

Rapport de recherche

PROGRAMME ACTIONS CONCERTÉES

Jeu me questionne : bonification et validation scientifique

Chercheuse principale

Isabelle Giroux, Université Laval

Cochercheurs

Robert Ladouceur, Université Laval

Hélène Simoneau, Centre de réadaptation en dépendance de Montréal – Institut universitaire

Établissement gestionnaire de la subvention

Université Laval

Numéro du projet de recherche

2012-JU-164278

Titre de l'Action concertée

Impacts socioéconomiques des jeux de hasard et d'argent, phase 5

Le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)
et le Fonds de recherche du Québec - Société et culture (FRQSC)

REMERCIEMENTS

Les auteurs tiennent à remercier les doctorants en psychologie ainsi que les assistants de recherche au baccalauréat en psychologie du Centre québécois d'excellence pour la prévention et le traitement du jeu (CQEPTJ). Nous tenons à souligner le travail réalisé par Karina Côté, professionnelle de recherche, et à remercier Patricia-Maude Fournier, instigatrice du programme original. Nous tenons également à remercier David Émond pour son support lors de l'analyse des données. Cette étude aurait été impossible à réaliser sans la générosité de nos participants. Un grand merci pour leur disponibilité, leur ouverture et leur sens du partage. Merci à nos partenaires cliniques, dont la collaboration a facilité cette recherche à toutes les étapes de sa réalisation.

La présente recherche a bénéficié d'une subvention du Fonds de recherche du Québec –Société et culture en partenariat avec le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

RÉFÉRENCE SUGGÉRÉE :

Giroux, I., Boudreault, C., Faucher-Gravel, A., Goulet, A., Ladouceur, R., Simoneau, H., & Jacques, C. (2015). Jeu me questionne : bonification et validation scientifique. Québec, Université Laval.

Ce rapport vulgarisé est disponible en version électronique sur les sites Internet du CQEPTJ (<http://gambling.psy.ulaval.ca>) et du Fonds de recherche du Québec –Société et culture (<http://www.frqsc.gouv.qc.ca>). Reproduction autorisée à des fins non commerciales à la condition d'en mentionner la source.

© Université Laval (2015)

TABLE DES MATIÈRES

PARTIE A – CONTEXTE DE LA RECHERCHE	4
Objectifs de la phase 1- Bonification du programme <i>JEu me</i> questionne, de la phase 2- Exploration des moyens pour favoriser l'utilisation des ressources d'aide et de la phase 3- Évaluation de l'efficacité de <i>JEu me</i> questionne	8
PARTIE B – PISTES DE SOLUTION, RETOMBÉES ET IMPLICATIONS.....	10
PARTIE C – MÉTHODOLOGIE	16
Phase 1.....	16
Phase 2.....	16
Protocole de recherche.....	16
Participants	16
Procédure.....	17
Analyses qualitatives.....	18
Phase 3.....	18
Protocole de recherche.....	18
Participants	19
Procédure.....	20
Analyses	20
PARTIE D – RÉSULTATS	22
Phase 1.....	22
Phase 2.....	22
Phase 3.....	26
Contribution des travaux en termes d'avancement des connaissances	29
PARTIE E – PISTES DE RECHERCHE.....	31
PARTIE F – RÉFÉRENCES ET BIBLIOGRAPHIE.....	32
FIGURE ET TABLEAUX	38

PARTIE A – CONTEXTE DE LA RECHERCHE

La participation aux jeux de hasard et d'argent (JHA), bien qu'occasionnelle et dépourvue d'effets néfastes pour la majorité des gens, peut devenir problématique pour certaines personnes. Le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, cinquième édition* (DSM-5) définit le jeu d'argent pathologique comme un trouble addictif caractérisé par une pratique inadaptée, persistante et répétée du jeu qui perturbe le fonctionnement ou cause une souffrance significative (American Psychiatric Association [APA], 2013). Quatre critères et plus doivent être endossés pour rencontrer le seuil diagnostique du jeu pathologique selon le DSM-5, et les symptômes ne doivent pas être mieux expliqués par une phase maniaque. Selon l'évolution et la gravité des problèmes de jeu, un joueur peut être considéré à risque ou pathologique (souvent regroupés sous l'appellation joueurs problématiques). Sans rencontrer le seuil clinique de jeu pathologique, les joueurs à risque vivent néanmoins des conséquences de leurs habitudes de jeu (Raylu & Oei, 2002). Au Québec, 1,4 % de la population adulte présenterait un risque modéré de développer un problème de jeu alors que 0,4 % afficherait un problème de jeu pathologique probable (Kairouz & Nadeau, 2014).

Bien que des habitudes de jeu excessives aux JHA perturbent le fonctionnement et la santé psychologique (Raylu & Oei, 2002), une faible proportion des joueurs à risque et pathologiques se tournent vers une ressource d'aide formelle pour diminuer leurs habitudes de jeu ou cesser de jouer. Seulement 29 % des joueurs pathologiques interrogés dans un sondage canadien révèlent avoir eu recours à une forme de traitement formel pour leur

problème de jeu alors que chez les joueurs à risque, ce pourcentage n'est que de 12 % (Suurvali et al., 2008). Parmi les joueurs problématiques qui débutent une thérapie, environ 31 % abandonnent en cours de route (Melville, Casey & Kavanagh, 2007).

Plusieurs études documentent de manière systématique la honte du problème de jeu, le désir de s'en sortir par soi-même et des préoccupations concernant l'accessibilité et le déroulement des thérapies comme les principaux facteurs identifiés par les joueurs pour expliquer la faible utilisation des ressources (Evans & Delfabbro, 2005; Gainsbury et al., 2014; Pulford et al., 2009; Suurvali et al., 2009; Tavares et al., 2002). À l'inverse, la motivation à consulter serait davantage précipitée par la détresse psychologique élevée et une sérieuse dégradation des finances (Evans & Delfabbro, 2005; Suurvali et al., 2010). L'augmentation de la gravité du problème de jeu est d'ailleurs associée à une plus grande probabilité d'utiliser les ressources d'aide (Slutske, 2006; Suurvali et al., 2008). Une démarche de consultation préventive permettrait pourtant de contenir l'aggravation des problèmes de jeu (Evans & Delfabbro, 2005).

Dans la perspective de favoriser la consultation et la rétention en traitement, un engouement entoure le développement de traitements auto-administrés (TAA) qui comprennent un contact minimal avec un intervenant et un manuel d'auto-traitement ou, encore, des modules à compléter sur Internet. Cette modalité répond d'ailleurs à certaines préoccupations des joueurs envers la confidentialité ou leur désir d'autonomie (Mains & Scogin, 2003; Raylu, Oei, & Loo, 2008). Par sa formule conviviale et simple, un TAA

peut s'avérer plus attrayant qu'un traitement conventionnel aux yeux des joueurs à risque et permettre ainsi d'intervenir auprès de ceux-ci de manière préventive (Raylu et al., 2008).

Les motivations et les obstacles à consulter pour un problème de jeu, bien que clairement documentés (Evans & Delfabbro, 2005; Pulford et al., 2009; Suurvali et al., 2009; Tavares et al., 2002), sont généralement rapportés sans distinction envers les différentes modalités de traitement. Dans un contexte où le développement des TAA survient en réponse à la faible utilisation des ressources, quels paramètres, du point de vue des joueurs, pourraient favoriser une consultation moins tardive et l'utilisation d'un TAA? Les joueurs perçoivent-ils des obstacles ou des motivations spécifiques à ce type d'intervention? Les résultats des études portant sur l'impact des campagnes publicitaires de prévention ou de promotion des services pour les problèmes de jeu demeurent éparses et contradictoires (Calderwood & Wellington, 2015; Najavits et al., 2003). Les connaissances sur les canaux de communications et les types de messages publicitaires à privilégier pour favoriser l'utilisation des TAA gagneraient donc à être clarifiées.

Les études évaluant les impacts thérapeutiques de différents TAA suggèrent que ce type d'intervention réduit la gravité des problèmes de jeu et les habitudes de jeu (Carlbring & Smit, 2008; Hodgins et al., 2001; Hodgins et al., 2009; Ladouceur et al., 2015). À ce jour, les interventions auto-administrées appliquées au jeu ont été conçues et validées dans des milieux anglophones (Hodgins et al., 2001, 2004, 2009; Petry et al., 2006) ou

scandinaves (Carlbring & Smit, 2008; Carlbring et al., 2012; Castren et al., 2013).

