cet outil nous permet de comprendre comment la consommation d'alcool accompagne ou influence les habitudes de jeu des participants durant les 12 derniers mois. Ce questionnaire porte sur la consommation à risque d'alcool et la dépendance possible à l'alcool, mesurées au cours des 12 derniers mois. Ce test est clair et assez rapide de passation. Il est très utilisé en recherche, mais aussi comme outil de dépistage sur le terrain. Il possède de bonnes qualités psychométriques, dont la valeur est légèrement variable selon les études^{24,25}. Les indices de fidélité varient de 87 % à 96 % en ce qui concerne la consommation à risque et la consommation nocive. La validité de l'AUDIT a été déterminée auprès de groupes externes constitués de personnes alcooliques et de personnes abstinents. Ainsi, 99 % des personnes dépendantes à l'alcool avaient un score de 8 ou plus et seulement 0,5 % des personnes abstinents obtenaient ce même score. Ce test a bénéficié d'une validation internationale et sa large utilisation en fait un outil de référence.

Le module 1 inclut également deux questions sur l'usage de cannabis à vie et sur les 12 derniers mois : «*Au cours de votre vie, avez-vous déjà essayé ou consommé de la marijuana, du cannabis ou du haschisch*» (1. Oui, 2. Non); «*Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous fait usage de la marijuana du cannabis ou du haschisch?*», (1='Jamais', 2 ='Une fois pas mois ou moins', 3='2 à 4 fois par mois', 4='2 à 3 fois par semaine', 5='4 à 6 fois par semaine', 7='À tous les jours']. Ce module investigate brièvement l'usage de tabac à vie et sur les 12 derniers mois. Le statut de fumeur actuel a été attribué aux répondants qui ont déclaré avoir fumé plus que 100 cigarettes durant leur vie [«*Avez-vous fumé une centaine de cigarettes ou plus durant votre vie (environ 4*

paquets)» (1='Oui', 2='Non']) et qui déclarent fumer présentement [«Actuellement, fumez-vous la cigarette» (1='Tous les jours', 2='À l'occasion', 3='Jamais')].

Module 2 : Cette section examine les consultations du participant durant les 12 derniers mois, en lien avec ses activités de jeu. Ce questionnaire permet de savoir si le participant a consulté un professionnel (médecin, médecin spécialiste, psychologue, travailleur social, groupe d'entraide, conseiller religieux, infirmière, autre professionnel) au cours des 12 derniers mois en raison d'un problème de jeu. Pour chaque professionnel, le questionnaire porte sur la fréquence et le nombre des consultations, le lieu de ces consultations, le niveau de satisfaction du participant, le niveau d'aide apporté, les raisons d'une éventuelle interruption de prise en charge, la recommandation d'un autre service. Ce questionnaire a été créé pour notre étude et a été adapté notamment en fonction du *Perceived Need for Care Questionnaire*²⁶.

Module 3 : Cette section évalue l'utilisation des services spécialisés durant les 12 derniers mois en lien avec un problème de jeu au cours des 12 derniers mois. Ces services sont la ligne téléphonique « *Jeu : aide et référence* », le site internet « *Jeu : aide et référence* », les autres sites Internet, les centres de traitements spécialisés pour les problèmes de jeu. Ce questionnaire composé de différentes questions à choix multiples permet d'évaluer le niveau de connaissance de chacun des services, la façon dont le participant les a connus, s'il les a utilisés et pour qui. Cet outil porte aussi sur les motifs d'utilisation et les raisons de non-utilisation. Enfin, il aborde le niveau de satisfaction associée et l'effet perçu par le participant.

2.2 Suivi 2

Les trois modules du questionnaire de suivi 2 sont : (1) les jeux de hasard et d'argent, détection et raison du changement, (2) la consultation de professionnels de la santé, (3) l'utilisation des services d'aide. Le module 1 comprend l'ICJE, l'AUDIT, et les questions sur l'usage de cannabis, de tabac, comme dans le suivi 1. Les modules 2, 3 sont les mêmes qu'au suivi 1.

2.3 Suivi 3

Il comporte les mêmes modules que le suivi 2, mais la section sur les professionnels de la santé a été simplifiée.

