

LES RAPPORTS DE RECHERCHE DE L'INSTITUT

OBSTACLES AU TRAITEMENT DU JEU PATHOLOGIQUE DANS LA RÉGION DES LAURENTIDES

CENTRE DOLLARD-CORMIER
Institut universitaire sur les dépendances



Agréé par le

Affilié à



UNIVERSITÉ DE
SHERBROOKE

LES RAPPORTS DE RECHERCHE DE L'INSTITUT

OBSTACLES AU TRAITEMENT DU JEU PATHOLOGIQUE DANS LA RÉGION DES LAURENTIDES

CENTRE DOLLARD-CORMIER
Institut universitaire sur les dépendances



Agréé par le



Affilié à



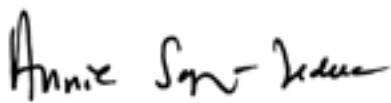
UNIVERSITÉ DE
SHERBROOKE

MOT DE PRÉSENTATION

La direction des services professionnels et de la mission universitaire est fière de vous présenter les rapports de recherche de l'Institut universitaire sur les dépendances du Centre Dollard-Cormier. Ces rapports visent à rendre accessibles les résultats de recherche à l'ensemble du personnel du Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les dépendances (CDC-IUD), aux partenaires de l'Institut, à la communauté universitaire et à toute autre personne intéressée par leur contenu.

Les rapports de recherche contiennent les résultats d'études menées dans un ou plusieurs centres de réadaptation du Québec afin de fournir une réponse aux besoins des milieux d'intervention. Souvent effectuées auprès d'un petit nombre de participants, ces études soulèvent des hypothèses qui pourraient éventuellement faire l'objet d'études à plus large échelle afin d'en confirmer les résultats. Bref, ces rapports de recherche constituent une forme de documentation complémentaire aux articles de revues scientifiques.

Nous souhaitons vivement que ces rapports rapprochent les milieux de la recherche et de l'intervention et, surtout, qu'ils alimentent la réflexion et la recherche de solutions afin d'améliorer l'intervention auprès de la clientèle dépendance.



Annie Sapin Leduc, Ph.D.

Directrice des services professionnels et de la mission universitaire
Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les dépendances

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier toutes les personnes qui ont contribué au bon déroulement et au succès de cette étude.

Tout d'abord, mentionnons les participants de l'étude, sans qui aucune recherche n'est possible. Dans cette perspective, nous désirons signaler la contribution des intervenants des services de réadaptation du Centre André-Boudreau affectés à la clientèle des joueurs pathologiques et celle des intervenants des autres ressources régionales qui ont collaboré à l'étude. Il importe de souligner particulièrement la contribution des joueurs en traitement pour le jeu pathologique au Centre André-Boudreau et à la Maison Mélaric, qui ont participé au groupe de discussion avec enthousiasme et générosité.

Ensuite, nous désirons exprimer notre reconnaissance à tous les partenaires régionaux : le Centre André-Boudreau, Choix et réalité, le Centre SIDA amitié, le CSSS des Sommets, le Groupe JAD, Jeu Aide et références, la Maison Mélaric, l'Unité Alco-toxico et l'Unité toxi des Trois Vallées.

Enfin, nous voulons remercier le programme Cliniciens-chercheurs de l'infrastructure de recherche du Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les dépendances, qui a libéré Émilie Contant de ses tâches habituelles pour qu'elle puisse coordonner cette étude.

Hélène Simoneau

Émilie Contant

Maria Chauvet

RÉSUMÉ

Alors que le jeu pathologique peut entraîner de lourdes conséquences tant pour le joueur lui-même que pour son entourage, il semble que peu de joueurs consultent à ce sujet. Selon les études, seulement 7% à 29% des joueurs pathologiques auraient reçu un traitement pour le jeu au cours de leur vie. Bien qu'il semble que les joueurs s'en sortent fréquemment sans traitement, cette hypothèse n'explique pas pourquoi ceux qui n'arrivent pas à s'en sortir par eux-mêmes ne consultent pas, en dépit des conséquences graves associées à la problématique. Pourtant, il existe peu d'études de cette nature, visant à dégager des pistes de solution adaptées à cette population. C'est donc l'objectif de la présente étude : cerner les motifs de consultation et les obstacles qui empêchent ou retardent la demande d'aide chez les joueurs pathologiques de la région des Laurentides et trouver des pistes de solution afin de favoriser l'entrée en traitement de ces joueurs.

À cette fin, trois groupes de discussion ont eu lieu au mois de juin 2010. Le premier groupe était composé de six intervenants des services de réadaptation du Centre André-Boudreau affectés à la clientèle des joueurs pathologiques, le deuxième regroupait 10 intervenants de ressources régionales recevant au moins occasionnellement des joueurs pathologiques et le troisième était formé de 11 joueurs en traitement pour le jeu pathologique. Les participants aux groupes de discussion ont également rempli des questionnaires concernant les motifs de consultation, les obstacles au traitement et les ressources régionales.

En résumé, les trois motifs de consultation les plus importants sont les pertes, les souffrances émotionnelles et l'admission du problème. Les deux obstacles les plus importants sont la honte et les efforts d'autocontrôle. Le fait de ne pas être prêt à aller en traitement, la préoccupation au sujet de l'efficacité du traitement, y compris la méconnaissance des ressources disponibles, ainsi que l'expression utilisée pour décrire la problématique seraient également des obstacles non négligeables. Plusieurs indices mettent en évidence la fiabilité des résultats de la présente étude. Tout d'abord, il y a une très bonne concordance entre les résultats obtenus, quelle que soit la méthode de cueillette des données. De plus, les résultats de l'étude sont très similaires à ceux des études recensées dans la littérature. Enfin, les intervenants et les joueurs partagent la même vision du phénomène.

Afin de contrer les obstacles et ainsi faciliter l'entrée en traitement des joueurs pathologiques, tous les participants considèrent qu'il faudrait fournir plus d'informations sur la problématique et faire une promotion à vaste échelle des services offerts. De plus, les solutions suivantes sont jugées prioritaires par au moins un groupe de participants : former le personnel (accueil, bars et première ligne) et repérer les joueurs pathologiques ; développer une approche de traitement globale et humaniser les services ; faciliter l'accès aux ressources ; remplacer le terme « jeu pathologique » par « dépendance au jeu » ; et sensibiliser les joueurs au montant dépensé.

TABLE DES MATIÈRES

1. INTRODUCTION	8
1.1 PRÉVALENCE ET CONSÉQUENCES DU JEU PATHOLOGIQUE	8
1.2 TAUX DE CONSULTATION DES JOUEURS PATHOLOGIQUES	8
1.3 MOTIFS DE CONSULTATION	9
1.4 OBSTACLES AU TRAITEMENT	9
1.5 PISTES DE SOLUTION	9
1.6 OBJECTIFS	10
1.7 HYPOTHÈSES ET QUESTIONS DE RECHERCHE	10
1.7.1 Hypothèses	10
1.7.2 Questions de recherche	10
2. MÉTHODOLOGIE	11
2.1 DÉROULEMENT	11
2.2 INSTRUMENTS DE MESURE	11
2.3 GROUPES DE DISCUSSION	12
2.4 CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES	12
2.5 RECRUTEMENT ET SÉLECTION DES PARTICIPANTS	13
2.6 PARTICIPANTS	13
2.7 STRATÉGIES D'ANALYSE	15
3. RÉSULTATS	16
3.1 DÉLAI ET MOTIFS DE CONSULTATION	16
3.1.1 Délai de consultation	16
3.1.2 Motifs évoqués	16
3.1.3 Fréquence d'évocation des motifs	18
3.1.4 Motifs les plus importants	19
3.2 OBSTACLES AU TRAITEMENT	21
3.2.1 Obstacles : description, fréquence et importance relative	21
3.2.1.1 Description des obstacles évoqués dans les groupes de discussion	21
3.2.1.2 Fréquence d'évocation des obstacles	23
3.2.1.3 Obstacles les plus importants	26
3.2.2 Effet présumé du nom donné à la problématique	27
3.2.3 Connaissance des ressources et confiance accordée	27
3.2.3.1 Connaissance des ressources	27
3.2.3.2 Confiance aux ressources	27
3.3 SLOGANS	28
3.3.1 Description des slogans	28
3.3.2 Slogan préféré	28
3.3.3 Les pour et les contre des slogans	29
3.3.4 De nouvelles propositions de slogans	32

TABLE DES MATIÈRES

3.4	PISTES DE SOLUTIONS	33
3.4.1	Stratégies pour aider un ami	33
3.4.2	Composantes du traitement idéal.	35
3.4.3	Solutions proposées.	37
3.4.4	Comparaison des solutions évoquées par les différents groupes de discussion	41
3.4.5	Solutions prioritaires	41
3.4.6	Comparaison des solutions priorisées par les différents groupes de discussion.	43
3.5	RÉSULTATS COMPLÉMENTAIRES	43
3.5.1	Différences entre les joueurs pathologiques et les autres joueurs	43
3.5.2	Moment où le joueur pathologique devrait demander de l'aide	44
4.	DISCUSSION.	46
4.1	MOTIFS DE CONSULTATION.	46
4.2	OBSTACLES	46
4.3	SYNTHÈSE DES MOTIFS DE CONSULTATION ET DES OBSTACLES AU TRAITEMENT.	47
4.4	PISTES DE SOLUTIONS	47
4.5	RÉSULTATS COMPLÉMENTAIRES	48
5.	FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE	49
6.	CONCLUSION	50
7.	RÉFÉRENCES.	51
	ANNEXE 1. INSTRUMENTS DE MESURE	53
	ANNEXE 2. LISTE DES QUESTIONS POSÉES LORS DES GROUPES DE DISCUSSION	68
	ANNEXE 3. TEXTES POUR LES PUBLICITÉS	72



LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Caractéristiques sociodémographiques des intervenants ayant participé à l'étude..... 13

Tableau 2. Caractéristiques sociodémographiques des joueurs ayant participé à l'étude. 14

Tableau 3. Habitudes de jeux de hasard et d'argent 14

Tableau 4. Motifs évoqués dans les groupes de discussion et nombre de mentions dans le questionnaire des motifs et obstacles. 18

Tableau 5. Motifs signalés dans le questionnaire des motifs et obstacles pour les quatre catégories les plus souvent évoquées par les participants. 19

Tableau 6. Classement des motifs de consultation par ordre d'importance en fonction des sources de cueillette de données.....20

Tableau 7. Obstacles évoqués dans les groupes de discussion, nombre de mentions dans le questionnaire des motifs et obstacles au traitement et moyennes des scores à l'échelle des raisons pour retarder le traitement.....24

Tableau 8. Obstacles mentionnés dans le questionnaire des motifs et obstacles pour les quatre catégories les plus souvent évoquées par les participants.....25

Tableau 9. Classement des obstacles au traitement par ordre d'importance en fonction des sources de cueillette de données.....26

Tableau 10. Nombre de participants ayant indiqué une préférence pour l'un des slogans proposés, dans chaque groupe de discussion.28

Tableau 11. Comparaison des solutions évoquées par les différents groupes de discussion.....41

Tableau 12. Solutions priorisées par les différents groupes de discussion.....41

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Stratégies pour aider un ami à consulter selon les intervenants.....33

Figure 2. Composantes du traitement idéal selon les joueurs pathologiques en traitement.....35

1. INTRODUCTION

1.1 PRÉVALENCE ET CONSÉQUENCES DU JEU PATHOLOGIQUE¹

Alors que quatre adultes sur cinq indiquent qu'ils ont déjà joué à des jeux de hasard et d'argent, on estime de 0,7 % à 0,8 % la population québécoise ayant reçu un diagnostic de jeu pathologique (Kairouz, Nadeau et Paradis, 2010 ; Ladouceur *et coll*, 2005). D'après une recension des écrits, le jeu pathologique peut entraîner de nombreuses conséquences pour le joueur lui-même (impact sur les finances, la productivité au travail et la santé physique) et il peut contribuer à certains crimes de nature économique, sans compter le lien établi entre le jeu, les idéations suicidaires et les tentatives de suicide (Desrosiers et Jacques, 2009). De plus, les conséquences négatives ne se limitent pas au joueur : elles affectent également son entourage. En plus des problèmes conjugaux, la famille est fréquemment aux prises avec des problèmes financiers et de la détresse psychologique (Desrosiers et Jacques, 2009).

1.2 TAUX DE CONSULTATION DES JOUEURS PATHOLOGIQUES

Malgré la gravité des conséquences du jeu pathologique, peu de joueurs consulteraient à ce sujet. Par exemple, une enquête épidémiologique effectuée aux États-Unis indique que seulement 7 à 12 % des joueurs pathologiques auraient consulté une ressource formelle ou assisté à des rencontres des « Gamblers Anonymes » (GA) au cours de leur vie (Slutske, 2006). Une autre enquête, en Australie cette fois, rapporte que 19,2 % des joueurs avec un diagnostic de jeu pathologique ont consulté une de ces ressources afin de résoudre leur problème, les femmes étant beaucoup plus nombreuses que les hommes à l'avoir fait (32,4 % contre 12,9 %) (Slutske, Blaszczynski et Martin, 2009). Finalement, une étude ontarienne révèle que 29 % des joueurs pathologiques, 10 % des joueurs problématiques et 2 % des joueurs à risque ont reçu un traitement pour le jeu au cours de leur vie (Suurvali, Hodgins, Toneatto et Cunningham, 2008).

Afin d'expliquer ce faible taux de consultation, on évoque l'hypothèse que la résolution des problèmes sans traitement serait fréquente chez les joueurs pathologiques (Slutske, 2006). En effet, deux études longitudinales américaines (n = 21 et n = 185 joueurs pathologiques) ont signalé que le nombre de joueurs en rémission était de 36 à 39 %, alors que seulement 7 à 12 % avaient suivi un traitement ou assisté à des rencontres des GA (Slutske, 2006). En Australie, on a observé des taux de rémission sans traitement allant jusqu'à 34,6 % (Slutske, Blaszczynski et Martin, 2009). La gravité des problèmes influencerait la décision d'avoir recours au traitement. En effet, ceux ayant moins de problèmes se remettraient sans aide, alors que ceux ayant plus de problèmes feraient plus souvent appel au traitement (Hodgins et El-Guebaly, 2000) ou accepteraient plus facilement le traitement proposé lorsqu'ils utilisent un service d'aide téléphonique (Weinstock *et coll*, 2011).