Un programme de traitement semi-autonome intitulé «*JEu me questionne*» (JMQ) comportant deux entretiens de type motivationnel et un manuel d'auto-traitement a donc été mis sur pied (Ladouceur et al., 2011) afin de vérifier la faisabilité et les impacts thérapeutiques d'une telle modalité de traitement au Québec. Les résultats indiquent une diminution significative du nombre de critères diagnostiques du jeu pathologique selon le DSM-IV (APA, 1994) et du temps passé au jeu se maintenant jusqu'à six mois après l'intervention chez les 32 joueurs à risque et pathologiques ayant complété le programme (Ladouceur et al., 2015). Les participants rapportent également un niveau de satisfaction élevé envers les composantes du programme (Ladouceur et al., 2015).

Ces résultats, bien que prometteurs, nécessitent d'être répliqués dans une étude rigoureuse incluant un groupe de comparaison avant d'envisager l'implantation du programme à plus large échelle. Afin de favoriser la rétention des participants dans le traitement et de soutenir davantage leur démarche (Hodgins et al., 2009; Wulfert, Blanchard & Martell, 2003), une troisième entrevue de type motivationnel est ajoutée au programme original.

Cette recherche comporte trois phases. La première vise à produire une version bonifiée du manuel JMQ, en s'inspirant des suggestions et commentaires émis par les participants lors de l'étude de faisabilité du programme (Ladouceur et al., 2015). La seconde phase explore les motivations et obstacles des joueurs à utiliser un TAA, les solutions possibles

aux obstacles, et les stratégies publicitaires à préconiser pour proposer le programme JMQ. Enfin, la troisième phase consiste à évaluer l'efficacité du programme JMQ à réduire la gravité des problèmes de jeu et des variables-clés associées.

OBJECTIFS

PHASE 1 - Bonification du programme *JEu me questionne*

La première phase consiste à effectuer une mise à niveau du programme JMQ en apportant des modifications au manuel d'auto-traitement en fonction des commentaires et suggestions recueillis auprès des joueurs lors de l'étude de faisabilité de Ladouceur et al. (2015).

PHASE 2 – Exploration des moyens pour favoriser l'utilisation des ressources d'aide

Par le biais de deux groupes de discussion tenus auprès de joueurs qui ont suivi un traitement pour le jeu et de joueurs n'ayant jamais consulté pour un problème de jeu, la deuxième phase vise à 1) déterminer les déclencheurs qui pourraient amener les joueurs à consulter plus tôt, avant la survenue de graves problèmes; 2) identifier les motivations et les obstacles à participer à un programme tel JMQ; 3) recueillir le point de vue des joueurs quant aux éléments nuisibles et désirables à inclure dans une publicité proposant un traitement comme JMQ et 4) identifier les canaux de communication à privilégier pour diffuser l'information sur les ressources.

PHASE 3 – Évaluation de l'efficacité de *JEu me questionne*

La troisième phase vise à évaluer l'efficacité du programme JMQ en comparant un groupe recevant l'intervention à un groupe contrôle de type liste

d'attente. Il est postulé qu'en comparaison au groupe contrôle, après une période de 11 semaines, le groupe recevant JMQ présentera une réduction significative du nombre de critères diagnostiques du jeu pathologique selon le DSM-5 (APA, 2013), des habitudes de jeu (montants d'argent, fréquence, temps) et des conséquences négatives associées au jeu. Les participants du groupe recevant JMQ présenteront également une amélioration significative de leur perception d'efficacité personnelle (PEP) et de leur satisfaction de vie au terme du programme. Les gains thérapeutiques observés auprès du groupe recevant JMQ après une période de 11 semaines se maintiendront lors des mesures de suivis effectuées un et six mois plus tard.

PARTIE B – PISTES DE SOLUTION EN LIEN AVEC LES RÉSULTATS, RETOMBÉES ET IMPLICATIONS DE VOS TRAVAUX¹

1. À quels types d'auditoire (décideurs, gestionnaires, intervenants, autres) s'adressent vos travaux?

Nos travaux sont pertinents pour les intervenants qui travaillent auprès des joueurs à risque et pathologiques. Les résultats de cette recherche se destinent également aux gestionnaires et décideurs qui obtiendront plus d'informations sur l'efficacité du programme «*JEu me questionne*» (JMQ) et les moyens à privilégier pour la rendre accessible à plus large échelle. Enfin, nos travaux profiteront aux autres chercheurs en bonifiant l'état des connaissances sur les interventions efficaces pour les problèmes de jeu.

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

Le développement de traitements psychologiques nécessite impérativement de procéder à leur validation de manière rigoureuse afin de confirmer les bénéfices anticipés et de s'assurer qu'aucun effet délétère n'en découle. L'évaluation du programme JMQ s'inscrit dans une perspective d'offre de services basés sur les données probantes, en mettant de l'avant une formule d'intervention simple et efficace. Au terme d'une période de cheminement de 11 semaines, les joueurs ayant pris part au programme présentent une réduction significative du nombre de critères diagnostiques du jeu pathologique, de leurs habitudes de jeu et des conséquences négatives

¹ La phase 1 visant à bonifier le contenu du programme pour en faire ensuite sa validation, les retombées sont imbriquées avec la phase 3. Puisque les phases 2 et 3 ont été réalisées parallèlement, les retombées de chaque phase sont présentées de manière intégrée pour favoriser la clarté et la cohérence du texte plutôt que suivant l'ordre numérique des phases.

associées aux problèmes de jeu, en comparaison aux joueurs en attente pour lesquels aucune amélioration n'est observée. La PEP et la satisfaction de vie augmentent également pour les joueurs recevant l'intervention. Les gains thérapeutiques immédiats engendrés par JMQ persistent un et six mois plus tard. Ces informations s'avèrent cruciales pour les décideurs et gestionnaires dans la perspective où le programme s'ajouterait à l'offre de services destinés aux joueurs.

L'étude d'efficacité de JMQ ayant été effectuée à la fois auprès de joueurs à risque et pathologiques, les résultats suggèrent que l'intervention convient à ces deux clientèles. JMQ semble détenir des caractéristiques attrayantes pour les joueurs à risque et a le potentiel de combler un manque pour cette clientèle pour laquelle aucune autre ressource n'est destinée spécifiquement. De surcroît, les joueurs pathologiques sont également parvenus à réduire significativement leurs habitudes de jeu, ce qui suggère que le TAA peut offrir un encadrement suffisant pour les individus présentant un problème de jeu plus grave.

Dans le même ordre d'idées, les résultats recueillis lors des groupes de discussion (phase 2) soutiennent l'intérêt des joueurs envers un TAA et renseignent sur les conditions optimales, du point de vue des joueurs, de son utilisation, ce qui s'avère d'utilité pour les intervenants et les gestionnaires. Les joueurs nomment l'importance de pouvoir se confier en toute confidentialité et de travailler avec le même intervenant tout au long du programme afin de préserver la relation de confiance.

Considérant les bénéfices de JMQ et l'appréciation de la clientèle, des stratégies devraient être envisagées par les décideurs pour implanter le programme et le faire connaître auprès des joueurs. Par exemple, diffuser de l'information précise sur les caractéristiques du programme, tel que proposé par les joueurs lors de la phase 2, afin de démystifier l'approche, pourrait avoir comme effet d'instiguer l'espoir et la confiance envers la ressource.

Enfin, de manière distinctive aux autres travaux de recherche étudiant les obstacles et motivations au traitement, les témoignages des participants de la phase 2 permettent de dégager des pistes de solutions afin de mieux rejoindre les joueurs, ce qui s'avère particulièrement utile dans un contexte de prévention. Dans une perspective préventive, les gestionnaires et décideurs pourraient soutenir les efforts en recherche visant à étudier l'effet de différents types de messages publicitaires sur la volonté et l'intérêt des joueurs à consulter, notamment les effets de publicités évocatrices, montrant les effets délétères du jeu.