Tableau 2.
Récapitulatif des outils utilisés dans les suivis

Outils utilisés	Suivi 1	Suivi 2	Suivi 3
Description des habitudes de jeu (fréquence, type de jeu, dépenses, etc.)	x		
Critères DSM-IV-TR pour l'épisode maniaque	x		
Critères DSM-IV-TR pour le jeu pathologique	x		
ICJE*	x	x	x
AUDIT	x	x	x
Usage de cannabis	x	x	x
Usage de tabac	x	x	x
Utilisation des services spécialisés	x	x	x
Autres professionnels	x	x	x
Raisons perçues pour le changement [†]		x	x
Évènements de vie (Holmes & Rahe) [†]	x	x	x

* Cette mesure présentée au suivi 1 a été administrée lors de l'enquête populationnelle de 2009.

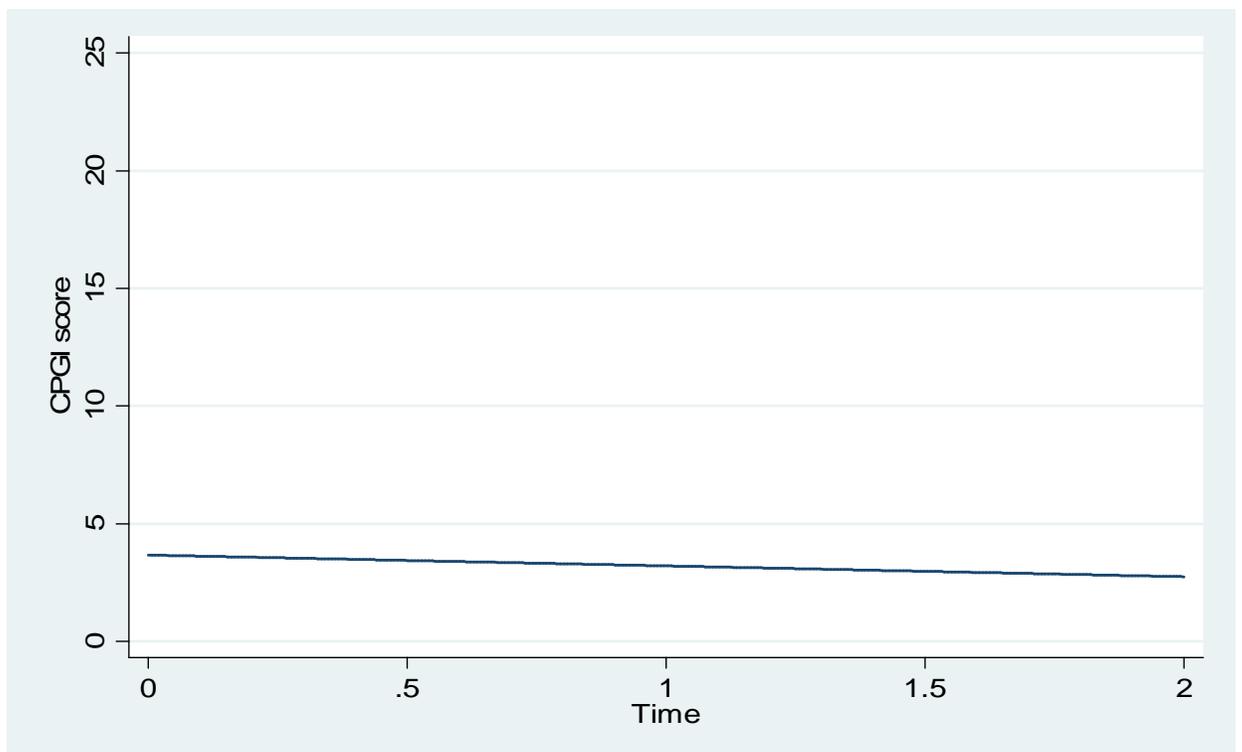
[†] Les données recueillies par les outils ne pas encore été analysées.

RÉSULTATS

1. Tendances générales de la mobilité selon la gravité des problèmes de JHA

Les résultats montrent que de manière globale il existe une tendance à la baisse du score à l'*Indice canadien de jeu excessif (ICJE)* comme l'illustre la Figure 1.