Cependant, cette hypothèse ne permet pas d'expliquer pourquoi les joueurs pathologiques qui n'arrivent pas à s'en sortir par eux mêmes ne consultent pas, alors que les conséquences peuvent être dramatiques. Par exemple, dans la grande région de Montréal, des autopsies psychologiques effectuées au sujet de 49 joueurs pathologiques et de 73 non-joueurs révèlent que seulement 2 % des joueurs pathologiques qui se sont suicidés avaient entrepris une thérapie spécialisée. De plus, ils étaient 13 fois moins nombreux que les non-joueurs à avoir consulté les services de santé et les services sociaux de première ligne avant de mettre fin à leurs jours (Séguin, *et coll*, 2010).

Il importe donc de trouver des moyens d'atteindre les joueurs pathologiques et, par conséquent, d'augmenter le taux de consultation. Des études qui permettraient de mieux comprendre le contexte entourant la demande d'aide de ces joueurs seraient fort utiles à l'atteinte de cet objectif. En effet, en cernant les motifs de consultation et les obstacles qui retardent ou empêchent la demande d'aide, on pourrait dégager des pistes de solution adaptées à la réalité des joueurs pathologiques. Pourtant, peu d'études de cette nature ont été effectuées auprès de cette population.

¹ Dans ce document, on emploie le terme « jeu pathologique » parce que c'est le terme recommandé par l'Association des centres de réadaptation du Québec, sauf lorsqu'il s'agit d'une citation (p. ex. : item tiré d'un questionnaire).

1.3 MOTIFS DE CONSULTATION

Une recension d'écrits parue en 2010 (Suurvali, Hodgins et Cunningham, 2010) ne mentionne que cinq études portant sur les motifs de consultation. Dans la majorité de ces études, les participants répondaient d'abord à une question ouverte puis cochaient des items dans une liste. Les deux méthodes présentent un taux de concordance élevé, quoique la liste d'items permet d'identifier un plus grand nombre de motifs. Par exemple, des participants ont nommé en moyenne 2,7 motifs en réponse à une question ouverte, mais ils ont coché 6,4 motifs dans une liste d'items (Hodgins et El-Guebaly, 2000).

Peu importe la méthode utilisée, trois motifs de consultation ont été signalés dans toutes les études recensées : les problèmes financiers, la détresse psychologique et les problèmes relationnels. D'autres motifs ont également été signalés dans plus d'une étude : la santé physique, les difficultés juridiques et les problèmes liés au travail (Suurvali, Hodgins et Cunningham, 2010). De plus, les questions ouvertes ont quelquefois permis de faire émerger un motif absent de la liste d'items, comme l'admission du problème (Evans et Delfabbro, 2005) ou l'incompatibilité du jeu avec l'image de soi (Hodgins et El-Guebaly, 2000). Finalement, les entrevues individuelles font ressortir que la majorité des joueurs ne demandent de l'aide que lorsqu'ils sont désespérés ou font face à un gouffre financier. Le traitement semble être le dernier recours que les joueurs utilisent lorsque toutes les autres options ont échoué (Evans et Delfabbro, 2005).

1.4 OBSTACLES AU TRAITEMENT

Quant aux obstacles au traitement du jeu pathologique, une recension d'écrits (Suurvali, Cordingley, Hodgins et Cunningham, 2009) ne rapporte que 18 études chez les adultes, dont huit au Canada et cinq en Australie. Cette recension énumère les obstacles les plus fréquemment signalés dans ces études : (1) le désir ou la croyance de pouvoir s'en sortir seul, (2) la honte, l'embarras, la fierté et la crainte de la stigmatisation, (3) le déni ou la minimisation du problème, (4) les préoccupations au sujet de l'efficacité du traitement ou la méconnaissance de son existence, (5) les pressions externes qui incitent à poursuivre le jeu ou le manque de soutien, (6) le refus de délaisser les bénéfices du jeu, et (7) la difficulté de parler de problèmes personnels (Suurvali *et coll*, 2009).

Cependant, les résultats des études sont difficiles à comparer, car elles utilisent des méthodologies très variées, souvent avec de petits échantillons de volontaires : par exemple, six de ces études ont été effectuées auprès de moins de 50 participants volontaires. Les populations visées varient également : joueurs pathologiques en traitement formel, joueurs pathologiques participant à des groupes d'entraide, joueurs pathologiques qui n'ont jamais consulté, famille et proche des joueurs, population générale, femmes joueuses pathologiques en traitement, etc. Enfin, les instruments de mesure sont très diversifiés : groupes de discussion, entrevues avec questions ouvertes, questionnaires maison ou validés, etc. Quelques études ont néanmoins utilisé la triangulation des données ou comparé deux groupes de participants (ex. : joueurs pathologiques en traitement et joueurs pathologiques n'ayant jamais consulté). Une étude précise que le délai moyen entre l'apparition du premier problème associé au jeu et la demande d'aide est de trois ans (Tavares, Martins, Zilberman et El-Guebaly, 2002).

1.5 PISTES DE SOLUTION

Bref, peu d'études se sont intéressées aux motifs de consultation et aux obstacles au traitement du jeu pathologique et les quelques études qui l'ont fait sont difficilement comparables entre elles en raison de la diversité de leurs méthodologies.

À notre connaissance, une seule étude a interrogé les participants eux-mêmes (14 joueurs et sept membres de la famille d'un joueur) sur d'éventuelles solutions à apporter. Les participants auraient voulu mieux savoir où et comment les joueurs peuvent demander de l'aide (McMillen, Marshall, Murphy, Lorenzen et Waugh, 2004). Dans les autres cas, les recommandations proviennent des auteurs, qui ont fait des propositions liées aux obstacles décelés dans leur étude.

Les pistes de solution proposées par les auteurs concernent principalement les changements d'attitude sociale : sensibiliser les joueurs aux conséquences progressives du jeu, réduire la stigmatisation associée au jeu pathologique et normaliser la demande d'aide (Clarke, Abbott, DeSouza et Bellringer, 2007; Evans et Delfabbro, 2005; Pulford *et coll*, 2009; Slutske, *et coll*, 2009). D'autres suggestions visent à ajouter à l'offre de services (repérage en première ligne, interventions brèves, counseling téléphonique, matériel d'autotraitement, utilisation des médias), en vue d'assurer la mise en place d'un continuum de services adaptés à chaque personne (Clarke *et coll*, 2007; Desrosiers et Jacques, 2009; Hodgins et El-Guebaly, 2000; Pulford

et coll, 2009 ; Slutske et coll, 2009 ; Weinstock et coll, 2011). Enfin, on recommande de développer du matériel éducatif afin d'aider l'entourage à reconnaître les signes avertisseurs du jeu pathologique, à encourager les joueurs à rechercher de l'aide et à les soutenir dans leur processus de résolution de problèmes (Clarke *et coll, 2007 ; Pulford et coll, 2009*).

1.6 OBJECTIFS

Cette étude vise à identifier les motifs de consultation et les obstacles qui empêchent ou retardent la demande d'aide chez les joueurs pathologiques de la région des Laurentides. De plus, elle vise à trouver des pistes de solution afin de favoriser l'entrée en traitement de ces joueurs.

1.7 HYPOTHÈSES ET QUESTIONS DE RECHERCHE

1.7.1 Hypothèses

Les motifs de consultation les plus fréquemment signalés seront similaires à ceux de la recension des écrits de Suurvali et ses collègues (2010).

Les obstacles les plus fréquemment signalés seront similaires à ceux de la recension des écrits de Suurvali et ses collègues (2009).

Quant aux pistes de solution, il s'agit d'une étude exploratoire et aucune donnée issue de la littérature ne permet d'émettre une hypothèse.

1.7.2 Questions de recherche

Quels sont les motifs qui influencent la demande d'aide chez les joueurs pathologiques ?

Quels sont les obstacles qui empêchent ou retardent l'entrée en traitement des joueurs pathologiques ?

La perception de ces motifs et de ces obstacles est-elle la même chez les joueurs pathologiques en traitement dans un centre de réadaptation en dépendance, chez les joueurs qui n'ont pas consulté, chez les intervenants du centre de réadaptation public et chez les intervenants des autres ressources régionales ?

Quelles sont les pistes de solution proposées par les différents groupes de participants ?

2. MÉTHODOLOGIE

Il s'agit d'une étude exploratoire, principalement qualitative, à laquelle s'ajoute l'utilisation de quelques instruments quantitatifs afin de favoriser la triangulation des données. Les participants ont rempli des questionnaires et ont participé à un groupe de discussion. Deux groupes étaient constitués d'intervenants et un groupe, de joueurs en traitement dans des centres de réadaptation en dépendance. Un groupe avait été prévu avec des joueurs à risque modéré ou pathologiques n'ayant pas consulté pour leur problème de jeu mais il a été annulé faute de participants.

2.1 DÉROULEMENT

Les rencontres se sont déroulées sensiblement de la même façon pour l'ensemble des participants. Les objectifs de la recherche, le type de participation et les règles de confidentialité ont été exposés aux participants, puis ceux-ci ont signé le formulaire de consentement. Ensuite, ils ont rempli des questionnaires pendant 20 à 30 minutes. Chaque participant a rempli les mêmes questionnaires, mais les questions étaient formulées différemment en fonction de sa situation (versions différentes du même questionnaire). Les intervenants ont rempli dans l'ordre les questionnaires suivants : *motifs et obstacles au traitement, échelle des raisons pour retarder le traitement* et la *liste des ressources*. Les joueurs ont rempli dans l'ordre les questionnaires suivants : *l'indice canadien du jeu excessif, motifs et obstacles au traitement, échelle des raisons pour retarder le traitement* et la *liste des ressources*. Les groupes de discussion, d'environ 1½ heure, ont été coanimés par le chercheur et par la coordonnatrice du projet. Tous les groupes ont eu lieu au mois de juin 2010.

En décembre 2011, les participants à l'étude ont été invités à la présentation des résultats. Les personnes présentes ont formulés leurs commentaires, leurs opinions, leurs suggestions et leurs questions. Ces propos ont été enregistrés et utilisés dans l'interprétation des résultats.

2.2 INSTRUMENTS DE MESURE (Voir annexe 1)

L'indice canadien du jeu excessif (ICJE) (Ferris et Wynne, 2001) permet de répartir la population en cinq groupes : les non-joueurs, les joueurs sans problèmes, les joueurs à faible risque, les joueurs à risque modéré et les joueurs excessifs. Il contient 31 items dont neuf sont cotés et servent à classer les individus dans les catégories susmentionnées. Chaque item propose un choix de réponses sur une échelle de type Likert en quatre points (jamais, parfois, la plupart du temps ou presque toujours). Un score de 3 à 7 caractérise les joueurs à risque modéré et un score de 8 et plus les joueurs excessifs. L'instrument possède des qualités psychométriques satisfaisantes : un coefficient alpha de Cronbach de 0,84, une fiabilité test-retest de 0,78 et une bonne validité convergente avec le DSM-IV (corrélation de 0,83) (Ferris et Wynne, 2001). Bien que l'ICJE fasse l'objet de critiques, les experts considèrent qu'il est le meilleur instrument disponible (McCready et Adlaf, 2006).

Reason for delaying treatment scale (Tavares, Martins, Zilberman et El-Guebaly, 2002), que l'on a traduit par *Échelle des raisons pour retarder le traitement*. Cet instrument possède 12 items sur une échelle de type Likert en cinq points (de « pas du tout » à « extrêmement »), qui correspondent à un motif pour retarder l'entrée en traitement. Les items ont été construits en fonction des résultats des études antérieures au sujet des obstacles au traitement. Ils font référence aux efforts d'auto-contrôle ou de récupération des pertes, au manque de ressources matérielles, à la honte et au secret, et au fait de ne pas être prêt au traitement. Il a fait l'objet d'une certaine validation auprès d'un échantillon de 84 joueurs pathologiques en traitement. Le score total est significativement corrélé au nombre d'années écoulées entre la prise de conscience du problème et la demande d'aide (Tavares *et coll.*, 2002). Quoique la validation de cet instrument soit plutôt sommaire, il s'agit du seul instrument mesurant les obstacles au traitement du jeu qui ait fait l'objet d'une telle attention. Le questionnaire a été traduit et adapté, avec l'autorisation de l'auteur, aux fins de la présente étude.

Deux versions ont été utilisées dans l'étude : une version identique à l'original destinée aux joueurs en traitement et une version destinée aux intervenants. La version modifiée utilise les mêmes items, mais formulés différemment : ils font allusion à un joueur en général plutôt qu'à l'individu. Ainsi la question : « Parmi les raisons possibles **de retarder** le traitement pour le jeu excessif, laquelle décrirait le mieux pourquoi **vous** n'avez pas pris cette décision plus tôt ? » a été reformulée en ces termes : « Parmi les raisons possibles de **ne pas consulter** pour le jeu excessif, laquelle décrirait le mieux pourquoi **un joueur excessif ne ferait pas (ou tarderait à faire)** une demande d'aide ? » Les items ont été reformulés de la même façon : par ex. « J'avais peur d'échouer en traitement. » devient : « Il a peur d'échouer en traitement ».

Liste des ressources d'aide. Cet instrument, élaboré aux fins de la présente étude, présente la liste des ressources d'aide pour le jeu pathologique disponibles dans la région des Laurentides ainsi que la ligne téléphonique provinciale. Le participant coche les ressources qu'il connaît. Puis il indique, pour chaque ressource connue, jusqu'à quel point il croit que cette ressource peut aider un joueur pathologique. Les choix de réponse sont basés sur une échelle de type Likert en cinq points (pas du tout, un peu, moyennement, beaucoup, extrêmement).

Motifs et obstacles au traitement. Cet instrument a été élaboré aux fins de la présente étude. Il contient deux questions ouvertes formulées en fonction de la catégorie de participants (intervenants et joueurs en traitement). Ces deux questions font allusion aux motifs de demande d'aide et aux obstacles au traitement. Il contient également quelques questions sociodémographiques.