3. Quelles sont les retombées immédiates ou prévues de vos travaux sur les plans social, économique, politique, culturel ou technologique?

Cette recherche fournit des retombées concrètes en ce qui concerne l'offre de services d'aide psychologique destinés aux joueurs à risque et pathologiques. En effet, les résultats de l'étude d'efficacité (phase 3) mettent en évidence que le programme JMQ permet de réduire les habitudes de jeu et la gravité des problèmes de jeu jusqu'à six mois après l'intervention, ce qui en fait une ressource éprouvée au plan empirique. Cette étape de validation répond à des préoccupations sociales et économiques en fournissant des

indices clairs des bienfaits du programme avec une méthodologie rigoureuse, ce qui s'avère crucial pour une éventuelle implantation du programme au Québec. Par ailleurs, les résultats de la phase 2 renseignent sur les types de messages publicitaires à étudier davantage afin de rejoindre les joueurs en difficulté, ce qui marque une première étape dans l'approfondissement des connaissances sur cet enjeu qui a été peu étudié auparavant. Les résultats de la phase 2 pourront ainsi permettre de promouvoir le programme JMQ, en cohérence avec les besoins et suggestions des joueurs eux-mêmes.

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

D'abord, bien que l'utilisation d'un devis qualitatif pour répondre aux objectifs de la phase 2 présente plusieurs avantages, dont la possibilité d'avoir accès à un éventail d'opinions et de suggestions, l'analyse thématique de contenu qualitatif demeure sujette à un certain degré de subjectivité. L'entente interjuge sur les thèmes identifiés a toutefois permis de réduire cette subjectivité. Notons aussi que certains thèmes pourraient s'avérer importants pour les joueurs, mais ne pas avoir émergé des discussions. Seule une étude quantitative permettrait de vérifier l'importance de chacun des thèmes pour les joueurs.

Concernant l'évaluation de l'efficacité du programme JMQ (phase 3), mentionnons que l'échantillon de joueurs ($N = 62$) présentait à 82,3 % un diagnostic de jeu pathologique selon les critères du DSM-5 (APA, 2013). Les joueurs à risque et pathologiques ne sont donc pas représentés de manière proportionnelle, ce qui restreint la généralisation des résultats aux joueurs

avec une problématique moins grave. Néanmoins, les résultats témoignent d'une amélioration significative chez l'ensemble des participants. Il est à noter qu'une évaluation de suivi est également effectuée 12 mois suivant la fin du programme auprès des participants, mais puisque la cueillette de données pour ce temps de mesure est toujours en cours au moment de la conclusion du projet de recherche, les résultats associés à cette évaluation ne peuvent figurer dans le présent rapport.

5. Quels seraient les messages clés à formuler selon les types d'auditoire visés?

Le programme JMQ est le premier TAA sur le jeu validé au Québec. Ce faisant, les gestionnaires et décideurs seront appelés à considérer ces résultats dans la perspective de le rendre accessible à la clientèle visée. Pour les intervenants, ceci signifie qu'une ressource permettant aux joueurs de cheminer principalement de manière autonome peut produire des gains thérapeutiques significatifs. De surcroît, à la lumière des résultats émergents des groupes de discussion, il semble que le contact avec l'intervenant dans cette approche demeure très important, et qu'une emphase doit être placée sur la création d'un lien de confiance, même à distance.

Les résultats suggèrent que le programme JMQ est efficace, ce qui contribue au bassin de connaissances sur les TAA. Les partenaires de l'Action concertée verront dans les résultats de la phase 2 des pistes concrètes pour rejoindre les joueurs et les amener à considérer les ressources d'aide. Il ne reste qu'à les étudier. Les chercheurs pourraient donc s'attarder aux façons de faire connaître le programme et aux messages publicitaires utilisés pour

sensibiliser les joueurs et favoriser les démarches d'aide, à travers des études quantitatives.

6. Quelles seraient les principales pistes de solution selon les types d'auditoire visés?

L'implantation du programme JMQ constitue une prochaine étape à considérer par les décideurs et gestionnaires. Pour les intervenants, les réflexions des joueurs lors des groupes de discussion témoignent de la complexité du processus de reconnaissance du problème de jeu, ce qui suggère l'importance d'être sensibles à ce cheminement.

Certaines solutions de niveau sociétal ont été mises de l'avant lors des groupes de discussion pour prévenir les problèmes de jeu et augmenter l'utilisation des ressources d'aide, ce qui s'adresse directement aux décideurs en charge d'élaborer des programmes de prévention et des campagnes de sensibilisation. Éduquer la population générale et diversifier les canaux de diffusion des publicités de traitement au cours d'une même campagne de promotion des ressources figurent parmi les solutions identifiées. Pour les chercheurs, les résultats ouvrent de nouvelles pistes de recherche, notamment en ce qui concerne les impacts de différents messages publicitaires proposant des traitements pour les problèmes de jeu.

PARTIE C – MÉTHODOLOGIE

Phase 1 – Bonification du programme *JEu* me questionne

La phase 1 a été complétée préalablement aux deux autres phases afin de bonifier le manuel. Pour ce faire, les témoignages et suggestions recueillis lors de l'étude de faisabilité de JMQ (Ladouceur et al., 2011) ont été compilés. Des modifications ont ensuite été apportées au niveau du contenu et de la présentation visuelle du manuel. Ces changements ont été révisés lors de réunions avec les membres de l'équipe de recherche. Le manuel amélioré a ensuite fait l'objet de plusieurs relectures afin d'en arriver à une version finale pour l'expérimentation de la phase 3.

Phase 2 – Exploration des moyens pour favoriser l'utilisation des ressources d'aide

Protocole de recherche

Les données ont été recueillies par le biais d'un devis qualitatif en réalisant deux entretiens de groupe: un entretien avec un groupe de joueurs n'ayant jamais consulté pour un problème de jeu et un entretien avec un groupe de joueurs ayant récemment suivi un traitement pour le jeu. L'étude des deux catégories de participants permet d'obtenir un éventail plus large de réponses, puisque les perceptions des joueurs peuvent varier en fonction qu'ils soient ou non des utilisateurs de ressources d'aide pour le jeu (Hodgins et al., 2002; Marotta, 1999; Nett & Schatzmann, 2005).

Participants

Afin de recruter des joueurs n'ayant jamais consulté pour un problème de jeu, une publicité a été publiée dans le Journal de Québec. Les joueurs

ayant suivi un traitement pour un problème de jeu ont été recrutés par le biais du Centre Casa. Pour être admissibles à l'étude, les participants devaient : (a) être âgés de 18 ans et plus, (b) être joueurs à risque modéré ou pathologiques probables, tel qu'indiqué par un score de 3 ou plus à l'Indice de gravité du jeu problématique (IGJP; Ferris & Wynne, 2001), (c) avoir des habiletés minimales en lecture de la langue française et (d) être en mesure de comprendre et de parler la langue française. Pour le groupe de joueurs ayant suivi un traitement, le problème de jeu devait être à l'avant-plan de la consultation.

En ce qui concerne les joueurs n'ayant jamais consulté, 20 personnes ont pris contact afin d'obtenir des informations sur l'étude et neuf d'entre elles ont participé à l'entretien de groupe. Pour former le groupe de joueurs ayant consulté, des intervenants du Centre Casa ont référé sept personnes potentiellement admissibles aux responsables de l'étude. De ces personnes, cinq ont accepté de participer et se sont présentées à l'entretien de groupe. Le tableau 1 présente les caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon total ($N= 14$).

Procédure

Pour conduire les entretiens de groupe, un guide d'animation présentant le déroulement des entretiens ainsi que les questions à poser aux participants a été élaboré. Trois grands thèmes ont été discutés : (1) les déclencheurs, les motivations et les obstacles influençant la décision de débiter un traitement, (2) les publicités sur le traitement du jeu, et (3) les moyens de communication à privilégier pour rejoindre les joueurs.