Figure 1.
Mobilité globale des joueurs selon la gravité des problèmes de jeu à chaque temps de mesure



Cependant, l'examen des trajectoires individuelles tel que présenté dans les figures 2 et 3 révèle une importante variation dans la mobilité de chaque joueur selon la gravité des problèmes de JHA à chaque temps de mesure.

Dans ces figures, chaque ligne représente un joueur. Pour la figure 2, la gravité est mesurée sur un continuum alors que pour la figure 3, le statut du joueur est

indiqué par une couleur (joueur sans problème, joueur à faible risque, joueur à risque modéré, joueur pathologique probable). Pour ce dernier, chaque colonne représente un temps de mesure.

Figure 2.
Mobilité individuelle selon le continuum de gravité des problèmes de JHA à chaque temps de mesure

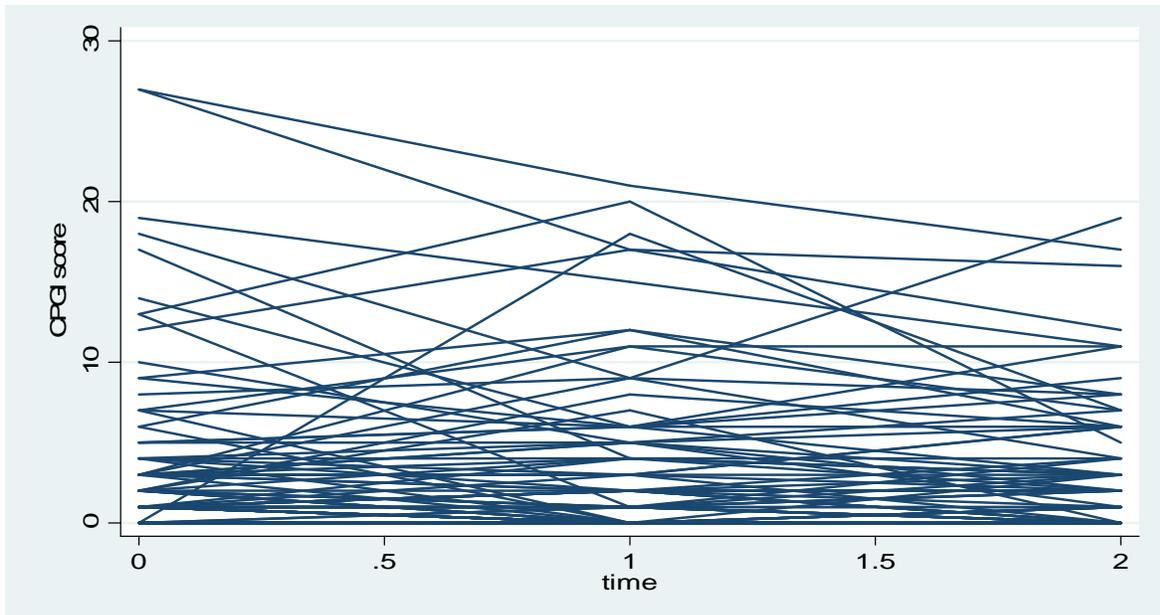
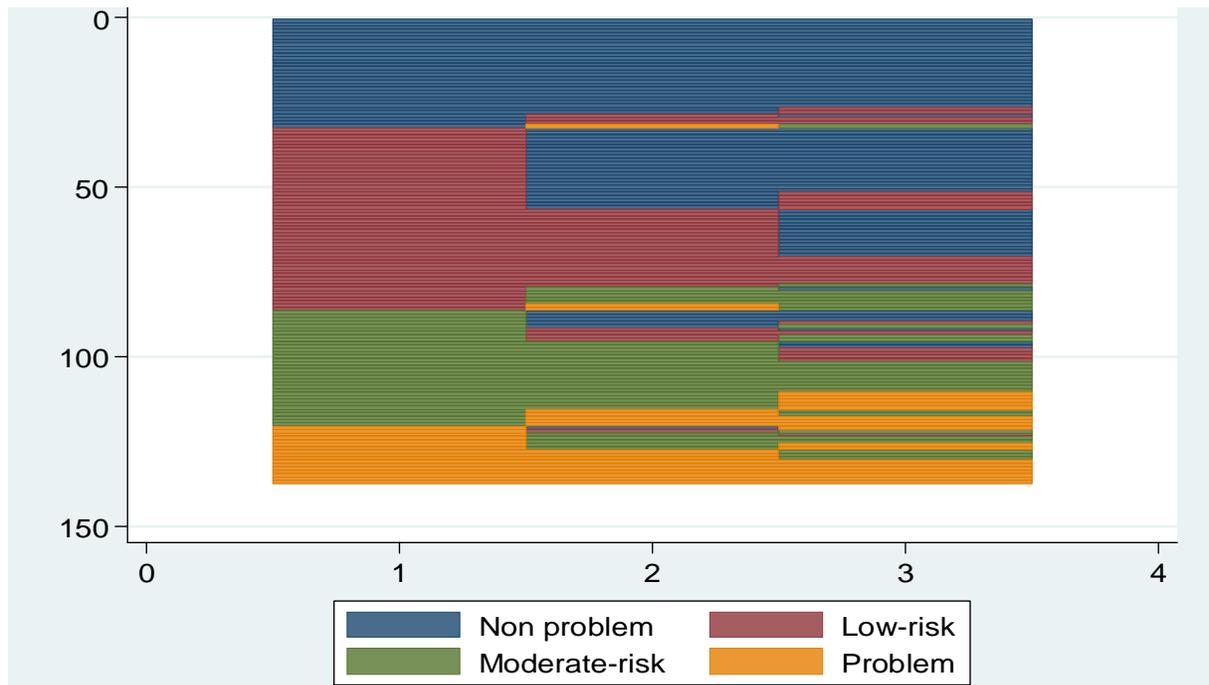