2.3 GROUPES DE DISCUSSION

Le contenu des groupes de discussion a été axé sur les motifs de consultation, les obstacles au traitement du jeu pathologique et les pistes de solution (voir annexe 2). Les questions étaient similaires d'un groupe à l'autre, mais formulées en fonction de la catégorie de participants (intervenants du centre de réadaptation public en dépendance, intervenants des autres ressources et joueurs en traitement). En guise d'introduction, quelques questions ont été lancées afin de mettre les participants à l'aise. Puis des questions directes ont été posées afin de susciter des réponses rationnelles. Enfin, des stratégies ont été utilisées pour obtenir des réponses plus émotionnelles ou spontanées. Par exemple, on a demandé aux intervenants ce qu'ils feraient pour aider un ami, et aux joueurs d'imaginer et de décrire le traitement idéal.

Dans tous les groupes, on a présenté quatre slogans construits de façon à contrer les obstacles les plus fréquents selon la littérature et on a demandé aux participants d'indiquer leur préférence et de justifier leur choix. Le premier slogan, « Modifier ses habitudes de jeu : seul, c'est bien, à deux, c'est mieux ! », visait à contrer le désir de s'en sortir seul. Le deuxième, « Demander de l'aide, c'est gagnant ! », avait pour objectif de réduire la honte associée à la demande d'aide. Le troisième, « Le jeu pour moi : plaisir ou problème ? Pour une évaluation gratuite et confidentielle », espérait diminuer le déni ou la minimisation des problèmes. Finalement, « Le jeu, on connaît ça ! » se voulait une façon de contrer les préoccupations au sujet de l'efficacité du traitement.

2.4 CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

Le projet a été approuvé par le comité d'éthique de la recherche en toxicomanie et le comité d'éthique de la recherche du Centre de Santé et de Services sociaux de Saint-Jérôme. Tous les participants ont signé un formulaire de consentement. Les groupes de discussion et la rencontre de présentation des résultats ont été enregistrés avec l'autorisation des participants. Toutes les données ont été recueillies et traitées conformément aux normes de confidentialité acceptées par les deux comités d'éthique. À la fin de la rencontre, les joueurs ont reçu un certificat cadeau de 50 \$ pour compenser leurs frais de déplacement. Les intervenants n'ont reçu aucun dédommagement.

2.5 RECRUTEMENT ET SÉLECTION DES PARTICIPANTS

Des personnes de quatre catégories ont été invitées à participer à l'étude : (1) des intervenants du programme jeu pathologique du centre de réadaptation public en dépendances des Laurentides (CRD), (2) des intervenants d'autres ressources qui reçoivent au moins occasionnellement des joueurs pathologiques, (3) des joueurs pathologiques en traitement dans un centre spécialisé, et (4) des joueurs à risque modéré ou pathologiques qui n'étaient pas en traitement.

Les intervenants du programme jeu pathologique du centre de réadaptation public en dépendance des Laurentides (intervenants CRD) ont été informés de l'existence de l'étude lors d'une réunion d'équipe. Puis la coordonnatrice a rencontré chaque intervenant de façon individuelle afin de lui présenter le projet de recherche et de répondre à ses questions.

Les intervenants des autres ressources régionales (autres intervenants) ont été invités à participer par le responsable de leur établissement. Au besoin, les intervenants intéressés ont pu communiquer avec la coordonnatrice du projet afin d'obtenir de plus amples informations.

Les usagers des centres spécialisés (joueurs) ont été informés qu'une étude était en cours par leurs intervenants. Ceux-ci ont parlé de l'étude aux usagers en traitement depuis moins de trois mois qui ne démontraient pas d'intention suicidaire. Ils leur ont fait signer un formulaire autorisant la coordonnatrice de l'étude à les contacter afin de leur fournir des explications plus détaillées sur cette recherche.

Les joueurs de la population générale ont été recrutés au moyen d'une annonce parue dans les journaux locaux, d'une capsule radiophonique diffusée à plusieurs reprises et d'une affiche placée dans des bars et dans plusieurs autres organismes et ressources de la région (voir annexe 3). Cette annonce invitait les personnes à téléphoner pour obtenir plus d'information au sujet de l'étude. Les joueurs à risque modéré et les joueurs pathologiques ont été sélectionnés pour participer à l'étude. Cette sélection a été effectuée lors de l'entretien téléphonique à l'aide de l'ICJE.

2.6 PARTICIPANTS

Le premier groupe était composé de six intervenants des services de réadaptation externe du CRD des Laurentides affectés principalement à la clientèle des joueurs pathologiques. Le deuxième groupe regroupait 10 intervenants de diverses ressources régionales recevant au moins occasionnellement des joueurs pathologiques. Le troisième groupe était formé de six joueurs pathologiques en traitement dans un centre de réadaptation public et de cinq joueurs en traitement dans une communauté thérapeutique. Malgré tous les efforts déployés pour rejoindre des joueurs de la population générale, six personnes répondant aux critères de sélection ont appelé pour participer à l'étude et seulement deux étaient disponibles au moment où le groupe devait avoir lieu. Ce groupe a donc dû être annulé.

Le tableau 1 présente les caractéristiques sociodémographiques des intervenants ayant participé à l'étude. On peut y constater que la majorité était des femmes et la plupart avaient entre 36 et 55 ans au moment de leur participation. Un intervenant a omis d'indiquer son âge. Plus de la moitié (56,3 %) des intervenants avaient une scolarité de niveau universitaire et 37,5 % avaient fait des études de niveau collégial.

TABLEAU 1 Caractéristiques sociodémographiques des intervenants ayant participé à l'étude.

VARIABLE	NOMBRE	%
SEXE (N = 16)		
HOMME	5	31,3
FEMME	11	68,8
GROUPE D'ÂGE (N = 15)		
18 À 25 ANS	0	0
26 À 35 ANS	2	13,3
36 À 45 ANS	7	46,7
46 À 55 ANS	5	33,3
56 À 65 ANS	1	6,7
SCOLARITÉ (N = 16)		
SECONDAIRE	1	6,3
COLLÈGE	6	37,5
UNIVERSITÉ	9	56,3

De plus, neuf intervenants (56,3 %) avaient suivi une formation spécialisée relative au jeu, d'une durée moyenne de 3,1 jours (É.T. = 1,7). Dans les deux tiers des cas, il s'agissait d'une formation de type cognitivo-comportemental. Ils avaient en moyenne 6,8 ans d'expérience (É.T. = 5,6) auprès des joueurs pathologiques (de 0,5 à 20 ans selon la personne). Près de la moitié d'entre eux (46,7%) voyaient entre 1 et 11 joueurs par an, 33,3 % en voyaient entre 12 et 50 et 20,0 % en voyaient plus de 51. Un intervenant n'a pas répondu à cette question.

Le tableau 2 présente les caractéristiques sociodémographiques des joueurs ayant participé à l'étude. On peut y constater que la majorité était des hommes d'âge variable. Près de la moitié d'entre eux avaient une scolarité de niveau collégial, 18,2 % avaient fait des études universitaires et 36,4 %, des études de niveau secondaire. La majorité des joueurs (63,6 %) avaient un revenu familial inférieur à 40 000 \$ par an.

TABLEAU 2 Caractéristiques sociodémographiques des joueurs ayant participé à l'étude.

VARIABLE	NOMBRE	%
SEXE (N = 11)		
HOMME	7	63,6
FEMME	4	36,4
GROUPE D'ÂGE (N = 11)		
18 À 25 ANS	1	9,1
26 À 35 ANS	3	27,3
36 À 45 ANS	1	9,1
46 À 55 ANS	3	27,3
56 À 65 ANS	3	27,3
SCOLARITÉ (N = 11)		
SECONDAIRE	4	36,4
COLLÈGE	5	45,5
UNIVERSITÉ	2	18,2
REVENU FAMILIAL ANNUEL (N = 11)		
MOINS DE 20 000 \$	1	9,1
ENTRE 20 000 \$ ET 40 000 \$	6	54,5
ENTRE 40 000 \$ ET 60 000 \$	1	9,1
ENTRE 60 000 \$ ET 80 000 \$	2	18,2
ENTRE 80 000 \$ ET 100 000 \$	1	9,1

Alors qu'un score de huit et plus à l'ICJE correspond au jeu excessif et que le maximum possible est de 27, les joueurs participant à l'étude ont obtenu un score moyen de 17,9 (É.T. = 5,15) avec un minimum de 11 et un maximum de 25. Le tableau 3 présente les habitudes de jeux de hasard et d'argent des participants, soit le nombre et le pourcentage de joueurs qui s'adonnaient au moins une fois par semaine à ces jeux (voir l'annexe 1 pour une description des catégories de jeux). Les données révèlent que la quasi-totalité des joueurs (91,9 %) avaient l'habitude de jouer à la loterie vidéo.

TABLEAU 3 Habitudes de jeux de hasard et d'argent

JEU	NOMBRE DE JOUEURS	% DE JOUEURS
LOTÉRIE VIDÉO (PAS AU CASINO)	10	91,9
LOTÉRIE INSTANTANÉE	7	63,6
LOTÉRIE	6	54,5
LOTÉRIE QUOTIDIENNE	3	27,3
TIRAGE OU LEVÉE DE FONDS	1	9,1
BLACKJACK (CASINO)	1	9,1
MACHINES À SOUS (CASINO)	1	9,1
JEUX D'HABILITÉS	1	9,1
JEUX SUR INTERNET	1	9,1

2.7 STRATÉGIES D'ANALYSE

Pour les données quantitatives, des analyses descriptives sous forme de fréquences, de moyennes, d'écart-type et d'étendues ont été effectuées. Puis, des tests-t ont permis de comparer les moyennes du groupe des intervenants et du groupe des joueurs en traitement. Afin d'augmenter la puissance statistique, les données des deux groupes d'intervenants ont été regroupées, à cause de la petite taille du groupe des intervenants du centre de réadaptation public en dépendance ($n = 6$).

Les données qualitatives ont fait l'objet d'une analyse de contenu thématique. Tout d'abord, une agente administrative a retranscrit mot à mot le contenu des groupes de discussion. Puis ces verbatim ont été codifiés, c'est-à-dire que tous les extraits qui abordaient un même sujet ont été regroupés sous des thèmes, aussi appelés « codes ». Le chercheur et la coordonnatrice de la recherche ont créé la grille de codification et effectué séparément la codification proprement dite, puis se sont rencontrés pour établir un consensus. La même grille de codification a été utilisée pour classer les motifs de consultation et les obstacles au traitement nommés dans les questions ouvertes du questionnaire. Les analyses ont d'abord été effectuées de manière verticale, c'est-à-dire pour chaque groupe de discussion, puis une approche horizontale a permis de comparer le contenu des trois groupes.

Enfin, les résultats quantitatifs obtenus dans le questionnaire ont été comparés avec les données qualitatives obtenues à l'aide des questions ouvertes et du contenu des groupes de discussion. Cette triangulation des données a permis d'augmenter la validité des résultats obtenus.

3. RÉSULTATS

La présentation des résultats obtenus est divisée en cinq sections. Les deux premières présentent les résultats relativement aux objectifs de l'étude, à savoir de déceler les motifs de consultation et les obstacles qui empêchent ou retardent la demande d'aide chez les joueurs pathologiques. La troisième section concerne l'opinion des participants à l'égard des slogans proposés, qui visent à encourager les joueurs pathologiques à consulter. La quatrième traite des pistes de solution proposées par les participants pour favoriser l'entrée en traitement des joueurs. Enfin, la dernière section fournit le point de vue des participants au sujet de la problématique du jeu. Même s'ils n'ont pas de lien direct avec les objectifs, ces résultats complémentaires ajoutent à la compréhension du phénomène. Dans chaque section, des extraits de verbatim des groupes de discussion illustrent le point de vue des participants.

3.1 DÉLAI ET MOTIFS DE CONSULTATION

3.1.1 Délai de consultation

En réponse au questionnaire sur les motifs et les obstacles, les joueurs pathologiques ont signalé qu'ils ont attendu en moyenne 17 mois (É.T. = 56,7 mois) entre le moment où ils se sont aperçus qu'ils avaient un problème de jeu et le moment où ils ont demandé de l'aide à une ressource (spécialisée ou non). Les délais varient beaucoup d'un joueur à l'autre (intervalle de 6 mois à 15 ans) et huit joueurs sur 10 ont attendu plus de 12 mois avant d'effectuer la demande d'aide.

3.1.2 Motifs évoqués

Les groupes de discussion ont permis d'obtenir de l'information qualitative à propos des motifs qui amènent les joueurs pathologiques à consulter. La codification établie lors de l'analyse thématique du contenu a regroupé les motifs évoqués par les participants en 11 catégories.

Pertes

Les motifs de consultation reliés à une perte d'ordre matériel ou émotionnel ont été regroupés dans une catégorie nommée « pertes », qui comprend les problèmes financiers (endettement), les ruptures amoureuses ou la menace de rupture, la perte d'emploi, la perte du réseau social et le fait d'avoir tout perdu ou d'avoir peur de tout perdre (repères, raisons de vivre, se perdre).

« Moi personnellement c'est : ce qui m'a le plus poussé c'est les problèmes financiers. » (Joueur)

« Moi je regardais le monde jouer là, pis y'avait une madame qui pleurait sur le balcon a disait qu'a l'avait perdu sa maison. J'suis là pis, je l'écoute là pis, j'écoute toute ça pis, j'ai une pancarte devant ma machine là. C'est incroyable moi c'est ça qui m'a qui m'a dégainé pour aller chercher de l'aide j'me suis dit j'veux pas me rendre là » (Joueur)

« Ben c'est facile j'ai tout perdu...(...) J'ai, j'ai, j'ai rien, j'ai rien que ma santé. » (Joueur)

Souffrances émotionnelles ou psychologiques

Parmi les motifs évoqués qui amènent les joueurs pathologiques à consulter, certains ont été regroupés dans la catégorie « souffrance émotionnelle ou psychologique », qui regroupe les motifs de consultation suivants : la détresse psychologique (dépression, désespoir, souffrance, rejet, abandon), l'anxiété, les idées suicidaires, la perte de confiance ou la baisse d'estime de soi et la honte d'aimer jouer.