Analyses qualitatives

L'audio des groupes de discussion a été transcrit pour analyses en format Word par deux assistants de recherche au baccalauréat. Les analyses qualitatives ont été réalisées à l'aide du logiciel QDA Miner. L'analyse des données est effectuée en suivant les quatre étapes suivantes, telles qu'énoncées par Blais et Martineau (2006) : (1) préparer les données brutes, (2) procéder à une lecture approfondie du matériel, (3) procéder à l'identification et à la description des premières catégories et (4) poursuivre la révision et le raffinement des catégories. Les catégories (ou thèmes) sont regroupées dans un guide d'analyse, dans lequel chacune des catégories est décrite et illustrée à l'aide d'exemples. Afin d'augmenter la rigueur de l'analyse des données, une procédure d'accord interjuges a été effectuée. Le guide d'analyse et le codage des segments de texte par l'étudiante et l'assistant de recherche ont été révisés et raffinés jusqu'à l'atteinte d'un accord interjuges final de 99,7 % (alpha de Krippendorff = 0,87). Pour plus d'informations sur la méthodologie de la phase 2, voir le mémoire doctoral d'Andréanne Faucher-Gravel (2015).

Phase 3 – Évaluation de l'efficacité de *JEu me questionne*

Protocole de recherche

Cette phase a été réalisée selon les principes d'un essai clinique randomisé incluant un groupe recevant le programme de traitement auto-administré (groupe traitement) et un groupe contrôle de type liste d'attente (groupe contrôle) afin de statuer sur l'efficacité du programme. À l'aide du logiciel MinimPy (Saghaei & Saghaei, 2011), les participants ont été assignés

en fonction du genre et du nombre de critères diagnostiques du jeu pathologique rencontrés selon le DSM-IV (APA, 1994)² dans l'objectif d'obtenir des groupes équivalents pour ces variables. Cette précaution visait à assurer une bonne validité interne au protocole.

Participants

Au total, 138 personnes ont pris part à un premier contact téléphonique visant à déterminer leur admissibilité à l'étude. De celles-ci, 62 ont été recrutées et assignées au groupe traitement ($n = 31$) et au groupe contrôle ($n = 31$). Le recrutement a été effectué par le biais d'annonces publicitaires diffusées dans les journaux, sur le réseau social Facebook, auprès d'organismes communautaires, des membres de l'Association des centres de traitement des dépendances du Québec, de l'Ordre des psychologues du Québec et sur le site web de Loto-Québec. Des participants à des projets de recherche antérieurs ou actuels du centre de recherche et ayant accepté d'être contactés pour d'autres études se sont également vus offrir le programme. La figure 1 détaille la répartition des participants à chaque étape du protocole.

Afin d'être admissibles, les participants devaient: (a) être âgés de 18 ans et plus, (b) obtenir un score de 2 ou plus correspondant, minimalement, à un jeu à risque selon l'IGJP (Ferris & Wynne, 2001), (c) désirer diminuer leurs habitudes de jeu, (d) ne pas suivre d'autre thérapie pour le jeu, (e) ne pas démontrer de signes d'intentions suicidaires, (f) désirer lire un manuel et compléter des exercices (c.-à-d. posséder une compréhension suffisante de la langue française), et (g) accepter la possibilité de se retrouver dans le groupe

² Au moment de débiter l'assignation des participants, le DSM-IV (APA, 1994) était en vigueur. L'assignation des participants a donc dû être complétée en fonction du score obtenu selon cette version du DSM.

de type liste d'attente. Le tableau 2 présente les caractéristiques sociodémographiques et descriptives des participants.

Procédure

La collecte de données a été effectuée par le biais d'évaluations téléphoniques au cours desquelles les variables dépendantes suivantes ont été recueillies: nombre de critères diagnostiques du jeu pathologique selon le DSM-5 (APA, 2013), temps passé au jeu, argent dépensé au jeu, fréquence de jeu, perception d'efficacité personnelle, conséquences négatives associées au jeu, satisfaction de vie, symptômes dépressifs, symptômes anxieux et gravité de la consommation d'alcool.

Les deux groupes ont pris part à une évaluation initiale. Les participants du groupe traitement ont débuté JMQ en réalisant une première entrevue motivationnelle au téléphone, à la suite de laquelle le manuel leur a été posté. Deux autres entrevues motivationnelles ont été réalisées trois et huit semaines plus tard. Les participants du groupe contrôle ont reçu de courts appels sans composante motivationnelle aux mêmes intervalles de temps. Une évaluation a été réalisée après une période de 11 semaines auprès des deux groupes. La période de 11 semaines établie entre les deux premières évaluations correspond au temps suggéré pour compléter le manuel, bien que les participants ne soient pas tenus de l'avoir terminé dans ce délai. Les participants du groupe traitement ont complété des évaluations de suivi un et six mois après l'évaluation de 11 semaines. Tous les participants du groupe contrôle ont ensuite reçu le programme.

Analyses

Des analyses de la variance à mesures répétées selon un modèle linéaire mixte ont été réalisées sur l'ensemble des variables dépendantes. Cependant, par souci de concision, seuls les résultats concernant les principales variables à l'étude seront rapportées ici, soit le nombre de critères diagnostiques du jeu pathologique, les habitudes de jeu (temps passé au jeu, argent dépensé, fréquence de jeu) et la PEP.

Afin de vérifier l'impact du programme sur les variables, une première série d'analyses a été effectuée en considérant un effet du groupe (contrôle et traitement), du temps (évaluation initiale et de 11 semaines) et de l'interaction entre le groupe et le temps. Le seuil de signification alpha est fixé à 5 % pour les effets principaux et une correction de Bonferroni est appliquée pour les comparaisons multiples effectuées a posteriori ($0,05/4 = 0,013$). Une seconde série d'analyses de la variance à mesures répétées a été effectuée pour vérifier la présence de différences sur les variables d'intérêt entre l'évaluation de 11 semaines et les suivis un et six mois. Une correction de Bonferroni a été appliquée pour les comparaisons entre les temps de mesure ($0,05/6 = 0,0083$). Les données présentées dans la section résultats correspondent aux moyennes de moindres carrés (Least Square Means; *LSM*) et leurs erreurs standards (*ES*) obtenues par le biais d'analyses de la variance à mesures répétées selon un modèle linéaire mixte. Afin de quantifier le contenu des questions ouvertes portant sur la satisfaction envers le programme, des codes ont été attribués au contenu afin de dégager la

fréquence des thèmes rapportés. Pour plus d'informations sur la méthodologie de la phase 3 et les analyses, voir la thèse de Catherine Boudreault (2015).

PARTIE D – RÉSULTATS PRINCIPAUX

Phase 1 – Bonification du programme JEu me questionne

La phase 1 consistait à bonifier le manuel d'auto-traitement et ne comporte donc pas de collecte de données ou de résultats empiriques.

Phase 2 – Exploration des moyens pour favoriser l'utilisation des ressources d'aide

1. Quels sont les principaux résultats obtenus?

Déclencheurs susceptibles de favoriser une demande d'aide précoce

Les participants suggèrent de bien expliquer à la population ce qu'est un problème de jeu, de souligner qu'il peut survenir chez n'importe quel individu, ce qui pourrait avoir un effet bénéfique au niveau de la honte et de la stigmatisation. Selon eux, la reconnaissance des premiers signes du problème de jeu est une étape à franchir pour faciliter la consultation, mais représente un processus complexe puisqu'il est difficile de délimiter ce qui constitue des habitudes de jeu problématiques et que des variables individuelles peuvent retarder cette étape (p.ex. orgueil, s'en sortir grâce à un gain).

Les joueurs n'ayant jamais consulté mentionnent que d'entendre l'expérience de ce qui a été aidant pour d'anciens joueurs afin d'arrêter de jouer pourrait favoriser le lien de confiance et mener à la consultation. Être rejoint par les intervenants directement dans les établissements de jeu pourrait aussi favoriser la prise de conscience et représenter une occasion de recevoir de la documentation.

TAA : Motifs et obstacles menant à la demande d'aide

Lorsque questionnés sur les motifs susceptibles de mener à l'utilisation d'un TAA tel que JMQ, les joueurs nomment la démarche téléphonique et confidentielle qui favorise un dévoilement de soi sans déplacement tout en bénéficiant du soutien d'un intervenant.

Pour les joueurs ayant déjà suivi un traitement, la flexibilité d'un TAA (rythme variable, démarche volontaire, accessibilité) comparativement à d'autres types des ressources d'aide constitue un motif pour y adhérer.