Figure 3.
Mobilité individuelle selon le statut de gravité des problèmes de JHA à chaque temps de mesure



Note. Joueurs sans problème (*Non problem*) = Score de 0 à l'ICJE; Joueurs à faible risque (*Low-risk*) = Score de 1 ou 2; Joueurs à risque modéré (*Moderate-risk*) = Score de 3 à 7; Joueurs pathologiques probables (*Problem*) = Score de 8 ou plus.

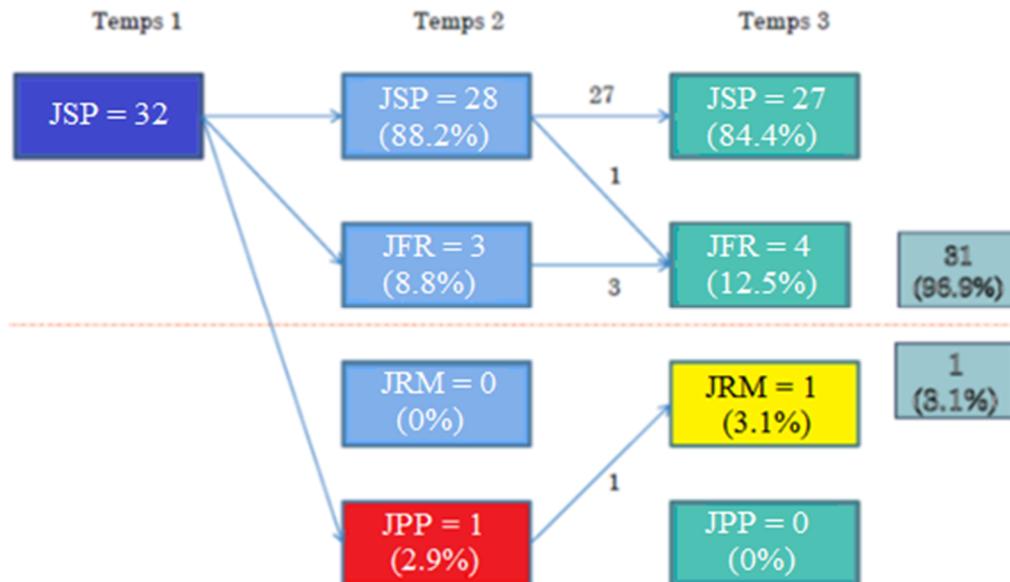
2. Tendances de la mobilité individuelle selon chaque statut de gravité des problèmes de JHA

L'étude des tendances de la mobilité individuelle selon chaque statut de gravité des problèmes de JHA révèle un changement significatif dans la gravité des problèmes de JHA pour 15 % de l'échantillon (21/137), le changement étant défini comme le passage au-dessus ou en-dessous du seuil de risque tel que mesuré par l'ICJE (score de 3+).