« Y'ont pris le courage de prendre le téléphone et de d'aller chercher de l'aide (...) mais tsé, c'est vraiment ça : c'est le goût de mourir total. » (Autre intervenant)

« Et puis un moment donné on vient que la souffrance dépasse notre orgueil, pis là la honte s'installe pis quand on veut changer notre vie ça ça marche pu. » (Joueur)

« Mais un moment donné de me rendre compte que j'aimais, c'est drôle ça l'a vraiment déclenché de la honte. Ça fait quessé que j'suis en train de faire là? (...) Faque quand que la honte a l'a été là, pour moi là, ça, ça fait euh à l'aide. » (Joueur)

Conflits ou problèmes

D'autres motifs soulevés par les participants lors de groupes de discussion sont liés aux problèmes judiciaires et aux conflits ou problèmes familiaux. Ils ont été regroupés dans la catégorie « conflits ou problèmes ».

« Relation difficile avec l'entourage » (Intervenant CRD)

« (...) j'me suis rendue jusqu'au détournement de fonds pis tout ça pis là où j'ai demandé de l'aide pis beaucoup, beaucoup, beaucoup, beaucoup trop tard c'est que je suis poursuivie au civil, au criminel » (Joueur)

Admission du problème

Les participants ont également soulevé certains motifs reliés à « l'admission du problème », catégorie qui regroupe les motifs de consultation suivants : l'admission du problème, la perte de contrôle (liée à l'obsession et à la perte de liberté), l'incapacité d'arrêter par soi-même et les conséquences négatives sur l'entourage.

« Ben le le motif pourrait pas être nécessairement simplement parce qu'ils veulent arrêter? »

– Ouin la perte de contrôle ouin » (Intervenants CRD)

Pressions externes

Des motifs portant sur l'obligation de consulter ou les pressions externes provenant autant de la famille ou du travail que d'une autre instance sociale ou judiciaire, ont été intégrés dans la catégorie nommée « pressions externes ».

« Quand les syndics là, quand y veulent accepter y faut qui fassent une thérapie ça, ça m'est déjà arrivé c't'un cas à Ville [nom de la ville]. » (Intervenant CRD)

Solitude, isolement

La solitude, l'isolement et l'absence de soutien ont aussi été évoqués par les participants comme motifs de consultation. Ceux-ci ont été rassemblés sous la catégorie intitulée « solitude, isolement ».

« (...) faque l'isolement prend beaucoup d'importance dans ma vie. Je trouvais que le la machine de loteries-vidéos c'était le parfait environnement pour rester isolé. » (Joueur)

Santé physique

Les problèmes de santé physique ou l'épuisement dû au mode de vie ont également été indiqués par les participants comme étant des motifs qui peuvent amener les joueurs pathologiques à consulter; ils ont été regroupés dans la catégorie « santé physique ».

« Ouais ouais fatigue, écoeurantite là. J'te dis pas que le goût y'é pu là là, y'é encore là, mais là là, c'est ah ouais, ça me prends trois, quatre jours m'en remettre là, faque j'peux pu jouer. » (Joueur)

Besoin d'aide ou de soutien

Des participants ont aussi mentionné comme motifs de consultation le besoin d'être écouté et d'être guidé vers une thérapie. Ces motifs ont été regroupés dans la catégorie « besoins d'aide ou de soutien ».

« Y veulent trouver pourquoi » (Intervenant CRD)

Comorbidité

Lors des groupes de discussion, la présence d'un trouble concomitant, notamment la dépendance à une substance psychoactive, a également été citée comme motif amenant le joueur pathologique à consulter.

« (...) je vous dirais que c'est une problématique combinée là ou c'est la problématique principale, mais égalitaire avec un problème d'alcoolisme ou de toxicomanie, mais y'a toujours de la détresse, une énorme détresse. » (Autre intervenant)

Autres motifs

Deux autres catégories de motifs n'ont pas été mentionnées lors des groupes de discussion mais ont été nommées par les participants comme réponse à la question du questionnaire sur les motifs et les obstacles, à savoir les besoins de survie et le fait d'entendre parler de la ressource d'aide. La catégorie « **besoin de survie** » regroupe les motifs liés aux besoins matériels (logement, nourriture, vêtements). Dans la catégorie « **entendre parler de la ressource** », on retrouve la connaissance de la ressource d'aide (p. ex. la personne a entendu parler de la ressource) aussi bien que la confiance en cette ressource (p. ex. l'utilisateur a été référé par une personne de confiance ou il a entendu parler d'un cas de réussite).

3.1.3 Fréquence d'évocation des motifs

Les participants ont également identifié les motifs qui amènent le joueur pathologique à consulter à l'aide du questionnaire sur les motifs et les obstacles. Au total, 24 motifs ont été signalés par les participants. Alors qu'en moyenne 2,73 motifs (É.T. = 1,19) ont été signalés par les joueurs pathologiques, les intervenants en ont soulevé en moyenne 5,13 (É.T. = 2,68). Les intervenants ont donc signalé plus de motifs de consultation, différence qui s'est avérée statistiquement significative ($t_{(25)} = 2,77, p < 0,01$).

Les motifs nommés dans le questionnaire ont été classés au moyen de la grille de codification élaborée pour l'analyse du contenu des groupes de discussion. Le tableau 4 présente les motifs évoqués dans les groupes de discussion et le nombre de fois où ils ont été mentionnés dans le questionnaire. Ainsi, les catégories de motifs les plus souvent mentionnées étaient, en ordre décroissant, les pertes (39 mentions), les souffrances émotionnelles ou psychologiques (26 mentions) et, dans une moindre mesure, les conflits ou problèmes (16 mentions) et l'admission du problème (12 mentions). Les autres motifs ont été mentionnés moins de 10 fois.

Plusieurs résultats du questionnaire concordent avec ceux obtenus dans les groupes de discussion. En effet, on observe que les pertes, les souffrances émotionnelles ou psychologiques et l'admission du problème, soit les motifs qui occupent le premier, le deuxième et le quatrième rang parmi les motifs les plus fréquemment mentionnés dans le questionnaire, ont été évoqués dans tous les groupes de discussion. Des différences peuvent aussi être observées. Tandis que les conflits ou problèmes ainsi que les pressions externes constituent le troisième et le cinquième motif les plus souvent mentionnés dans le questionnaire, les joueurs pathologiques n'ont pas évoqué ces motifs lors des groupes de discussion. De plus, comme mentionné précédemment, les répondants au questionnaire ont évoqué le besoin de survie et le fait d'entendre parler de la ressource d'aide comme étant des motifs de consultation, mais aucun des groupes de discussion ne les a évoqués.

Le tableau 5 présente les motifs signalés dans chacune des quatre catégories les plus souvent évoquées par les participants. On constate que les problèmes financiers (pertes) ont été mentionnés à 17 reprises comme motif de consultation, suivis des conflits ou problèmes familiaux, mentionnés à 11 reprises (conflits ou problèmes)

TABLEAU 4 Motifs évoqués dans les groupes de discussion et nombre de mentions dans le questionnaire des motifs et obstacles.

MOTIFS	GROUPE DE DISCUSSION			QUESTIONNAIRE NOMBRE DE MENTIONS*
	CRD	AUTRES	JOUEURS	
PERTES	✓	✓	✓	39
SOUFFRANCES ÉMOTIONNELLES	✓	✓	✓	26
CONFLITS OU PROBLÈMES	✓	✓		16
ADMISSION DU PROBLÈME	✓	✓	✓	12
PRESSIONS EXTERNES	✓	✓		7
ÉNTENDRE PARLER DE LA RESSOURCE				4
SOLITUDE, ISOLEMENT			✓	4
SANTÉ PHYSIQUE	✓		✓	2
BESOIN D'AIDE OU DE SOUTIEN	✓			2
BESOINS DE SURVIE				1
COMORBIDITÉ		✓	✓	1
AUTRES (TOUS CES MOTIFS)	✓			

* Le nombre de mentions peut dépasser le nombre de participants, car certains ont mentionné plus d'un motif de la même catégorie.

et des idées suicidaires (souffrance émotionnelle ou psychologique), signalées à 10 reprises. La détresse psychologique (souffrance émotionnelle ou psychologique) et le fait d'avoir tout perdu (pertes) ont également fait l'objet de plusieurs mentions (ils ont été signalés à neuf reprises). Enfin, huit mentions concernent la perte de contrôle (admission du problème) et sept la perte d'emploi (pertes).

3.1.4 Motifs les plus importants

Tous les groupes de discussion devaient évaluer l'importance relative des motifs de consultation et en retenir trois pour le classement final.

Les intervenants du CRD ont réussi à s'entendre sur l'importance des deux premiers motifs de consultation. D'après eux, l'admission du problème et les pertes constituent, dans cet ordre, les principaux motifs de consultation. Par contre, ils ont eu de la difficulté à se mettre d'accord pour déterminer le troisième motif, car au début de la discussion, les avis variaient beaucoup d'un intervenant à l'autre. Ils s'entendaient pour dire que deux des motifs évoqués étaient plus importants que les autres, sans pouvoir leur attribuer un rang. Finalement, ils sont parvenus à un compromis pour le troisième rang, en accordant une importance égale aux souffrances émotionnelles ou psychologiques et aux conflits ou problèmes.

TABLEAU 5 Motifs signalés dans le questionnaire des motifs et obstacles pour les quatre catégories les plus souvent évoquées par les participants.

CATÉGORIES DE MOTIFS LES PLUS ÉVOQUÉS (NOMBRE DE MENTIONS)	MOTIFS SIGNALÉS DANS CES CATÉGORIES (NOMBRE DE MENTIONS)
PERTES (39)	<ul style="list-style-type: none"> • PROBLÈMES FINANCIERS (17) • AVOIR TOUT PERDU OU AVOIR PEUR DE TOUT PERDRE (9) • PERTE D'EMPLOI (7) • PERTE DE RÉSEAU SOCIAL (4) • RUPTURE AMOUREUSE (OU MENACE DE RUPTURE) (2)
SOUFFRANCES ÉMOTIONNELLES OU PSYCHOLOGIQUES (26)	<ul style="list-style-type: none"> • IDÉES OU TENTATIVES DE SUICIDE (10) • DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE (9) • PERTE DE CONFIANCE, BAISSÉ D'ESTIME DE SOI (3) • ANXIÉTÉ (2) • HONTE D'AIMER JOUER (2)
CONFLITS OU PROBLÈMES (16)	<ul style="list-style-type: none"> • CONFLITS OU PROBLÈMES FAMILIAUX (11) • PROBLÈMES JUDICIAIRES (5)
ADMISSION DU PROBLÈME (12)	<ul style="list-style-type: none"> • PERTE DE CONTRÔLE (8) • ADMISSION DU PROBLÈME (3) • CONSÉQUENCES NÉGATIVES SUR L'ENTOURAGE (1)

Cette tâche s'est avérée particulièrement difficile pour les intervenants des autres ressources, qui ne sont pas parvenus à établir un consensus. Sans toutefois faire l'unanimité, une tendance pointait vers trois motifs : les pertes, les conflits ou problèmes et les souffrances émotionnelles ou psychologiques. Par ailleurs, ils ont aussi souligné que, dans une moindre mesure, les pressions externes et la comorbidité constituaient également des motifs importants de consultation.

Les joueurs pathologiques ont, par contre, réussi sans difficulté à trouver un consensus. En ordre d'importance, ils ont ainsi mentionné que les pertes, l'admission du problème de jeu et la souffrance émotionnelle ou psychologique constituaient les trois motifs de consultation les plus importants.

Le tableau 6 permet de constater que, parmi les deux groupes de discussion qui ont réussi à classer les motifs de consultation en ordre d'importance, les mêmes motifs ont été sélectionnés, mais en ordre inverse. En effet, alors que les intervenants du CRD ont choisi l'admission du problème comme premier motif de consultation, suivi des pertes, les joueurs ont opté pour ces mêmes motifs, mais ils les ont disposés en ordre inverse. La souffrance émotionnelle et psychologique a occupé le troisième rang pour ces deux groupes, quoique les intervenants du CRD y aient également placé *ex aequo* les problèmes ou conflits. Par ailleurs, les intervenants des autres

ressources ont mentionné tous ces motifs comme étant plus importants que d'autres (à l'exception de l'admission du problème), mais sans réussir à les ordonner.

À l'aide du *questionnaire sur les motifs et les obstacles*, les participants ont également précisé le motif de consultation qu'ils considéraient comme le plus important parmi ceux qu'ils avaient évoqués dans le questionnaire. Le tableau 6 indique le nombre de participants qui ont identifié un motif de consultation comme étant le plus important. Ainsi, douze participants (huit intervenants et quatre joueurs) ont indiqué que les pertes constituent le motif de consultation le plus important et sept autres (cinq intervenants et deux joueurs) ont opté pour la souffrance émotionnelle ou psychologique. Seulement trois participants (un intervenant et deux joueurs) ont considéré l'admission du problème comme étant le motif de consultation le plus important.

En comparant les motifs de consultation indiqués comme étant les plus importants selon les sources d'information, on constate que les mêmes motifs ont été sélectionnés dans les différents groupes de discussion et dans le questionnaire. Quoique l'ordre varie d'un groupe à l'autre et dans les résultats du questionnaire, on observe que les pertes ont été signalées plus souvent que les autres motifs ; ce motif est suivi par les souffrances émotionnelles et psychologiques, l'admission du problème et enfin les conflits ou problèmes.

TABLEAU 6 Classement des motifs de consultation par ordre d'importance en fonction des sources de cueillette de données.

MOTIFS	GROUPES DE DISCUSSION			QUESTIONNAIRE	
	INTERVENANTS CRD	AUTRES INTERVENANTS	JOUEURS	INTERVENANTS (NOMBRE)	JOUEURS (NOMBRE)
ADMISSION DU PROBLÈME	1 ^{ER}	√	2 ^E	1	2
PERTES	2 ^E	√	1 ^{ER}	8	4
SOUFFRANCES ÉMOTIONNELLES OU PSYCHOLOGIQUES	√		3 ^E	5	2
CONFLITS OU PROBLÈMES	√	√		1	1
BESOIN D'AIDE OU DE SOUTIEN				1	
SANTÉ PHYSIQUE					1
SOLITUDE, ISOLEMENT					1
TOTAL				16	11

NB : Les intervenants du CRD ont classé deux motifs qu'ils considéraient d'importance égale au troisième rang (√). Les autres intervenants n'ont pas réussi à établir une priorité parmi les trois motifs identifiés (√).