Les participants perçoivent toutefois certains obstacles potentiels à l'utilisation de JMQ, notamment la gestion des rendez-vous téléphoniques et que les intervenants diffèrent d'un appel à l'autre. La formule proposée par JMQ répond cependant d'emblée à ces préoccupations en assurant la discrétion des appels, tous effectués par le même intervenant. Le mémoire doctoral d'Andréanne Faucher-Gravel (2015) détaille plus amplement les obstacles et solutions identifiés par les joueurs sur cette question.

Éléments que l'on devrait inclure ou éviter dans les publicités sur le traitement du jeu

Pour qu'une publicité soit attrayante, les participants suggèrent d'avoir recours à des slogans accrocheurs et à des stimuli liés au jeu pour capter d'emblée l'attention. Toutefois, cette idée ne fait pas l'unanimité. Au sein du groupe de joueurs n'ayant jamais consulté, des participants critiquent leur utilisation dans les publicités de traitement du jeu puisqu'ils sont susceptibles de susciter le désir de jouer.

Bien qu'il soit aussi suggéré par des participants de présenter les conséquences associées aux problèmes de jeu (p.ex. perdre des biens, état

dépressif, suicide) dans les publicités, afin de conscientiser les joueurs, cette proposition est également vue comme culpabilisante. En compromis, les participants proposent de mettre au point des publicités qui rejoignent les joueurs sur un plan plus personnel, en se centrant par exemple sur les conséquences émotionnelles vécues.

À l'inverse, des joueurs n'ayant jamais consulté proposent de miser sur des publicités dressant les avantages à arrêter de jouer et suggérant des trucs et des conseils pour susciter l'espoir chez les joueurs. Selon les joueurs ayant consulté, les publicités devraient inclure des messages informatifs au sujet des JHA qui favorisent une meilleure compréhension du hasard et éviter les stéréotypes en présentant uniquement, par exemple, les répercussions du jeu sur la vie familiale d'un père de famille.

Publicités sur le traitement du jeu : canaux de communication à privilégier

Une large variété de médias ou d'endroits où diffuser des publicités de traitement du jeu sont proposés: sur Internet, incluant les médias sociaux, dans les journaux ou publisacs, à la télévision, dans les milieux de jeu, dans des endroits publics comme les centre d'achats, dans les écoles, sur des panneaux d'affichage sur la route et dans les locaux des ressources d'aide. Toutefois, des participants mentionnent que de voir une publicité «à chaud», c'est-à-dire en étant déjà dans le milieu de jeu, risque de n'avoir aucun effet. Pour l'ensemble des résultats de la phase 2, voir le mémoire doctoral d'Andréanne Faucher-Gravel (2015).

2. À la lumière de vos résultats, quelles sont vos conclusions et pistes de solution ?

D'abord, certaines pistes de solution évoquées apparaissent congruentes avec celles relevés dans la littérature, notamment de diffuser de l'information sur les ressources d'aide et de sensibiliser la population aux conséquences des JHA. De plus, comme ces déclencheurs renvoient pour la plupart à des facteurs d'ordre macro-systémique plutôt qu'à des événements précis, il semble que les actions de prévention et de sensibilisation auprès de l'ensemble de la population favorisent, du point des joueurs, l'admission en traitement.

Toutefois, le fait que les activités de sensibilisation et de promotion des traitements soient soulevées comme déclencheurs à la demande d'aide laisse sous-entendre que les actions déjà déployées, pensons notamment aux campagnes de prévention du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et de Loto-Québec, pourraient être insuffisantes ou insatisfaisantes aux yeux des participants. Ceci suggère l'importance de poursuivre les efforts de prévention et de sensibilisation tout en diversifiant les stratégies de diffusion et les messages employés.

Les résultats témoignent également de l'enthousiasme des joueurs envers le programme JMQ et renseignent sur les paramètres-clés à considérer dans le contexte de son utilisation. L'importance pour les joueurs du lien de confiance avec l'intervenant ressort nettement des résultats. Au-delà des caractéristiques des traitements, le processus de demande d'aide passe par la reconnaissance du problème de jeu. Ce processus est cependant dépeint

comme complexe, et les chercheurs peuvent voir dans ce constat un point de départ pour approfondir les différents facteurs interagissant dans ce cheminement.

Enfin, la phase 2 permet de dégager différentes perspectives des joueurs quant au contenu des publicités à privilégier pour promouvoir le traitement. Certaines suggestions des joueurs mériteraient d'être étudiées, dont celles d'imager les avantages de l'arrêt du jeu et offrir des trucs concrets pour cesser de jouer.

Phase 3 – Évaluation de l'efficacité de JEu me questionne

1. Quels sont les principaux résultats obtenus?

Le tableau 3 présente les moyennes des moindres carrés et les erreurs standards obtenues pour chaque variable à chacun des temps de mesure.

Impact de JMQ sur les problèmes de jeu, les habitudes de jeu et la perception d'efficacité personnelle

Nombre de critères diagnostiques du jeu pathologique selon le DSM-5³ (APA, 2013). Un effet d'interaction Temps x Groupe significatif est observé, $F(1, 54) = 16,03, p < 0.001$, indiquant que le groupe traitement endosse un nombre moyen de critères diagnostiques significativement inférieur à 11 semaines comparativement à l'évaluation prétraitement, contrairement au groupe contrôle pour lequel aucun changement significatif n'est observé entre les deux temps de mesure. Le nombre moyen de critères

³ Cinq participants ont été évalués selon les critères du jeu pathologique du DSM-IV (APA, 1994), édition en vigueur au moment de débiter l'expérimentation. Un score a été déduit sur la base des critères rencontrés selon le DSM-IV, en ne tenant pas compte du critère sur les actes illégaux (retiré dans la dernière version du DSM). Puisque des analyses comparatives effectuées à la fois en incluant et en excluant ces cinq participants produisent des résultats similaires, les résultats sont présentés en incluant l'ensemble des participants.

diagnostiques rencontrés par le groupe traitement diminue significativement un mois après l'évaluation de 11 semaines, et demeure similaire au suivi six mois.

Habitudes mensuelles de jeu. Un effet d'interaction Temps x Groupe significatif est observé pour les variables de l'argent dépensé au jeu, $F(1, 52) = 8,30, p = 0,006$, du temps passé à jouer, $F(1, 52) = 10,16, p = 0,002$, et de la fréquence de jeu, $F(1, 51) = 10,70, p = 0,002$, qui suggèrent une réduction significative des habitudes mensuelles de jeu du groupe traitement à 11 semaines comparativement au groupe contrôle pour lequel aucun changement significatif n'est observé. Les montants d'argents moyens misés, la fréquence de jeu et le temps passé au jeu mesurés à 11 semaines pour le groupe traitement demeurent similaires un et six mois plus tard.

Perception d'efficacité personnelle. Un effet d'interaction Temps x Groupe significatif, $F(1, 120) = 16,54, p < 0,001$, indique que le groupe traitement présente une amélioration significative de la perception de contrôle à l'égard des situations à risque de jouer après avoir reçu le programme, contrairement au groupe contrôle pour lequel la PEP ne varie pas significativement. Le niveau moyen de la PEP du groupe traitement obtenu à 11 semaines se maintient aux suivis effectués un et six mois plus tard. Pour une meilleure compréhension des résultats, mentionnons que la PEP est mesurée sur une échelle de 0 (*pas du tout confiance de me contrôler*) à 10 (*totale confiance de me contrôler*).

Satisfaction à l'égard du programme. Parmi les 27 participants ayant complété JMQ, 56 % se disent satisfaits ou extrêmement satisfaits des

résultats obtenus à la suite du programme alors que 41 % des participants rapportent un niveau de satisfaction moyen. Une seule personne se dit insatisfaite des résultats obtenus.

Cinquante-six pourcent des finissants rapportent avoir particulièrement apprécié le manuel d'auto-traitement. Concernant les rencontres téléphoniques, 33 % indiquent avoir aimé cet aspect du programme notamment en raison des encouragements obtenus et de l'attitude empathique et sans jugement de l'intervenant. Par ailleurs, 22 % des participants indiquent avoir apprécié la prise de conscience et la réflexion envers leurs difficultés liées au jeu suscitées par le traitement.