2.1 Joueurs sans problème et joueurs à faible risque

Les joueurs sans problème et les joueurs à faible risque affichent une stabilité dans la gravité des problèmes de jeu au cours des 26 mois de l'étude. En effet, parmi les 32 joueurs identifiés comme joueurs sans problème (JSP), 31 sont demeurés sans problème ou à faible risque (figure 4) alors qu'un seul joueur est devenu joueur pathologique probable (JPP) 12 mois plus tard et joueur à risque modéré (JRM), 24 mois plus tard.

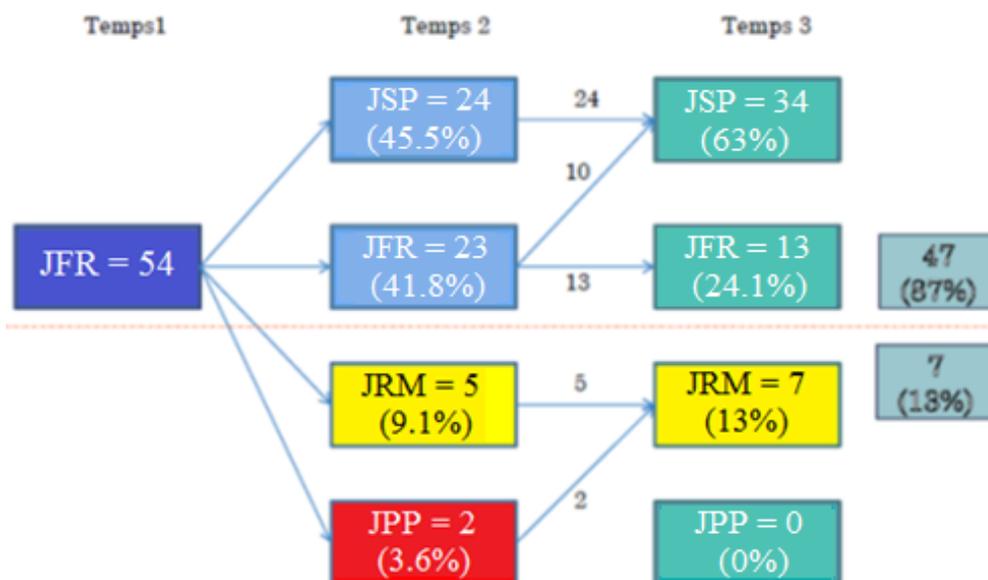
Figure 4.
Mobilité individuelle des joueurs sans problème



Note. Joueurs sans problème (JSP) = Score de 0 à l'ICJE; Joueurs à faible risque (JFR) = Score de 1 ou 2; Joueurs à risque modéré (JRM) = Score de 3 à 7; Joueurs pathologiques probables (JPP) = Score de 8 ou plus.

De même, parmi les 54 joueurs identifiés comme joueurs à faible risque (JFR), 47 sont demeurés à faible risque ou sont devenus des joueurs sans problème (JSP) (figure 5) alors que 5 de ces joueurs sont devenus à risque modéré (JRM) au cours des prochains 24 mois. Deux des joueurs à faible risque sont devenus des joueurs pathologiques probables (JPP) 12 mois plus tard et à risque modéré (JRM) après 24 mois.