3.2 OBSTACLES AU TRAITEMENT

3.2.1 Obstacles : description, fréquence et importance relative

3.2.1.1 Description des obstacles évoqués dans les groupes de discussion

Lors des groupes de discussion, les participants se sont exprimés quant aux obstacles qui empêchent ou retardent la demande d'aide des joueurs pathologiques. La codification établie lors de l'analyse thématique du contenu a regroupé ces obstacles en 12 catégories.

Honte, secret, stigmatisation

La catégorie « honte, secret, stigmatisation » regroupe plusieurs obstacles : les sentiments de honte et de culpabilité, la peur d'être jugé, la crainte d'être identifié (ex. violation de confidentialité), la crainte de rupture amoureuse si le conjoint découvre le problème de jeu, le fait d'être aux prises avec le secret du jeu (ne pas vouloir avouer à un tiers), l'orgueil (p. ex. : ne pas se montrer faible, avoir peur du ridicule) et la peur de la stigmatisation ou de l'étiquette.

« (...) alcoolisme, on a fait un bout de chemin, on l'a rendu plus acceptable socialement, moins tabou (...) Les gens commencent à se questionner sur leur consommation euh d'où maintenant des, des, des programmes comme Alcochoix comme tsé on arrive à dire bon on peut se questionner avant que ce soit trop grave, puis on peut l'ouvrir, mais le jeu on n'en est pas rendu là faque quand les gens ouvrent sur leur programme de jeu y'é déjà très grave le le problème de jeu » (Autre intervenant)

« Moi je pense que la peur du jugement a rentre en ligne de compte tout de suite » (Joueur)

Efforts d'autocontrôle

La catégorie intitulée « efforts d'autocontrôle » regroupe les obstacles évoqués qui sont liés au désir ou à la croyance que le joueur pathologique va réussir à s'en sortir seul, à jouer de façon contrôlée, à récupérer les pertes ou à mettre en pratique des solutions temporaires pour calmer son anxiété.

« (...) ah non y'ont tout le temps trouvé une faille qui vont réussir à prendre le dessus pis se vendre des idées, l'illusion je la trouve très très forte au niveau de joueurs, beaucoup plus que la toxicomanie. (...) faque la dynamique est pas pareille tsé boire plus ça va pas régler ton problème de boire, mais jouer plus si t'as de petits gains... » (Autre intervenant)

« Moi je pense que c'est de croire qu'on est capable de s'en sortir seul. » (Joueur)

Ne pas être prêt au traitement

Des obstacles liés au fait de « ne pas être prêt au traitement » ont aussi été mentionnés lors des groupes de discussion. Cette catégorie comprend les obstacles suivants : le déni et la minimisation, le manque de confiance en soi, le fait de remettre à plus tard la consultation, la comorbidité (le joueur consulte pour l'autre problématique), la peur de perdre la liberté en recevant de l'aide et les croyances erronées (ex. « le jeu n'est pas une vraie dépendance »).

« Y'ont pas admis leur problèmes

– Y se reconnaissent pas un problème de jeu » (Intervenants CRD)

« J'irais, je vais penser à ça demain, pis le lendemain matin tu y penses pu. Tu penses à... jusqu'à la prochaine game. » (Joueur)

Caractéristiques du traitement et préoccupations au sujet de son efficacité

Une catégorie a été créée pour regrouper les obstacles liés aux caractéristiques du traitement ou les préoccupations à l'égard de son efficacité. Ainsi, les participants ont évoqué les obstacles suivants : la méconnaissance ou l'ignorance des ressources (y compris l'absence de publicité et l'idée qu'il faut payer), le fait d'avoir vécu des expériences négatives ou de connaître des gens pour qui la thérapie n'a pas fonctionné, la méfiance ou la non-confiance envers le système, le traitement ou les professionnels, l'impuissance ou le sentiment d'échec ou de désespoir (p. ex. : « personne ne peut m'aider ou me comprendre »), la liste d'attente trop longue et l'offre de service non adaptée (p. ex. ne tient pas compte du vécu, de l'état et des besoins de ces personnes, manque de disponibilité).

« Pis en plus, non seulement (...) beaucoup ne savent pas qu'il y a des traitements spécialisés, mais y savent pas c'est quoi les traitements spécialisés. » (Autre intervenant)

« (...) mais là, moi je suis rendue à ma quatrième. Sincèrement avant de consulter pour celle-là j'me suis dit, j'suis allé quand même parce que j'étais pu capable, pis j'me suis dit qu'est-ce que je vais apprendre de plus ? Qu'est-ce qui fait que cette fois-ci (...) ? » (Joueur)

« (...) pis les services de crise là on a une belle entente aussi avec [centre de crise]

– Ouais ouais

– mais tsé leurs admissions c'est après 8 heures le matin.

– (...)

– mais je fais quoi à minuit avec le gars qui est en crise? J'ai juste l'urgence?

– Merci bonsoir!

– C'est ça effectivement

– C'est ça j'va l'amener au Tim Hortons pis je passe la nuit là avec? » (**Autres intervenants**)

Difficultés à parler des problèmes personnels

Lors des groupes de discussion, les « difficultés à parler des problèmes personnels » ou à aller en thérapie ont également été évoquées. Les obstacles qui ont été regroupés dans cette catégorie sont les suivants : la peur de l'inconnu, la peur du mot « thérapie » (p. ex. : « je ne suis pas fou », « je ne suis pas malade »), la méconnaissance des outils concrets de la thérapie et la peur d'être confronté à ses blessures.

« Parce que thérapie là pour le commun des mortels là (...) Une thérapie c'est pour les gens qui ont des gros problèmes psychologiques, à la limite qui sont un peu fous. » (**Autre intervenant**)

Manque de ressources matérielles

Ont été regroupés dans la catégorie « manque de ressources matérielles » les obstacles évoqués qui concernent le temps, l'éloignement géographique et l'argent.

« J'avais pas le temps ! » (**Joueur**)

« Pas de moyen de transport adéquat peut-être ? » (**Intervenant CRD**)

Manque de soutien

L'isolement a aussi été reconnu lors des groupes de discussion comme un obstacle qui entrave ou retarde la demande d'aide. Cet obstacle a été classé dans la catégorie nommée « manque de soutien ».

« Ce que beaucoup me disent moi, que c'est la peur d'être seul

– Hum

– J'veux pas retomber seul » (**Intervenants CRD**)

Ne pas vouloir délaissier les bénéfices du jeu

Des obstacles qui font allusion aux bénéfices d'ordre financier ou émotionnel que le joueur peut tirer du jeu ont été mentionnés et une catégorie intitulée « ne pas vouloir délaissier les bénéfices du jeu » a été créée. Les participants ont indiqué que les joueurs ne demandent pas ou retardent la demande d'aide parce que les pertes n'ont pas causé de dommages assez importants ou parce qu'ils ont peur de ne plus savoir quoi faire s'ils cessent de jouer.

« (...) c'est que aïe, c'est un méchant thrill hein, c'est : tu trip hein ! Parce que c'est ça, y'a une adrénaline là-dedans. Y'a une vie de joueur depuis 10-15 ans qui est là. » (**Autres intervenants**)

« Le problème c'est que le jeu comme la drogue comble un besoin, comble un vide. Y'a quelque chose qui nous apporte. » (**Joueur**)

Influences sociales

Les « influences sociales » sont liées à la banalisation du jeu, à la valorisation des gagnants, à la croyance que le système est payant et à la minimisation des conséquences du jeu, influences omniprésentes dans la société.

« (...) c'est extrêmement banalisé, on a un paradoxe d'interprétation sociale du phénomène (...) hein c'est très accessible, c'est suraccessible tout le monde sait ça, mais euh d'un autre côté, les losers, on n'en parle pas. » (**Autre intervenant**)

« (...) le mot jeu euh commence quand on est enfant : un an, deux ans, trois ans, tout le temps. Et le jeu c'est une bonne chose et on ne peut pas, pourquoï on, on s'empêche d'aller consulter, parce que c'est un jeu.

– On se fait pas traiter parce qu'on a du plaisir ! » (**Joueurs**)

Facilité à cacher le jeu à l'entourage

Lors de groupes de discussion, la facilité avec laquelle le joueur peut cacher la pratique problématique du jeu à l'entourage a été soulevée comme un obstacle qui empêche ou retarde la demande d'aide.

« (...) c'est des fois ça peut être très long avant que l'environnement s'aperçoive que la personne joue, faque y retardent justement le, la demande de services parce que y réussissent à le cacher. » (Intervenant CRD)

« C'est plus caché, ça se masque plus. Si t'es gelé ben tight là, inquiète-toi pas, les autres vont finir par s'en rendre compte. » (Autre intervenant)

Absence de repérage et manque de formation

Des difficultés liées au repérage des joueurs pathologiques et au manque de formation des intervenants, particulièrement en première ligne, ont été évoqués comme obstacles et regroupés sous la catégorie « absence de repérage et manque de formation ».

« Je l'ai directement entendu d'une intervenante du CLSC (...) Ouais, a dit non, nous autres si la personne a nous parle pas du jeu, on n'en parle pas. » (Intervenant CRD)

« Pis la première fois que tu rencontres ces gens-là, même que ce soit une petite crise ou une méga crise, y faut que tu saches comment le feeler tsé parce que c'est pas c'est... ça prend une approche particulière pour travailler avec ces gens-là, c'est pas... » (Autre intervenant)

Rareté ou inefficacité des incitatifs à consulter

Lors des groupes de discussion, on a indiqué que l'absence ou l'inefficacité des publicités visant à faire connaître les ressources d'aide ou à souligner les effets pervers du jeu pathologique sont des obstacles qui empêchent ou retardent la demande d'aide. Ces obstacles ont été regroupés dans la catégorie « rareté ou inefficacité des incitatifs à consulter ».

« Pis moi je peux vous dire quand y'a une promotion comme ça, ça dure à peu près 6 semaines le nombre d'appels [à la ressource] double (...) Faque nous autres on se dit pourquoi que y'en font pas plus souvent de la promotion, on pourrait en rejoindre plus de joueurs. » (Autre intervenant)

« Je dirais le fait que l'on retarde beaucoup là c'est que y'a vraiment aucune information négative sur les machines à poker. » (Joueur)

3.2.1.2 Fréquence d'évocation des obstacles

Les participants ont également rempli l'« échelle des raisons pour retarder le traitement ». Ils ont indiqué dans quelle mesure les items présentés réussissaient à décrire les raisons pour lesquelles les joueurs pathologiques retardent le traitement. Tandis que les intervenants ont considéré qu'en moyenne 11,31 des 12 items (É.T. = 0,88) constituaient des raisons potentielles de retarder le traitement, les joueurs en ont indiqué 8,64 (É.T. = 2,46); la différence est statistiquement significative ($t_{(11,75)} = 3,46, p < 0,01$).

De plus, les participants ont identifié les obstacles qui retardent ou empêchent la demande de consultation à l'aide du questionnaire sur les motifs et les obstacles. Au total, les participants ont évoqué 30 obstacles. Alors qu'en moyenne les joueurs pathologiques ont mentionné 2,27 obstacles (É.T. = 1,10), ce nombre s'élève à 4,38 pour les intervenants (É.T. = 1,93). Les intervenants ont donc nommé plus d'obstacles que les joueurs et cette différence est statistiquement significative ($t_{(24,4)} = 3,56, p < 0,001$).

Les obstacles nommés dans le questionnaire ont été classés au moyen de la grille de codification élaborée pour l'analyse du contenu des groupes de discussion. Le tableau 7 présente les obstacles évoqués dans les groupes de discussion, le nombre de fois où ils ont été mentionnés dans le questionnaire motifs et obstacles au traitement et les scores moyens obtenus à l'échelle des raisons pour retarder le traitement. Ainsi, les catégories d'obstacles les plus souvent mentionnées ont été les suivantes, en ordre décroissant : la honte, le secret et la stigmatisation (31 mentions), les efforts d'autocontrôle (16 mentions) et, à égalité, le fait de ne pas être prêt au traitement ainsi que les caractéristiques et les préoccupations au sujet de l'efficacité du traitement (15 mentions). Les autres obstacles n'ont été mentionnés que cinq fois ou moins. Il importe de souligner que le groupe de discussion a permis l'émergence de trois obstacles qui n'avaient pas été évoqués dans le questionnaire, soit la facilité avec laquelle la problématique du jeu peut être cachée, l'absence de repérage et de formation des intervenants et la rareté ou l'inefficacité des incitatifs à consulter.

Le tableau 7 permet de constater que deux des scores moyens² de l'échelle des raisons pour retarder le traitement sont plutôt élevés, soit les efforts d'autocontrôle, avec un score de 8,59, et la honte, le secret et la stigmatisation, avec un score moyen de 8,52. Les deux autres catégories d'obstacles ont obtenu des scores plus faibles, soit 5,54 pour le fait de ne pas être prêt au changement et 4,61 pour le manque de ressources matérielles.

Plusieurs résultats du questionnaire des motifs et obstacles au traitement concordent avec ceux des groupes de discussion et de l'échelle des raisons pour retarder le traitement. En effet, on constate que les participants de tous les groupes de discussion ont évoqué les trois obstacles les plus souvent mentionnés par les répondants

au questionnaire, soit la honte, le secret et la stigmatisation, les efforts d'autocontrôle déployés par le joueur et le fait de ne pas être prêt à suivre un traitement. De plus, ces trois obstacles ont également obtenu les scores les plus élevés de l'échelle des raisons pour retarder le traitement.

Par contre, des différences peuvent être observées, principalement en ce qui a trait au quatrième rang du classement. Les résultats des groupes de discussion et les réponses au questionnaire placent à ce rang les caractéristiques du traitement et les préoccupations au sujet de son efficacité, un obstacle qui ne fait pas partie de l'échelle des raisons. Les autres obstacles n'ont été mentionnés que par cinq participants ou moins.

TABEAU 7 Obstacles évoqués dans les groupes de discussion, nombre de mentions dans le questionnaire des motifs et obstacles au traitement et moyennes des scores à l'échelle des raisons pour retarder le traitement.