Au sujet des aspects moins appréciés par les 27 finissants, 42 % ne notent aucune composante à améliorer, 23 % relèvent des éléments relatifs à la présentation et au contenu du manuel (p.ex. manque de lectures, peu d'espace pour compléter les grilles d'autonotation) et 19 % indiquent qu'ils auraient aimé recevoir plus d'appels dans le cadre du programme. Enfin, 8 % des participants rapportent avoir moins aimé la démarche autonome et 4 % jugent le support de l'intervenant comme étant peu adapté aux besoins individuels. Pour l'ensemble des résultats de la phase 3, voir la thèse de Catherine Boudreault (2015).

2. À la lumière de vos résultats, quelles sont vos conclusions et pistes de solution ?

Conformément aux hypothèses émises, les participants recevant JMQ présentent une réduction significative de la gravité de leur problème de jeu après une période de 11 semaines. Plus encore, il semble que cette réduction

se poursuit un mois plus tard, ce qui témoigne que ce type d'intervention permet aux joueurs d'en retirer des bénéfices après le délai de 11 semaines.

De manière cohérente avec les résultats obtenus lors de l'étude de faisabilité de JMQ (Ladouceur et al., 2015) et les impressions recueillies auprès des participants de la phase 2, la formule auto-administrée de JMQ convient aux besoins des participants. Le maintien des gains thérapeutiques six mois après l'intervention témoigne également de la solidité des résultats obtenus.

Maintenant que l'étape de validation de JMQ est complétée et que les résultats sont conformes à ceux anticipés, la perspective d'implanter ce programme afin de le rendre disponible aux joueurs problématiques se concrétise. Sur la base des résultats, rappelons que tant les entrevues motivationnelles que le manuel d'auto-traitement contribuent aux bienfaits observés et constituent donc deux composantes-clés à préserver. Ce faisant, tout milieu offrant une telle ressource devrait s'assurer qu'un contact avec l'intervenant soit maintenu tout au long de l'intervention afin de maximiser les effets du traitement.

Contributions des travaux en termes d'avancement des connaissances.

Les résultats de la phase 2 documentent différents facteurs susceptibles d'influencer la demande d'aide chez les joueurs et enrichissent la compréhension de ce processus, ce qui s'avère crucial pour favoriser la consultation chez les joueurs vivant des difficultés. L'utilisation d'un devis qualitatif a permis d'étudier les thèmes en profondeur et d'avoir accès à des opinions variés issus d'échanges entre les participants. Cette étude innove en

s'attardant spécifiquement à l'amélioration des publicités sur le traitement du jeu, ce sujet ayant été jusqu'à maintenant très peu exploré.

Les résultats de la phase 3 permettent d'enrichir l'état des connaissances sur les impacts des TAA et mettent en évidence la pertinence d'utiliser des protocoles de recherche rigoureux employant une condition contrôle pour statuer clairement sur les bénéfices des traitements psychologiques. De manière plus concrète pour les milieux d'intervention québécois, les résultats valident que JMQ constitue un outil efficace pour intervenir auprès des joueurs à risque et pathologiques.

PARTIE E –PISTES DE RECHERCHE

Plusieurs suggestions ont été mises de l'avant par les joueurs prenant part à la phase 2 pour augmenter l'effet des publicités de traitement du jeu. Les prochaines recherches pourraient chercher à valider le contenu et la façon de diffuser le message. Voici quelques exemples:

- Décrire les paramètres du traitement dans une publicité et mettre l'accent sur des aspects rassurants tels la confidentialité de la démarche et des éléments liés à la relation client-intervenant;
- Créer deux types de publicités et évaluer quantitativement les effets de chacune: l'une se centrant sur les conséquences du jeu pathologique et l'autre, se centrant sur les avantages associés à l'arrêt du jeu.
- Évaluer les possibles effets délétères de l'utilisation des stimuli liés au jeu (p.ex. apparition et augmentation du désir de jouer).

Enfin, compte tenu que la littérature démontre également l'efficacité des TAA offerts par Internet, il serait pertinent de développer et valider une version de JMQ accessible en ligne. Cette prochaine étape contribuerait à accroître l'utilisation du programme et à rejoindre des clientèles encore plus diversifiées.

PARTIE F – RÉFÉRENCES ET BIBLIOGRAPHIE

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental Disorders (5th ed.)*. Washington, DC: Author.

Boudreault, C. (2015). Jeu me questionne: efficacité d'un programme de traitement semi-autonome destiné aux joueurs à risque et pathologiques. Manuscrit en préparation.

Carlbring, P., Degerman, N., Jonsson, J., & Andersson, G. (2012). Internet-based treatment of pathological gambling with a three-year follow-up. *Cognitive Behaviour Therapy, 41*, 321-334. doi: <http://dx.doi.org.acces.bibl.ulaval.ca/10.1080/16506073.2012.689323>

Carlbring, P., & Smit, F. (2008). Randomized controlled trial of Internet-delivered self-help with telephone support for pathological gamblers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*, 1090-1094. doi: 10.1037/a0013603

Calderwood, K. A., & Wellington, W. J. (2015). Using roadside billboard posters to increase admission rates to problem gambling services: Reflections on failure. *Health Promotion Practice, 16*(4), 510-522. <http://dx.doi.org/10.1177/1524839914566455>

Castrén, S., Pankakoski, M., Tamminen, M., Lipsanen, J., Ladouceur, R., & Lahti, T. (2013). Internet-based CBT intervention for gamblers in Finland: experiences from the field. *Scandinavian Journal of Psychology, 54*(3), 230-5.

- Evans, L., & Delfabbro, P. H. (2005). Motivators for change and barriers to help-seeking in Australian problem gamblers. *Journal of Gambling Studies*, 21(2), 133-155. doi: 10.1007/s10899-005-3029-4
- Faucher-Gravel, A. (2015). Comment favoriser l'utilisation des ressources d'aide chez les joueurs problématiques? Mémoire doctoral présenté pour le séminaire de dépôt à l'École de psychologie. Québec : Université Laval.
- Ferris, J. & Wynne, H. (2001). *The Canadian problem gambling index: Final report*. Ottawa: Canadian Centre on Substance Abuse.
- Gainsbury, S., Hing, N., & Suhonen, N. (2014). Professional help-seeking for gambling problems: Awareness, barriers and motivators for treatment. *Journal of gambling studies*, 30, 503-519. doi: 10.1007/s10899-013-9373-x
- Hodgins, D.C., Currie, S.R., Currie, G., & Fick, G.H. (2009). Randomized trial of brief motivational treatments for pathological gamblers: More is not necessarily better. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 950-960. doi: 10.1037/a0016318
- Hodgins, D.C., Currie, S.R., & el-Guebaly, N. (2001). Motivational enhancement and self-help treatments for problem-gambling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 50-57. doi: 10.1037/0022-006X.69.1.50
- Hodgins, D. C., Currie, S., el-Guebaly, N., & Peden, N. (2004). Brief motivational treatment for problem gambling: A 24-month follow-up. *Psychology of Addictive Behaviors*, 18, 293-296. doi: 10.1037/0893-164X.18.3.293

- Hodgins, D.C., & el-Guebaly, N. (2000). Natural and treatment assisted recovery from gambling problems: Comparison of resolved and active gamblers. *Addiction*, 95(5), 777-789. doi: 10.1046/j.1360-0443.2000.95577713.x
- Hodgins, D. C., Makarchuk, K., el-Guebaly, N., & Peden, N. (2002). Why problem gamblers quit gambling: A comparison of methods and samples. *Addiction Research & Theory*, 10(2), 203–218. doi: 10.1080/16066350290017239
- Kairouz, S., & Nadeau, L. (2014). *Portrait du jeu au Québec: Prévalence, incidence et trajectoires sur quatre ans*. Montréal : Université Concordia.
- Ladouceur, R., Fournier, P-M., Lafond, S., Giroux, I., Sévigny, S., Simoneau, H., & Leclerc, M. (2011). *Programme d'intervention bref et semi-autonome «JEU me questionne» pour les joueurs à risque et pathologiques*. Québec: Université Laval.
- Ladouceur, R., Fournier, P-M., Lafond, S., Boudreault, C., Goulet, A., Sévigny, S., Simoneau, H., & Giroux, I. (2015). Impacts of a self-help treatment program for problem gamblers, *Canadian Journal of Addiction*, 6(2), 37-42.
- Mains, J. A., Scogin, F. R. (2003). The effectiveness of self-administered treatments: A practice-friendly review of the research. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 237-246. doi: 10.1002/jclp.10145
- Marotta, J. J. (1999). *Recovery from gambling problems with and without treatment*. A dissertation submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy in Psychology, University of Nevada, Reno.