Figure 5.
Mobilité individuelle des joueurs à faible risque



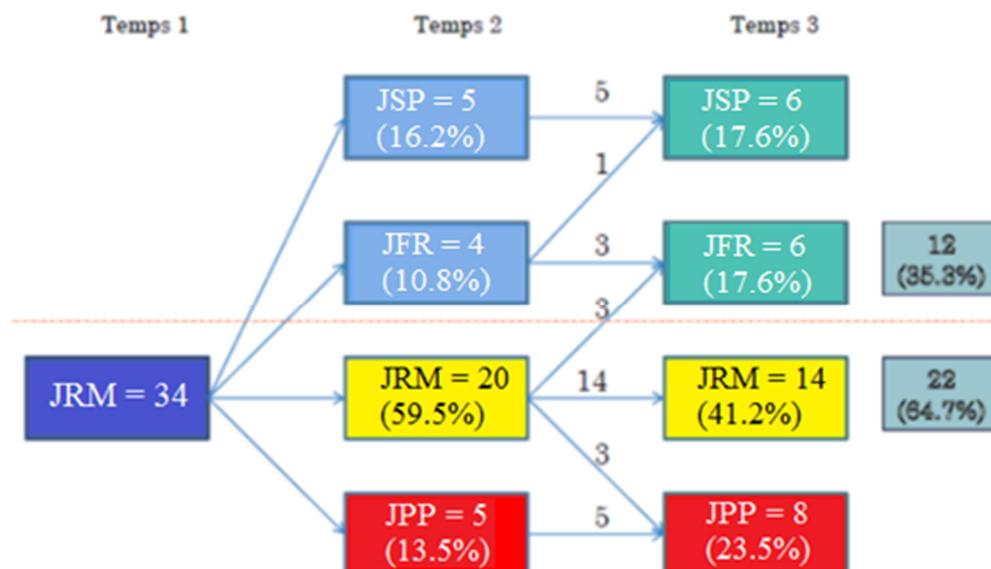
Note. Joueurs sans problème (JSP) = Score de 0 à l'ICJE; Joueurs à faible risque (JFR) = Score de 1 ou 2; Joueurs à risque modéré (JRM) = Score de 3 à 7; Joueurs pathologiques probables (JPP) = Score de 8 ou plus.

2.2 Joueurs à risque modéré

On note une plus grande mobilité parmi les joueurs à risque modéré au cours des 26 mois de l'étude. Ainsi, parmi les 34 joueurs identifiés à risque modéré au temps 1, 14 ont maintenus le même statut 12 et 24 mois plus tard alors que 8 joueurs ont

vu leur statut augmenter en termes de gravité pour devenir des joueurs pathologiques probables (JPP), 12 ou 24 mois plus tard (figure 6). Par ailleurs, près du tiers de ce groupe (12/34) a affiché une moins importante gravité des problèmes de jeu 12 mois et 24 mois plus tard.

Figure 6.
Mobilité individuelle des joueurs à risque modéré



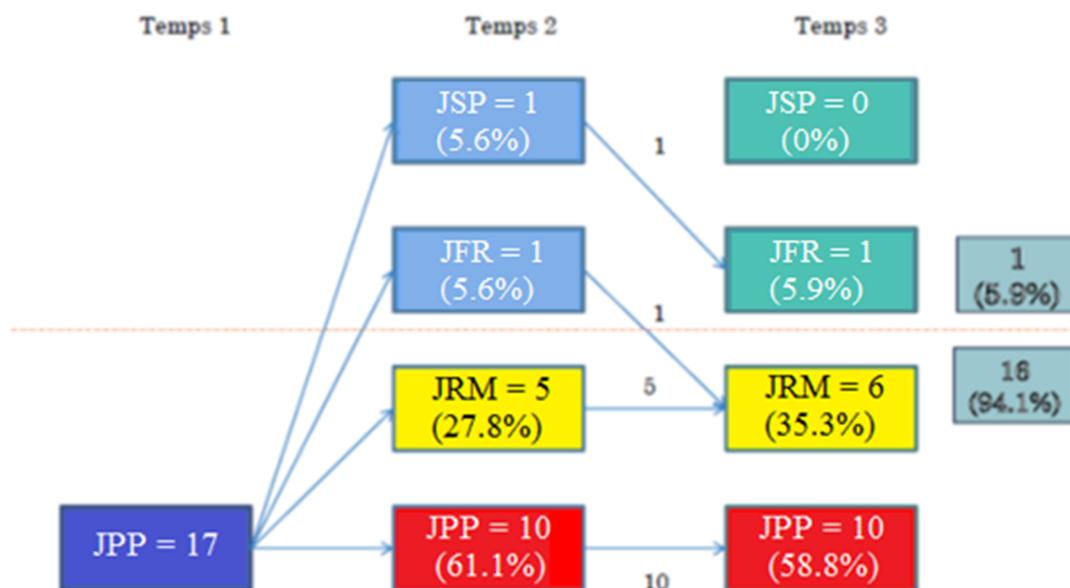
Note. Joueurs sans problème (JSP) = Score de 0 à l'ICJE; Joueurs à faible risque (JFR) = Score de 1 ou 2; Joueurs à risque modéré (JRM) = Score de 3 à 7; Joueurs pathologiques probables (JPP) = Score de 8 ou plus.