OBSTACLES	GROUPE DE DISCUSSION			QUESTIONNAIRE	ÉCHELLE DES RAISONS	
	CRD	AUTRES	JOUEURS	NOMBRE DE MENTIONS	SCORE MOYEN	ÉCART-TYPE
HONTE, SECRET, STIGMATISATION	✓	✓	✓	31	8,52	3,54
EFFORTS D'AUTOCONTRÔLE	✓	✓	✓	16	8,59	2,00
PAS PRÊT AU TRAITEMENT	✓	✓	✓	15	5,54	5,54
TRAITEMENT ET EFFICACITÉ	✓	✓	✓	15		
PARLER DES PROBLÈMES PERSONNELS		✓		5		
MANQUE DE RESSOURCES MATÉRIELLES	✓	✓	✓	3	4,61	2,79
MANQUE DE SOUTIEN	✓			2		
BÉNÉFICES DU JEU	✓	✓	✓	2		
INFLUENCES SOCIALES		✓	✓	1		
FACILITÉ À CACHER LE JEU	✓	✓		0		
ABSENCE DE REPÉRAGE ET MANQUE DE FORMATION	✓	✓		0		
RARETÉ OU INEFFICACITÉ DES INCITATIFS		✓	✓	0		

² Le score d'une catégorie d'obstacle correspond à la somme des scores des items qui la composent. Puisqu'il y a trois items par catégorie et que le score d'un item peut aller de 0 à 4, le score d'une catégorie peut varier de 0 à 12.

Le tableau 8 présente les obstacles signalés dans chacune des quatre catégories les plus souvent évoquées par les participants. On constate que la honte et la culpabilité (honte, secret et stigmatisation) ont été signalées à 14 reprises comme obstacle au traitement ; elles sont suivies du déni et de la minimisation du problème (ne pas être prêt au traitement), mentionnés à

12 reprises, et du désir ou de la croyance de s'en sortir seul (efforts d'autocontrôle), signalés à neuf reprises. La peur d'être jugé (honte, secret et stigmatisation) et la méconnaissance ou l'ignorance des ressources (caractéristiques du traitement et préoccupations à l'égard de son efficacité) ont également fait l'objet de plusieurs mentions (huit et sept respectivement).

TABEAU 8 Obstacles mentionnés dans le questionnaire des motifs et obstacles pour les quatre catégories les plus souvent évoquées par les participants.

CATÉGORIES D'OBSTACLES LES PLUS SOUVENT ÉVOQUÉS (NOMBRE DE MENTIONS)	OBSTACLES NOMMÉS DANS CES CATÉGORIES (NOMBRE DE MENTIONS)
HONTE, SECRET ET STIGMATISATION (31)	<ul style="list-style-type: none"> • HONTE, CULPABILITÉ (14) • PEUR D'ÊTRE JUGÉ (8) • ORGUEIL (5) • AUX PRISES AVEC LE SECRET DU PROBLÈME DE JEU (1) • CRAINTE D'ÊTRE IDENTIFIÉ (1) • CRAINTE DE RUPTURE AMOUREUSE (1) • PEUR DE LA STIGMATISATION (ÉTIQUETTE) (1)
EFFORTS D'AUTOCONTRÔLE (16)	<ul style="list-style-type: none"> • DÉSIR OU CROYANCE DE S'EN SORTIR SEUL (9) • DÉSIR OU CROYANCE DE SE REFAIRE (4) • DÉSIR DE JOUER DE FAÇON CONTRÔLÉE (2) • UTILISATION DE SOLUTION TEMPORAIRE POUR CALMER L'ANXIÉTÉ (1)
NE PAS ÊTRE PRÊT AU TRAITEMENT (15)	<ul style="list-style-type: none"> • DÉNI, MINIMISATION (12) • CONSULTATION POUR AUTRE PROBLÉMATIQUE (COMORBIDITÉ) (1) • PEUR DE PERDRE LA LIBERTÉ EN CONSULTANT (1) • CROYANCE ERRONÉE ENVERS LA PROBLÉMATIQUE (1)
CARACTÉRISTIQUES DU TRAITEMENT ET PRÉOCCUPATIONS AU SUJET DE SON EFFICACITÉ (15)	<ul style="list-style-type: none"> • MÉCONNAISSANCE OU IGNORANCE DES RESSOURCES (7) • MÉFIANCE ENVERS LE SYSTÈME (3) • OFFRE DE SERVICES NON ADAPTÉE (2) • LISTE D'ATTENTE TROP LONGUE (1) • EXEMPLE D'ÉCHEC SUITE AU TRAITEMENT (1) • IMPUISSANCE (1)

3.2.1.3 Obstacles les plus importants

Tous les groupes de discussion devaient juger de l'importance relative des obstacles au traitement et en retenir trois pour le classement final.

Les intervenants du CRD se sont entendus pour prioriser d'abord les obstacles liés à la honte, au secret et à la stigmatisation et, en deuxième lieu, les obstacles liés aux efforts d'autocontrôle. En fait, ils avaient priorisé trois obstacles, mais leurs deux premiers choix faisaient partie de la même catégorie (honte, secret et stigmatisation). Les intervenants des autres ressources ont priorisé les caractéristiques du traitement et les préoccupations à l'égard de son efficacité, suivis des sentiments de honte, du secret et de la stigmatisation et enfin des efforts d'autocontrôle. Quant aux joueurs, ils n'ont priorisé que deux obstacles, soit la honte, le secret et la stigmatisation, ainsi que les efforts d'autocontrôle.

Le tableau 9 permet de constater que les trois groupes de discussion ont sélectionné la honte, le secret et la stigmatisation ainsi que les efforts d'autocontrôle parmi les trois obstacles qu'ils considéraient comme les plus importants. Par contre, les intervenants des autres ressources ont également priorisé les caractéristiques du traitement et les préoccupations à l'égard de son efficacité, jugeant même cet obstacle comme étant plus important que les deux autres.

À l'aide du *questionnaire sur les motifs et les obstacles*, les participants ont également précisé l'obstacle qu'ils considéraient comme le plus important parmi

ceux qu'ils avaient évoqués dans le questionnaire. Le tableau 9 indique le nombre de participants qui ont identifié un obstacle au traitement comme étant le plus important. Ainsi, 12 participants (neuf intervenants et trois joueurs) ont indiqué que la honte, le secret et la stigmatisation constituait l'obstacle le plus important et cinq autres (un intervenant et quatre joueurs) ont opté pour les efforts d'autocontrôle. Dans une moindre mesure, quatre participants ont considéré les caractéristiques du traitement et les préoccupations à l'égard de son efficacité ainsi que le fait de ne pas être prêt au traitement comme étant le motif de consultation le plus important.

Quant à l'*échelle des raisons pour retarder le traitement*, une question placée à la fin de cet instrument de mesure invitait le répondant à indiquer l'item (l'obstacle au traitement) qu'il considérait le plus important. Pour 11 participants (six intervenants et cinq joueurs), le choix a porté sur les efforts d'autocontrôle et pour 10 participants (huit intervenants et deux joueurs), l'item le plus important faisait partie de la catégorie honte, secret et stigmatisation.

Indépendamment de la source de données, on observe que la honte, le secret et la stigmatisation ainsi que les efforts d'autocontrôle ont été choisis parmi les trois obstacles les plus importants. Les caractéristiques du traitement et les préoccupations à l'égard de son efficacité ainsi que le fait de ne pas être prêt au traitement se retrouvent également priorisés par deux des trois sources de données.

TABLEAU 9 Classement des obstacles au traitement par ordre d'importance en fonction des sources de cueillette de données.

OBSTACLES	GROUPES DE DISCUSSION			QUESTIONNAIRE		ÉCHELLE DES RAISONS	
	INTERVENANTS CRD	AUTRES INTERVENANTS	JOUEURS	INTERVENANTS (NOMBRE)	JOUEURS (NOMBRE)	INTERVENANTS (NOMBRE)	JOUEURS (NOMBRE)
HONTE, SECRET ET STIGMATISATION	1 ^{ER}	2 ^E	1 ^{ER}	9	3	8	2
EFFORTS D'AUTOCONTRÔLE	2 ^E	3 ^E	2 ^E	1	4	6	5
TRAITEMENT ET EFFICACITÉ		1 ^{ER}		3	1		
PAS PRÊT AU TRAITEMENT				1	3	1	1
MANQUE DE RESSOURCES						1	2
DIFFICULTÉS DE PARLER DES PROBLÈMES PERSONNELS				2			
TOTAL				16	11	16	10

3.2.2 Effet présumé du nom donné à la problématique

Durant les groupes de discussion, les animateurs ont demandé aux participants leur opinion quant à la façon de nommer la problématique du jeu, soit jeu « pathologique » contre jeu « excessif », afin de savoir si le terme utilisé pourrait avoir une influence sur le moment où un joueur prend la décision de demander de l'aide.

Dans tous les groupes, le terme « pathologique » a été évalué comme étant un « mot dur », qui risque de nuire aux joueurs aux prises avec un problème de jeu, plutôt que de les attirer vers une ressource d'aide.

« Hein ? moé j'ai cette perception là que aïe, que ça doit pas être euh attirant là tsé pour... »
(Intervenant CRD)

« Ben c'est comme thérapie, mais c'est pire ! [Rire]
– Ouin, t'as l'air à part, t'as l'air à part
– Ben malade ! » (Autres intervenants)

« Ouin c'est ça euh pathologique, ça apporte à une maladie, qui euh c'est s'avouer malade, une question de fierté, de jugement, on se sent à part des autres c'est sur que obsessif ou excessif...
– Ce serait plus préventif hein » (Joueurs)

Dans le groupe d'intervenants du CRD, certains ont dit éviter le terme « pathologique », allant jusqu'à le remplacer par « compulsif » en parlant aux usagers.

« Moi mes usagers j'leur dis le jeu compulsif et (...)
– tsé mais euh ça j'aime ça comme appellation « compulsif » me semble que ça fait moins euh...
– Moins malade » (Intervenants CRD)

Les joueurs pathologiques ont mentionné qu'ils préférent « excessif » à « pathologique ». Au cours de la discussion, ils en sont venus à la conclusion que le terme « dépendance » serait le plus approprié.

« (...) là tu dis euh si vous avez une dépendance au jeu, une dépendance c'est moins pire, mais ça peut aller, ça peut venir te chercher plus vite que justement... » (Joueur)

Toutefois, dans deux groupes, une personne a considéré que le nom donné à la problématique n'avait pas d'importance et qu'il n'aurait aucune influence sur la demande d'aide.

« On mettra le mot qu'on voudra là, mais euh pour moi, c'est plus ça comment ça se passe que comment qu'on l'appelle » (Autres intervenants)

« Ça ça, ça change euh rien, ça change euh rien j'me mets devant le le jeu pis je dépense toute. Qu'on appelle ça, peu importe la façon qu'on veut l'appeler (...) euh beaucoup de gens vont voir ça et vont dire non moi je serai pas dépendant. Pourquoi ? parce qu'on a une mentalité de « non moi ça m'arrivera pas ! » (Joueur)

3.2.3 Connaissance des ressources et confiance accordée

Afin de savoir si les participants connaissaient les ressources d'aide de la région, une liste de 15 ressources offrant de l'aide à des joueurs pathologiques (aide psychologique ou conseils financiers) a été présentée aux participants. Ils ont été invités à cocher les ressources dont ils avaient entendu parler, même si cette connaissance était vague.

Si le participant connaissait une ressource, il était invité à indiquer jusqu'à quel point il faisait **confiance à cette ressource** pour aider un joueur pathologique. La confiance envers les ressources d'aide a été mesurée à l'aide d'une échelle de type Likert composée de cinq points (pas du tout, un peu, moyennement, beaucoup, totalement) et dont le score variait de 0 à 4.

3.2.3.1 Connaissance des ressources

Les résultats montrent que huit des 15 ressources de la liste sont connues par plus de la moitié des participants. Tandis que les joueurs ont indiqué qu'ils connaissaient entre deux et six ressources d'aide, avec une moyenne de 3,6 (É.T. = 1,5), les intervenants ont affirmé en connaître entre cinq et 13, avec une moyenne de 8,8 (É.T. = 2,3). Ainsi, les intervenants connaissaient plus de ressources que les joueurs en traitement, différence qui s'est avérée statistiquement significative ($t_{(25)} = 6,64, p < 0,001$).

3.2.3.2 Confiance aux ressources

Parmi les ressources d'aide connues par au moins cinq personnes (12 ressources sur 15), les participants ont indiqué qu'ils avaient une confiance élevée dans deux d'entre elles (score ≥ 3) et une confiance moyenne (score entre 2 et 3) dans huit autres. Seulement deux ressources ont été évaluées moins positivement par les répondants (score < 2).

Si l'on compare l'évaluation de la confiance envers les cinq ressources connues par au moins cinq intervenants et cinq joueurs, les résultats sont très semblables, à l'exception d'une seule ressource. Tandis que les joueurs ont jugé plutôt négativement cette ressource (score < 2), les intervenants lui accordaient une confiance plus élevée (score entre 2 et 3).

3.3 SLOGANS

3.3.1 Description des slogans

Dans le cadre de la présente étude, quatre slogans visant à inciter les joueurs pathologiques à consulter ont été développés en tenant compte des principaux obstacles au traitement signalés dans la littérature scientifique. Ces slogans ont été présentés aux participants lors de groupes de discussion, afin d'explorer de façon indirecte leurs opinions quant aux obstacles les plus importants chez les joueurs.

Slogan 1 : « Modifier ses habitudes de jeu. Seul, c'est bien ; à deux, c'est mieux ! »

Le premier slogan soulignait le fait que la demande d'aide augmente la probabilité que les joueurs pathologiques modifient leurs habitudes de jeu. Il tenait ainsi compte de l'obstacle signalé dans la littérature lié la croyance ou au désir des joueurs pathologiques de s'en sortir seuls.

Slogan 2 : « Demander de l'aide, c'est gagnant »

La demande d'aide était associée à une démarche « gagnante » dans le deuxième slogan, afin de contrer la honte, l'attitude de perdant associée au fait de demander un traitement, un obstacle fréquemment signalé dans la littérature.

Slogan 3 : « Le jeu pour moi : plaisir ou problème ? Pour une évaluation gratuite et confidentielle »

En présentant l'opposition « plaisir ou problème », le troisième slogan visait à prévenir le déni ou la minimisation de la problématique du jeu, qui, selon la littérature, peut constituer un autre obstacle à la consultation.