- Melville, K. M., Casey, L. M., & Kavanagh, D. J. (2007). Psychological treatment dropout among pathological gamblers. *Clinical Psychology Review, 27*, 944-958. doi: 10.1016/j.cpr.2007.02.004
- Najavits, L. M., Grymala, L. D., & George, B. (2003). Can advertising increase awareness of problem gambling? A statewide survey of impact. *Psychology of Addictive Behaviors, 17*(4), 324-327. doi:10.1037/0893-164X.17.4.324
- Nett, J. C., & Schatzmann, S. (2005). *Pathological gambling: Barriers to treatment and the experience of selfchange*. (In Gambling prevention and research: From legislation to action, March 1–2, 2005). Récupéré du site du Centre du Jeu Excessif de Lausanne: <http://www.jeu-excessif.ch/>
- Petry, N. M., Ammerman, Y., Bohl, J., Doersch, A., Gay, H., Kadden, R., Molina, C., & Steinberg, K. (2006). Cognitive-behavioral therapy for pathological gamblers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, 555-567. doi: 10.1037/0022-006X.74.3.555
- Pulford, J., Bellringer, M., Abbott, M., Clarke, D., Hodgins, D., & Williams, J. (2009). Barriers to help-seeking for a gambling problem: The experiences of gamblers who have sought specialist assistance and the perceptions of those who have not. *Journal of Gambling Studies, 25*(1), 33-48. doi: 10.1007/s10899-008-9113-9
- Raylu, N., & Oei, T. P. S. (2002). Pathological gambling: A comprehensive review. *Clinical Psychology Review, 22*, 1009-1061. doi: 10.1016/S0272-7358(02)00101-0

- Raylu, N., Oei, T. P. S., & Loo, J. (2008). The current status and future direction of self-help treatments for problem gamblers. *Clinical Psychology Review, 28*, 1372-1385. doi: 10.1016/j.cpr.2008.07.005
- Saghaei, M., & Saghei S. (2011). Implementation of an open-source customizable minimization program for allocation of patients to parallel groups in clinical trials. *Journal of Biomedical Science and Engineering, 4*, 734-739. doi: 10.4236/jbise.2011.411090
- Slutske, W. S. (2006). Natural recovery and treatment-seeking in pathological gambling: Results of two U.S. national surveys. *The American Journal of Psychiatry, 163*(2), 297-302. doi: 10.1176/appi.ajp.163.2.297
- Suurvali, H., Cordingley, J., Hodgins, D. C., & Cunningham, J. (2009). Barriers to seeking help for gambling problems: A review of the empirical literature. *Journal of Gambling Studies, 25*, 407-424. doi: 10.1007/s10899-009-9129-9
- Suurvali, H., Hodgins, D. C., & Cunningham, J. A. (2010). Motivators for resolving or seeking help for gambling problems: A review of the empirical literature. *Journal of Gambling Studies, 26*(1), 1-33. doi:10.1007/s10899-009-9151-y
- Suurvali, H., Hodgins, D. C., Toneatto, T., & Cunningham, J. A. (2008). Treatment seeking among Ontario problem gamblers: Results of a population survey. *Psychiatric Services, 59*(11), 1343–1346. doi: 10.1176/appi.ps.59.11.1343
- Tavares, H., Martins, S.S., Zilberman, M.L., el-Guebaly, N. (2002). Gamblers seeking treatment : Why haven't they come earlier? *Addictive Disorders and*

their Treatment, 1, 65-69. doi :

<http://dx.doi.org.acces.bibl.ulaval.ca/10.1097/00132576-200206000-00005>

Wulfert, E., Blanchard, E. B., & Martell R. (2003). Conceptualizing and treating pathological gambling: A motivationally enhanced cognitive behavioral approach. *Cognitive and behavioral practice, 10, 61-72. doi:*

10.1016/S1077-7229(03)80009-3

Figure

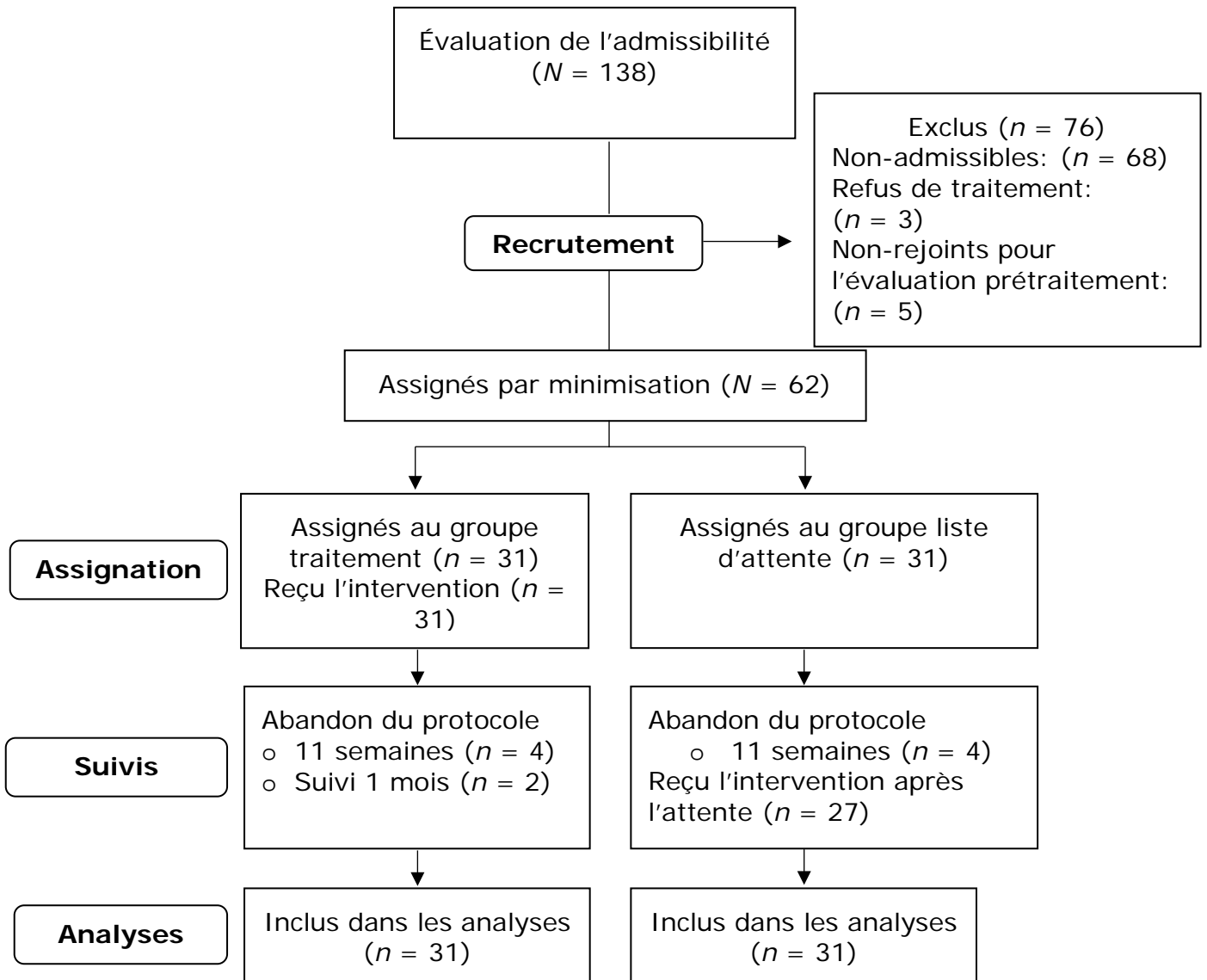


Figure 1. Répartition des participants selon l'étape du protocole de l'étude de la phase 3