2.3 Joueurs pathologiques probables

Les joueurs pathologiques probables affichent une stabilité dans la gravité des problèmes de jeu au cours des 26 mois de l'étude (figure 7). En effet, parmi les 17 joueurs pathologiques probables, plus de la moitié (10/17) est demeurée des joueurs pathologiques probables (JPP) 12 et 24 mois ultérieurement alors que plus du tiers est devenu des joueurs à risque modéré (JRM) lors des deux suivis.

Finalement, on note qu'un seul joueur pathologique probable qui est devenu joueur sans problème (JSP) 12 mois plus tard et joueur à faible risque (JFR) 24 mois plus tard.

Figure 7.
Mobilité individuelle des joueurs pathologiques probables



Note. Joueurs sans problème (JSP) = Score de 0 à l'ICJE; Joueurs à faible risque (JFR) = Score de 1 ou 2; Joueurs à risque modéré (JRM) = Score de 3 à 7; Joueurs pathologiques probables (JPP) = Score de 8 ou plus.

CONCLUSIONS

L'étude des trajectoires individuelles selon la gravité des problèmes de JHA évaluée par l'*Indice canadien de jeu excessif (ICJE)* montre une plus grande stabilité parmi les joueurs sans problème, ainsi que parmi les joueurs pathologiques probables qui tendent à maintenir le même niveau de gravité des problèmes de jeu à travers le temps. Néanmoins, l'analyse des trajectoires montre des entrées et des sorties plus

fréquentes dans la catégorie des joueurs à risque modéré. Les joueurs à risque modéré bougent dans les deux directions et sont constitués d'un groupe hétérogène. Cette catégorie capte en réalité un ensemble hétérogène de joueurs englobant à la fois d'anciens joueurs pathologiques qui demeurent vulnérables, des joueurs à risque stabilisés et des joueurs chez qui on remarque l'apparition récente de problèmes qui pourraient devenir plus ou moins sévères.

La trajectoire des problèmes de JHA évoluent dans le temps. De manière globale, on note une amélioration générale. Cependant, un regard posé de plus près sur chaque trajectoire individuelle révèle qu'il existe un gradient dans la gravité des problèmes de JHA dans l'ensemble de joueurs, notamment dans la catégorie intermédiaire de joueurs à risque modéré. Ce sont en particulier ces derniers, ceux devenant plus sévères, qui demandent notre attention dans les campagnes de prévention.

RÉFÉRENCES

1. Vaillant, G. E., Clark, W., Cyrus, C., Milofsky, E. S., Kopp, J., Wulsin, V., & Mogielnick, N. P. (1983). The natural history of alcoholism: an eight year follow-up. *American Journal of Medicine*, 75, 455-466.
2. Raina et al. (2009). L'étude longitudinale canadienne sur le vieillissement. *La Revue Canadienne du Vieillissement*, 28(03), 221-229.
3. Abbott, M. W., & Clarke, D. (2008). Prospective problem gambling research: Contribution and potential. *International Gambling Studies*, 7(1), 123-144.
4. Laplante, D.A., Nelson, S.E., LaBrie, R.A., & Shaffer, H.J. (2008). Stability and progression of disordered gambling: Lessons from longitudinal studies. *La Revue Canadienne de Psychiatrie*, 53(1), 52-60.
5. el-Guebaly, N., Casey, D.M., Hodgins, D.C., Smith, G.J., Williams, R.J., Schopflocher, D.P., Wood, R.T. (2008). Designing a longitudinal cohort study of gambling in Alberta: Rationale, method, and challenges. *Journal of Gambling Studies*, 24(4), 479-504.
6. Slutske, W. (2007). Longitudinal studies of gambling behavior. Dans Smith G, Hodgins DC, & Williams R. (eds.). *Research and Measurement Issues in Gambling Studies* (pp. 127-254). New York: Elsevier.
7. Wiebe, J., Single, E., & Falkowski-Ham, A. (2003). *Exploring the evolution of problem gambling: a one year follow-up study*. En ligne sur le site du Responsible Gambling Council Toronto, Ontario : http://www.responsiblegambling.com/articles/exploring_the_evolution_problem_gambling_a_one_year.pdf