De plus, en mentionnant que la consultation est confidentielle, ce slogan faisait allusion aux obstacles liés à la honte, au secret ou à la crainte de stigmatisation ressentis par les joueurs pathologiques.

Slogan 4 : « Le jeu, on connaît ça ! »

Le quatrième slogan visait à souligner la compétence de la ressource d'aide par rapport à la problématique du jeu, pour contrer les préoccupations des joueurs au sujet de l'efficacité du traitement, un obstacle décelé par d'autres études.

3.3.2 Slogan préféré

Comme on peut le constater au tableau 10, les participants ont indiqué lequel des slogans proposés atteindrait le mieux l'objectif d'encourager les joueurs pathologiques à consulter.

Dans tous les groupes de discussion, une majorité de participants ont déterminé que « Demander de l'aide, c'est gagnant ! » était le slogan qui réussirait le mieux à inciter les joueurs à demander de l'aide. Tous les groupes de discussion ont également indiqué que « Le jeu pour moi : plaisir ou problème ? Pour une évaluation gratuite et confidentielle » serait efficace pour atteindre cet objectif, mais dans une moindre mesure.

TABLEAU 10 Nombre de participants ayant indiqué une préférence pour l'un des slogans proposés, dans chaque groupe de discussion.

SLOGANS PROPOSÉS	INTERVENANTS CRD	AUTRES INTERVENANTS	JOUEURS	TOTAL
1. « MODIFIER SES HABITUDES DE JEU. SEUL, C'EST BIEN ; À DEUX, C'EST MIEUX ! »			2	2
2. « DEMANDER DE L'AIDE, C'EST GAGNANT ! »	4	4	5	13
3. « LE JEU POUR MOI : PLAISIR OU PROBLÈME ? POUR UNE ÉVALUATION GRATUITE ET CONFIDENTIELLE »	2	1	3	6
4. « LE JEU, ON CONNAÎT ÇA ! »				
TOTAL	6	5	10	21

On observe que le choix des intervenants s'est limité aux slogans 2 et 3. Les joueurs ont également choisi ces deux slogans, mais certains ont aussi préféré « *Modifier ses habitudes de jeu. Seul, c'est bien ; à deux, c'est mieux !* ». Finalement, « *Le jeu, on connaît ça !* » n'a été choisi par aucun participant. Mentionnons par ailleurs que six des 11 intervenants des autres ressources ainsi qu'un joueur n'ont indiqué aucune préférence.

3.3.3 Les pour et les contre des slogans

De plus, les participants ont justifié leur choix et expliqué pourquoi les autres slogans leur plaisaient moins.

Slogan 1 « **Modifier ses habitudes de jeu. Seul, c'est bien ; à deux, c'est mieux !** »

Arguments pour :

Les participants ont mentionné deux arguments qui favorisent ce slogan.

- Les joueurs sont souvent isolés

Ce slogan a interpellé un intervenant, car il fait allusion au manque de soutien et à la solitude que vivent souvent, à ses yeux, les joueurs pathologiques.

« (...) *c'est lui qui fait plus m'allumer mais ça vas-tu avec un joueur ? Y jouent seuls, sont isolés (...)* »
(Intervenant CRD)

- « Modifier » n'est pas contraignant

Un joueur a souligné que ce slogan propose une modification de l'habitude de jeu plutôt que l'arrêt du jeu ; il percevait mieux l'objectif de modification du comportement, car il semble moins contraignant.

« *parce que modifier, c'est pas contraignant de modifier quelque chose pis, arrêter, pas question ! (...)* » (Joueur)

Arguments contre :

Les participants ont également évoqué deux arguments contre l'utilisation de ce slogan.

- Référence à la sexualité

Un intervenant a fait observer que ce slogan dégageait selon lui une connotation sexuelle et qu'il semblait plutôt faire la publicité des condoms.

« *Moi je le voyais plutôt comme une vente de condoms !* » (Intervenant CRD)

- Ambiguïté

Un joueur a mentionné que ce slogan portait à confusion : il percevait « à deux, c'est mieux » comme une incitation à emmener une autre personne jouer avec lui.

« (...) *Modifier ses habitudes de jeu seul c'est bien, à deux c'est mieux. Ça veut-tu dire que t'emmènes quelqu'un avec toé ?* » (Joueur)

Slogan 2 « Demander de l'aide, c'est gagnant ! »

Arguments pour :

Deux arguments favorables ont été soulignés par les participants au sujet de ce slogan.

- Court

Le fait d'être un slogan concis et frappant a été mis en valeur par un intervenant.

« *Moi j'aime ça les affaires courtes faque, qui punchent, « demander de l'aide c'est gagnant ! », tiens.* » (Intervenant CRD)

- Associe « aide » et « gagnant »

Un participant a souligné que ce slogan apporte une perspective plus positive à la demande d'aide en soutenant que cette démarche est « gagnante ». Selon le participant, les sentiments de honte et l'impression d'être un « loser » sont souvent associés au fait de demander de l'aide.

« (...) *mais, euh, à travers ça moi, c'est sûr que « demander de l'aide c'est gagnant ! », c'est très intéressant, ça change de perspective pis l'attitude de ce qui affecte les gens dans la, dans la honte pis l'image du loser.* » (Autre intervenant)

Arguments contre :

Ce slogan a suscité cinq commentaires négatifs parmi les participants.

- Fait allusion à l'argent

Un intervenant a mentionné que le mot « gagnant » fait allusion à l'argent et, à ses yeux, « gagnant » et « argent » devraient être dissociés.

« *Si c'est gagnant ça m'amène trop à l'argent. Pis je trouve que c'est ça qu'on veut défaire pis c'est ça que j'aime pas du gagnant.* » (Intervenant CRD)

- Perception de perdre quelque chose

Un joueur a dit qu'il avait eu l'impression de perdre plutôt que de gagner quelque chose lorsqu'il a arrêté de jouer. Par conséquent, associer la demande d'aide avec le fait d'être gagnant ne serait pas réaliste.

« (...) *parce que moi j'ai eu l'impression que je perdais quelque chose d'arrêter de jouer, de vraiment le fun.* » (Joueur)

- Lien avec les messages de Loto-Québec

La ressemblance de ce slogan avec une mise en garde de Loto Québec affichée sur les machines de loterie vidéo et stipulant que le jeu responsable « est gagnant » a été signalé par un intervenant ; à son avis, c'est un argument contre son utilisation.

« *Savez-vous ce qui est écrit sur les machines depuis qui ont changé? La, la, la, la façade est rouge maintenant, c't'écrit euh « jouer de façon responsable c'est gagnant ». Y'ont utilisé ça déjà pis j'sais pas, euh je trouve que...* » (Intervenant CRD)

- Saturation de l'offre d'aide

Par ailleurs, certains participants ont mentionné que la présence du mot « aide » dans le slogan pourrait avoir des effets négatifs sur la consultation par les joueurs pathologiques. D'après l'un d'eux, les joueurs seraient fatigués de se voir offrir de l'aide, puisqu'ils ont reçu ce genre d'offre à maintes reprises au cours de leur vie.

« *La première affaire qui me demandent, c'est : là, tu vas pas commencer à essayer de m'aider! Non, non, vraiment pas! Y sont écœurés, c'est euh 15-20 thérapies dans leur vie depuis qui sont jeunes là, faque (...)* » (Autre intervenant)

- Trop tard quand on a besoin d'aide

La demande d'aide est liée à la gravité de la problématique du jeu et, d'après un joueur, si une personne a besoin d'aide, c'est qu'il est trop tard. Dans cette circonstance, la consultation est nécessaire plutôt que « gagnante ».

« (...) *t'es déjà trop tard là dans le problème parce que là t'as besoin d'aide.* » (Joueur)

Slogan 3 « Le jeu pour moi : plaisir ou problème ? Pour une évaluation gratuite et confidentielle »

Arguments pour :

Les participants ont fourni quatre arguments favorables à ce slogan, qui veut encourager les joueurs pathologiques à consulter.

- Suscite la réflexion

Un joueur a fait remarquer que ce slogan permet de susciter la réflexion, en demandant si le jeu constituait pour le joueur un plaisir ou un problème.

« moi parce que tsé, si tu regardes ça « le jeu pour moi plaisir ou problème ? », si tu te poses la question... en quelque part y'a peut-être une petite lumière qui va s'allumer. » (Joueur)

- Parle de plaisir (sans jugement)

Le fait de souligner le plaisir lié au jeu, sans poser de jugement, constitue un atout qui a été mentionné par un intervenant.

« (...) j'aime ben ça parce que ça parle aussi de plaisir parce que souvent les gens ont commencé à jouer dans le plaisir. » (Autre intervenant)

- Cible bien la problématique

Un intervenant a signalé que ce slogan décrit bien la problématique du jeu, où plaisir et problèmes sont également présents. En effet, aux yeux de cet intervenant, on peut prendre un réel plaisir à jouer à un certain moment, mais les conséquences négatives du jeu pathologique, comme la détresse, apparaîtront plus tard.

« (...) moi, je trouve que ça cible bien justement parce qu'un moment donné, ben ça devient le plaisir justement, faire face aux problèmes et euh bon la détresse et tout ce qui s'en suit. » (Autre intervenant)

- L'aspect gratuit et confidentiel

Un joueur appréciait le fait que ce slogan mentionne deux aspects essentiels de la consultation, soit sa gratuité et sa confidentialité.

« Ce que j'aime, c'est que : en marquant en dessous « pour une évaluation gratuite et confidentielle », ça peut peut-être pousser les gens à aller chercher plus d'information. » (Joueur)

Arguments contre :

Les participants ont aussi identifié des arguments défavorables à l'utilisation de ce slogan.

- Opposition entre plaisir et problème

Un intervenant a précisé que ce slogan devrait dire « plaisir et problème », plutôt que de présenter le plaisir comme étant opposé au problème, les deux n'étant pas mutuellement exclusifs. Il a expliqué que les joueurs prennent plaisir à jouer et, parallèlement, ils sont confrontés aux problèmes comme conséquence du jeu pathologique.

« Ben moi, je dis y l'ont pareil là le plaisir, une partie du temps pendant qui jouent là, faque y'ont les deux. Moi, je dirais plaisir et problème. » (Intervenant CRD)

- Le joueur risque de choisir le plaisir

Face au questionnement proposé par ce slogan (plaisir ou problème ?), un intervenant a signalé que les joueurs pathologiques qui n'ont pas encore admis leur problème vont opter pour le plaisir, sans nécessairement réfléchir davantage à l'existence d'un problème.

« faque si tu leur donnes le choix entre le plaisir pis les problèmes, c'est clair que moi être un joueur pis être pas encore être décidé, ben c'est le jeu ! (...) j'y penserais même pas aux problèmes (...) » (Intervenant CRD)

- L'évaluation a un coût

Dans certaines ressources, il faut payer pour l'évaluation de la problématique du jeu. Ainsi, un intervenant a souligné que la gratuité de l'évaluation mentionnée dans le slogan n'est pas exacte.

« Évaluation gratuite, ça, tu en trouveras nulle part anyway. » (Autre intervenant)

- Évaluation est un mot péjoratif

Le mot « évaluation » mentionné dans ce slogan a été jugé péjoratif par un intervenant.

« Le mot « évaluation », c'est péjoratif. » (Autre intervenant)

Slogan 4 « Le jeu, on connaît ça ! »

Arguments pour :

Aucun argument favorable à ce slogan n'a été soulevé par les participants lors des groupes de discussion.

Arguments contre :

Les participants ont évoqué deux arguments contre l'utilisation de ce slogan, qui vise à inciter les joueurs pathologiques à consulter.

- Trop expert, prétentieux

Les intervenants ont jugé ce slogan comme étant prétentieux et trop « expert ».

« Le quatrième, je l'aime pas parce que ça fait trop expert.

– Ouin, moi aussi ça fait prétentieux, je trouve. »
(Intervenants CRD)

- Référence à la pub de Labatt 50

Certains intervenants ont signalé que ce logo leur rappelait une publicité de bière.

« Pis la quatrième là, j'ai eu vraiment le goût de rire (...) »

– L'annonce de la 50!

– Y'avait une pub d'Olivier Guimond là tsé (...) »
(Intervenants CRD)

Ensemble des slogans proposés.

Arguments contre :

Certains participants ont déclaré être incapables de se prononcer, de choisir un des quatre slogans proposés.

- Il faudrait demander aux joueurs

L'un d'eux a indiqué qu'aucun ne lui paraissait satisfaisant et a souligné l'importance de consulter les joueurs eux-mêmes pour être en mesure de trouver le slogan qui les encouragerait le plus à consulter.

« (...) si je consulte pas ma gang là, parce que cé eux autres y me diraient qu'est-ce qui les fessent, bof pour moi comme tel, euh y'a pas grand-chose qui me fesse là, honnêtement euh non. » (Autre intervenant)

- Absence d'élément visuel

Un intervenant a souligné l'absence d'éléments visuels, disant que tout slogan devait être accompagné d'un aspect visuel pour être accrocheur.

« (...) moi, ça va être plus dans le visuel dans, euh quelque chose un message, juste un titre ça me, je suis pas accroché à ça. Faut que ça bouge, faut que ça me dérange. » (Autre intervenant)

3.3.4 De nouvelles propositions de slogans

Deux groupes de participants ont recommandé une variation d'un des slogans proposés.

Dans le groupe des joueurs, l'un d'eux a recommandé d'ajouter le mot « ça » pour renforcer le caractère gagnant de la demande d'aide du slogan proposé.

« Demander de l'aide, **ÇA** c'est gagnant ! » (Joueur)

Après une période de discussion, les intervenants des autres ressources sont arrivés à faire une nouvelle proposition en s'inspirant de certaines composantes des slogans proposés tout en retirant les mots qui leur paraissaient nuisibles, voire péjoratifs. Ce nouveau slogan suscite la réflexion en présentant l'alternative « plaisir ou problème », mentionne l'importance de parler de la problématique et souligne l'aspect gagnant de briser le silence.