Tableaux

Tableau 1. Fréquence des caractéristiques des participants de la phase 2 par groupe

Caractéristiques	Joueurs n'ayant jamais consulté (n = 9)	Joueurs ayant consulté (n = 5)
Âge		
18-29	1	1
30-54	5	0
55+	3	4
Genre		
Féminin	4	2
Province d'origine		
Québec	9	5
Score à l'IGJC		
3-7	4	0
8-27	5	5
État civil		
Célibataire	3	1
Conjoint de fait / marié	4	2
Divorcé	2	2
Scolarité		
Secondaire	5	4
Collégial	2	0
Universitaire	2	1
Occupation		
Emploi temps plein	5	0
Arrêt de travail / chômage	1	3
Retraité	3	2
Revenu annuel		
20 000 – 40 000 \$	3	2
40 0001 – 60 000 \$	0	1
60 000 et +	4	1
Refus	2	1

Tableau 2. Caractéristiques sociodémographiques et descriptives des participants de la phase 3 à l'évaluation initiale en fonction du groupe

Caractéristiques	Groupe traitement	Groupe contrôle
<i>N</i>	31	31
Proportion de femmes, %	38,7	38,7
Âge, <i>M (ÉT)</i>	53,06 (12,01)	50,00 (11,35)
Origine québécoise, %	100	87,1
État civil, %		
En couple	35,5	38,7
Séparé/Divorcé	16,1	19,4
Célibataire	48,4	41,9
Scolarité, %		
Primaire et/ou secondaire	45,2	54,8
Niveau collégial complété	32,3	32,3
Niveau universitaire complété	22,6	12,9
Revenu, %		
39 999\$ et moins	48,4	54,8
40 000-79 999\$	32,3	29,0
80 000\$ et plus	19,4	12,9
Occupation, %		
Travailleurs	67,7	45,2
Chômage/Invalidité/Arrêt de travail	6,5	16,1
Étudiant	-	3,2
À la retraite	19,4	16,1
À la maison	3,2	3,2
Bénéficiaire d'aide sociale	3,2	12,9
Sans occupation	-	3,2
Score au DSM-5, <i>M (ET)</i>	5,61 (1,79)	5,10 (2,24)
Habitudes de jeu		
Fréquence (fois par mois), <i>Mdn (EI)</i>	10 (11)	7 (12)
Temps (heures par mois), <i>Mdn (EI)</i>	30 (54)	20 (42)
Argent dépensé (par mois), <i>Mdn (EI)</i>	800 (2100)	883 (1600)
Niveau d'anxiété selon le BAI, %		
Anxiété minimale	45,2	45,2
Anxiété légère	25,8	16,1
Anxiété modérée	19,4	12,9
Anxiété sévère	9,7	25,8
Niveau de dépression selon le BDI-II, %		
Dépression minimale	38,7	45,2

Le tableau 2 se poursuit

Continuité du tableau 2

Caractéristiques (suite)	Groupe traitement	Groupe contrôle
Dépression légère	35,5	19,4
Dépression modérée	19,4	22,6
Dépression sévère	6,5	12,9
Dépendance à l'alcool selon le QBDA, %		
Aucune dépendance	58,1	71,0
Dépendance légère	32,3	22,6
Dépendance modérée	6,5	3,2
Dépendance sévère	3,2	3,2

Note. Aucune différence statistiquement significative n'est observée entre les groupes lors de l'évaluation prétraitement au seuil de signification fixé à 5% pour l'ensemble des variables ni au seuil de signification fixé à 1% pour les items de la satisfaction de vie et des conséquences du jeu. Les données des items mesurant la satisfaction de vie et des conséquences du jeu ne se retrouvent toutefois pas dans le tableau par souci de concision. Le tableau présente les moyennes, écarts-type, médianes et écarts interquartiles brutes. *EI* = écart interquartile; *BAI* = Inventaire d'anxiété de Beck; *BDI-II* = Inventaire de dépression de Beck-II; *QBDA* = Questionnaire bref sur la dépendance à l'alcool.

Tableau 3. Moyennes des moindres carrés et erreurs standard du nombre de critères diagnostiques du jeu pathologique selon le DSM-5, de l'argent dépensé au jeu, de la fréquence de jeu, du temps passé au jeu, et de la PEP pour chaque groupe en fonction du temps de mesure

Variable	Évaluation initiale	Semaine 11		Suivi 1 mois	Suivi 6 mois
	(n = 31)	(n = 27)		(n = 25)	(n = 25)
	LSM (ES)	LSM (ES)	LSM (ES)	LSM (ES)	LSM (ES)
	Ensemble de données 1		Ensemble de données 2		
DSM-5					
Traitement	6.03 (0.38) _a	2.75 (0.40) _b	2,73 (0,40) _x	1,68 (0,41) _y	2,25 (0,42) _{xy}
Contrôle	5.74 (0.38) _a	4.83 (0.40) _a			
Fréquence					
Traitement	9,77 (1,13) _a	3,48 (0,82) _b	3,74 (2,02) _x	6,32 (2,09) _x	3,48 (2,09) _x
Contrôle	9,96 (1,61) _a	9,27 (1,89) _a			
Temps					
Traitement	36,19 (5,96) _a	8,44 (2,08) _b	8,32 (4,32) _x	9,50 (4,46) _x	9,69 (4,48) _x
Contrôle	30,86 (6,41) _a	24,92 (7,15) _{a, b}			
Argent					
Traitement	1612,58 (248,43) _a	476,56 (391,75) _b	468,52 (341,18) _x	1039,71 (355,34) _x	561,25 (361,88) _x
Contrôle	1181,90 (248,43) _a	1267,28 (391,75) _{a,}			

b

	Évaluation initiale (<i>n</i> = 31)		Semaine 11 (<i>n</i> = 27)		Suivi 1 mois (<i>n</i> = 25)		Suivi 6 mois (<i>n</i> = 25)	
	<i>LSM</i> (<i>ES</i>)		<i>LSM</i> (<i>ES</i>)		<i>LSM</i> (<i>ES</i>)		<i>LSM</i> (<i>ES</i>)	
Variable	Ensemble de données 1				Ensemble de données 2			
PEP								
Traitement	4,03 (0,38) _a		5,97 (0,41) _b		5,93 (0,40) _x		6,41 (0,41) _x	
Contrôle	4,29 (0,41) _a		4,40 (0,43) _a					

Note. Les estimés de la série de données 1 proviennent des analyses comparant les groupes traitement et contrôle entre l'évaluation initiale et de 11 semaines. Les estimés de la série de données 2 tiennent compte des évaluations de 11 semaines, et de 1 et 6 mois effectuées auprès du groupe traitement seulement. Puisque les analyses tiennent compte des corrélations entre chaque temps de mesure pour estimer les moyennes, des estimés légèrement différents sont obtenus entre les deux séries de données pour l'évaluation de 11 semaines du groupe traitement. Le seuil de signification des comparaisons a posteriori pour les ensembles de données 1 et 2 est corrigé à 1,3% et à 0,83%, respectivement. Le nombre de participants indiqué correspond au nombre de participants par groupe. *LSM* = moyenne des moindres carrés, *ES* = erreur standard, Fréquence = nombre de séances de jeu dans le mois précédant l'évaluation; Temps = nombre d'heures passées au jeu dans le mois précédant l'évaluation; Argent = montant d'argent dépensé au jeu dans le mois précédant l'évaluation; PEP = perception d'efficacité personnelle.

_{a, b} Ces indices désignent les comparaisons effectuées pour chaque combinaison de groupe et de temps pour la série de données 1. Des indices identiques entre deux groupes ou deux temps de mesure indiquent une comparaison a posteriori non significative tandis que deux indices différents indiquent une comparaison statistiquement significative. Lorsque deux indices sont présents, l'indice «a» renvoie à la comparaison entre le pré- et le posttraitement et l'indice «b» renvoie à la comparaison intergroupe au temps de mesure désigné.

_{x, y} Ces indices désignent les comparaisons effectuées pour chaque combinaison de temps pour la série de données 2. Des indices identiques indiquent une comparaison non significative et deux indices différents indiquent une comparaison statistiquement significative.