8. Wiebe, J., Maitland, S. B., Hodgins, D. C., Davey, A., & Gottlieb, B. (2009). Transitions and stability of problem gambling behaviours. En ligne sur le site de l'Addiction Foundation of Manitoba:

<http://www.afm.mb.ca/About%20AFM/documents/TransitionsandStabilityofProblemGamblingBehaviours.pdf>
9. Abbott, M.W., Williams, M.M., & Volberg, R.A. (2004). A prospective study of problem and regular nonproblem gamblers living in the community. *Substance Use & Misuse*, 39(6), 855-884.
10. Risbeck, M., & Romild, U. (2010). SWELOGS—A population study on gambling and health 2008/09. *International Gambling conference—Gambling in the 21st century: The implications of technology for policy, practice and research*. Auckland, New Zealand.
11. Blaszczynski, A., McConaghy, N., & Frankova, A. (1991). Control versus abstinence in the treatment of pathological gambling: a two to nine year follow-up. *British Journal of Addictions*, 86, 299–306.
12. Danon, P. N., Lowengrub, K., Musin, E., Gonopolsky, Y., & Kotler, M. (2007). 12-month follow-up study of drug treatment in pathological gamblers: A primary outcome study. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 27(6), 620-624.
13. Hodgins, D. C., & el-Guebaly, N. (2004). Retrospective and prospective reports of precipitants to relapse in pathological gambling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(1), 72.

14. McCormick, R. A., & Taber, J. I. (1991). Follow-up of male pathological gamblers after treatment: the relationship of intellectual variables to relapse. *Journal of Gambling Studies, 7*(2), 99-108.
15. DeFuentes, Merillas, L., Koeter, M. W., Schippers, G. M., & Van Den Brink, W. (2004). Temporal stability of pathological scratchcard gambling among adult scratchcard buyers two years later. *Addiction, 99*(1), 117-127.
16. LaBrie, R. A., LaPlante, D. A., Nelson, S. E., Schumann, A., Shaffer, H. J. (2007). Assessing the playing field: A prospective longitudinal study of Internet sports gambling behavior. *Journal of Gambling Studies, 23*, 347–362.
17. Ladouceur, R., Sylvain C., & Gosselin, P. (2007). Self-exclusion program: A longitudinal evaluation study. *Journal of Gambling Studies, 23*(1), 85-94.
18. Slutske, W. S., Jackson, K. M., & Sher, K. J. (2003). The natural history of problem gambling from age 18 to 29. *Journal of Abnormal Psychology, 112*(2), 263.
19. Scherrer, J. F., Slutske, W. S., Xian, H., Waterman, B., Shah, K. R., Volberg, R., & Eisen, S. A. (2007). Factors associated with pathological gambling at 10-year follow-up in a national sample of middle-aged men. *Addiction, 102*(6), 970-978.
20. Shaffer, H. J., & Hall, M. N. (2002). The natural history of gambling and drinking problems among casino employees. *The Journal of Social Psychology, 142*(4), 405-424.
21. Slutske, W. S. (2006). Natural recovery and treatment-seeking in pathological gambling: Results of two US national surveys. *American Journal of Psychiatry, 163*(2), 297-302.

22. Ferris, J., Wynne, H., Ladouceur, R., Stinchfield, R., & Turner, N. (2001). *L'Indice Canadien du Jeu Excessif, Rapport final*. Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies. En ligne: <http://www.ccsa.ca/2003%20and%20earlier%20CCSA%20Documents/ccsa-010082-2001.pdf>
23. Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T. F., & Grant, M. (1993). Development of the Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption II. *Addiction, 88*(6), 791-804.
24. Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B., & Monteiro, M. G. (2001). *The Alcohol Use Disorder Identification Test. Guidelines for use in primary care, 2*. Genève: OMS.
25. Reinert, D. F., & Allen, J. P. (2002). The Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT): a review of recent research. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 26*(2), 272-279.
26. Meadows, G., Harvey, C., Fossey, & Burgess, P. (2000). Assessing perceived need for mental health care in a community survey: development of the Perceived Need for Care Questionnaire (PNCQ). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 35*, 427-435.
27. Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of psychosomatic research, 11*(2), 213-218.