« Plaisir ou problème : en parler c'est gagnant ! »
(Autre intervenant)

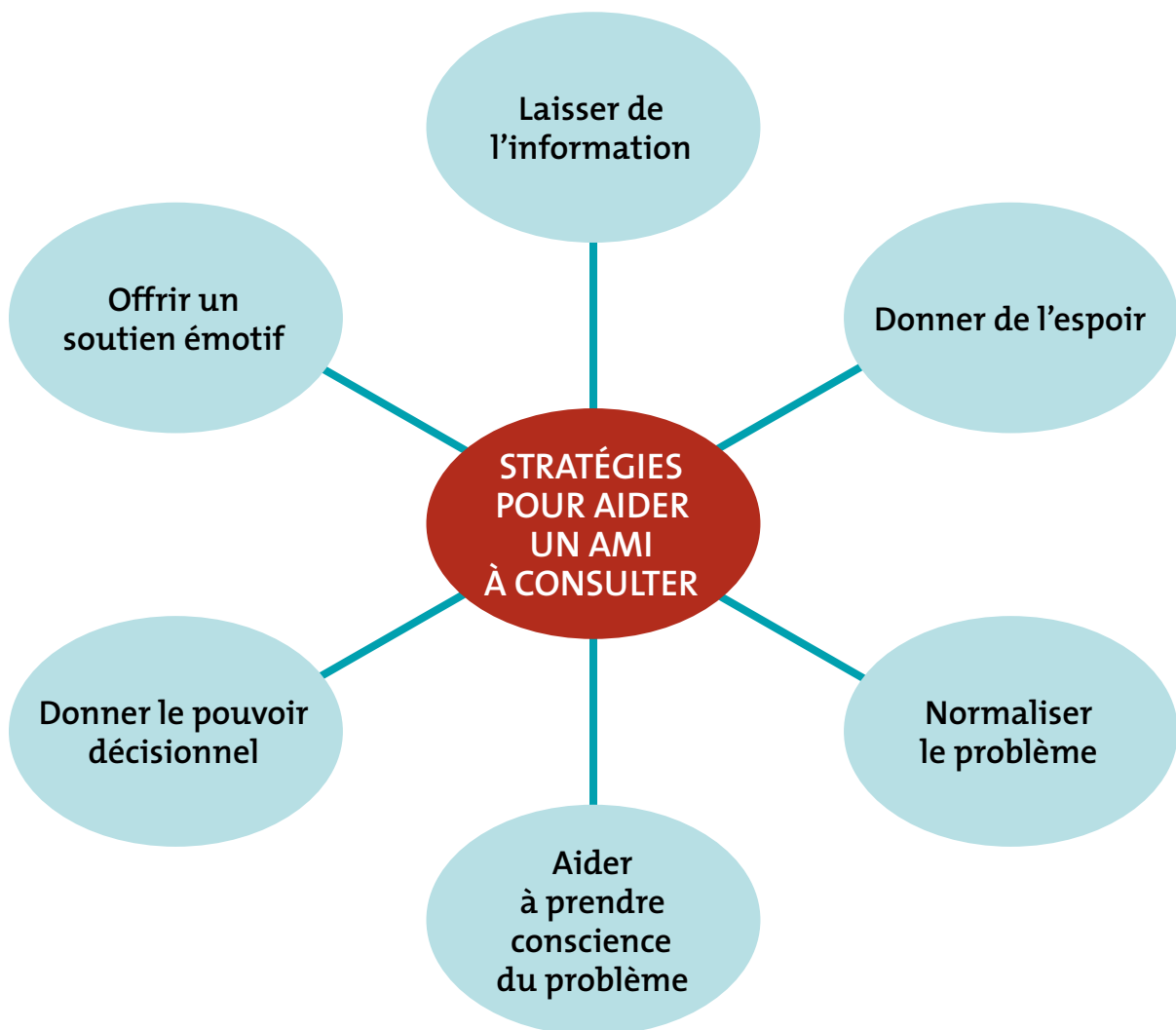
3.4 PISTES DE SOLUTIONS

Des pistes de solutions ont émergé du discours des participants, soit directement, en leur demandant d'énoncer des pistes de solution, soit indirectement, en leur demandant ce qu'ils feraient pour aider un ami ou quelles seraient les composantes du traitement idéal.

3.4.1 Stratégies pour aider un ami

Lors des groupes de discussion avec les intervenants, les participants ont signalé les stratégies qu'ils utiliseraient pour encourager un ami aux prises avec un problème de jeu à consulter une ressource d'aide. La figure 1 illustre les six stratégies mentionnées par les intervenants.

FIGURE 1 Stratégies pour aider un ami à consulter selon les intervenants.



Laisser de l'information

Les participants ont indiqué qu'ils informeraient leur ami des services d'aide disponibles pour l'encourager à consulter.

« *Puis lui laisser savoir c'est quoi les services pis qu'est ce qui a déjà existant là-dedans.* » (Intervenant CRD)

Normaliser

Les participants ont également mentionné qu'ils normaliseraient la problématique du jeu tout en évitant de porter des jugements.

« *Moi j'essaierais peut-être plus de normaliser en voulant dire que, regarde ce que tu vis euh euh euh euh, je côtoie des gens qui vivent la même chose que toi à toutes les jours*

– *Que ça peut arriver à n'importe qui.* » (Intervenants CRD)

« *Moi c'est la même affaire, mais j'y dirais que je le juge pas, point final.* » (Autre intervenant)

Donner de l'espoir

Des intervenants ont signalé qu'ils tenteraient de donner de l'espoir à un ami, en soulignant par exemple qu'il est possible de s'en sortir.

« *euh tsé, donner comme un, l'espoir que c'est possible de, de s'en sortir.* » (Intervenant CRD)

Aider à prendre conscience du problème

Les intervenants ont également indiqué qu'ils aideraient leur ami à prendre conscience du problème, à diminuer leur ambivalence afin de l'encourager à consulter.

« (...) *comment on échange avec la personne quand ça arrive, mais là c'est d'essayer de dire avant tout qu'a réalise que peut-être que si ça va pas bien à certains niveaux ben ça peut être à cause de sa façon de jouer.* » (Intervenant CRD)

« *Par la suite ben j'y ai dit gars, fais donc les pous et les contres de ce que, ton côté familial, ce que tu es en train de détruire, et après ça on verra quelle manière qu'on peut t'aider.* » (Autre intervenant)

Donner le pouvoir décisionnel

Les participants ont soulevé qu'il était important de donner le pouvoir décisionnel à l'ami en question, en le faisant participer à la démarche de validation de l'aide disponible et en le laissant choisir ce qui lui convient le mieux.

« (...) *en y disant pourquoi tu irais pas euh vérifier, vérifier dans le sens d'aller valider ou non euh. Si tu doutes exemple ou encore à aller vérifier c'est quoi l'aide possible et est-ce que c't'aide-là te convient. Faque j'y remettrais vraiment ça [ricanement] dans son camp là pour qu'il aille le pouvoir décisionnel.* » (Intervenant CRD)

Un autre intervenant a mentionné que l'ami doit participer au processus de changement, que les efforts déployés pour l'aider à modifier son comportement problématique seront vains s'il ne désire pas recevoir d'aide.

« *Mais dans le moment y faut sentir si a veut vraiment se faire aider parce que aller en thérapie quand tu veux pas te faire aider, c'est des pertes de temps partout (...)* » (Autre intervenant)

Soutien émotif

Le soutien émotif constitue l'autre stratégie évoquée par les participants pour encourager un ami ayant un problème de jeu à consulter. Un intervenant a évoqué le contact physique tandis qu'un autre intervenant a parlé de soutien émotif en des termes plus abstraits (besoin d'amour).

« *Si c'est vraiment un ami moi, je le prends dans mes bras.* » (...)

« – *Ouais absolument ! C'est de l'amour qu'y ont besoin à ce moment-là.* » (Autres intervenants)

3.4.2 Composantes du traitement idéal

Dans le groupe de discussion avec les joueurs, les participants ont été invités à imaginer le traitement idéal pour un joueur pathologique. Par la suite, ils ont partagé leur réflexion et discuté en groupe pour faire ressortir les composantes de ce traitement. La figure 2 illustre le résultat de cette discussion.

Le traitement choisi

Les joueurs en traitement interne ont signalé l'aspect physique du lieu où se déroule le traitement pour le jeu comme une composante du traitement idéal. Un joueur a souligné que non seulement le milieu où il se trouvait était beau et très agréable, mais qu'il était sécurisant et qu'il lui évitait les sources de préoccupations externes; ainsi, le joueur était mieux en mesure de se concentrer, de travailler sur lui-même.

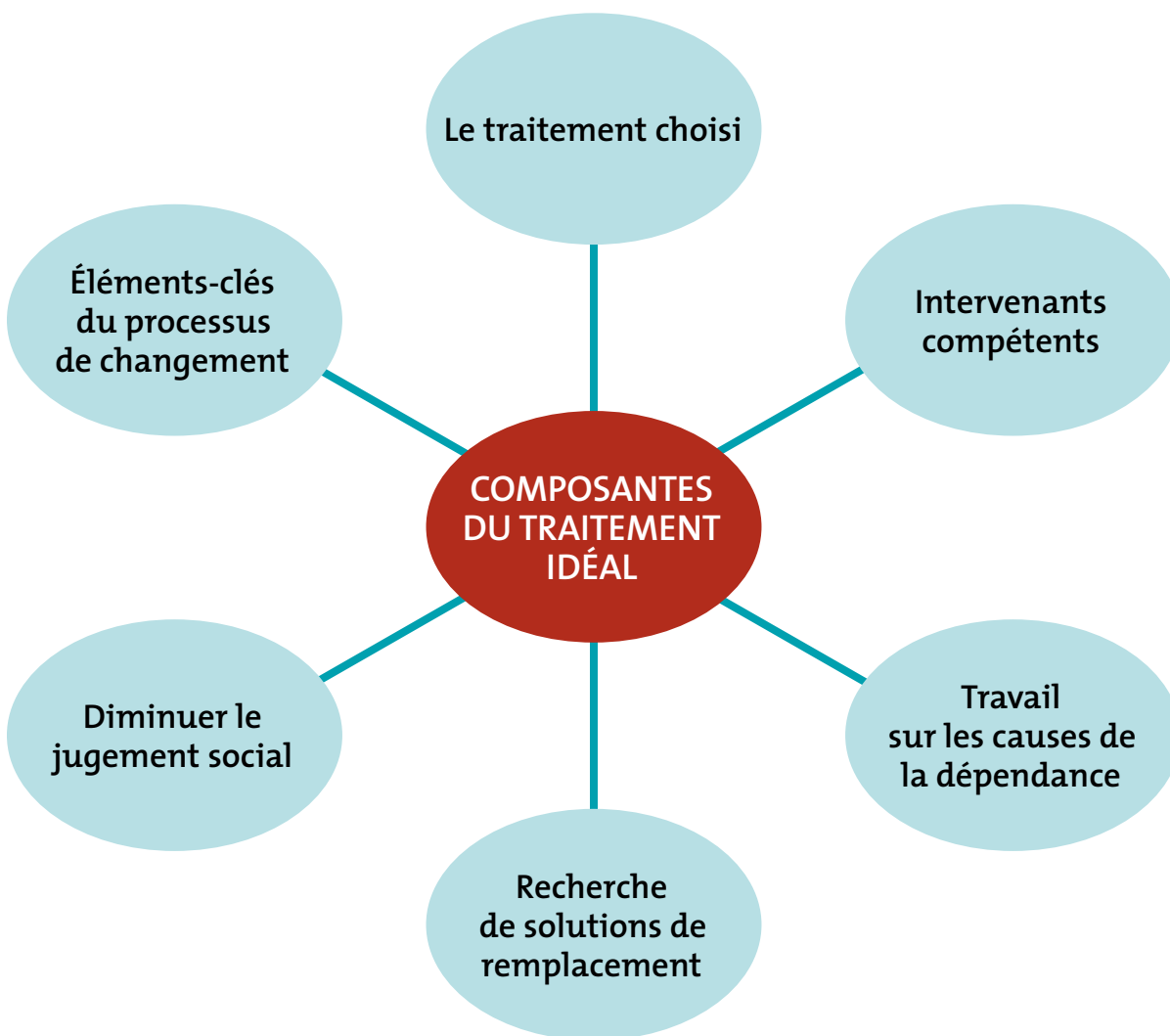
« On est en plein bois c'est super beau,

– Dans les bois, un petit lac, une maison euh dans la nature c'est très agréable

– (...) euh on est en milieu sécurisé euh c'est en nature, c'est vraiment une place que tu te sens que tu peux travailler sur des choses intérieures à toi sans avoir de préoccupations externes. » (Joueurs en traitement interne)

Par contre, les joueurs en traitement externe considéraient que le traitement idéal ne devait pas avoir lieu dans un milieu isolé. Un joueur a précisé qu'il n'aurait pas désiré se faire enfermer pour suivre le traitement, peu importe sa durée.

FIGURE 2 Composantes du traitement idéal, selon les joueurs pathologiques en traitement.



« Tu vois moi c'est complètement le contraire. [ricanement] J'aurais pas voulu me faire enfermer dans, dans quelque chose ou ou m'enfermer de même une, deux semaines ou trois mois comme ça. »
(Joueur en traitement externe)

Intervenants compétents

Les participants ont mentionné que le traitement idéal devrait être offert par des intervenants compétents.

« Les intervenants sont de qualité. » **(Joueur)**

Travail sur les causes de la dépendance

Le travail sur les causes sous-jacentes à la dépendance a été rapporté comme étant une composante du traitement idéal. Un joueur a révélé que cette analyse profonde lui avait permis de ne pas recommencer à jouer.

« (...) puis ce que je fais à [nom du centre] c'est un travail en profondeur sur les raisons pour lesquelles j'suis dépendant. Blessures d'enfance, etc., etc. C'est ce travail-là, pour moi, qui fait en sorte que aujourd'hui j'passe sur le trottoir et j'vois un bar avec loteries vidéos ça me dérange pu (...) » **(Joueur)**

Un autre joueur a évoqué avoir eu besoin de faire une analyse en profondeur pour comprendre son cheminement et pour visualiser ce qu'il pouvait faire pour s'en sortir.

« Comment ça se fait que j'suis rendu là ? Qu'est-ce que je peux faire pour m'en sortir de là ? Ça, j'en ai besoin. » **(Joueur)**

Recherche de solutions de remplacement

Le traitement idéal doit non seulement tenter de cerner les causes, mais il devrait aussi s'attarder à la recherche de solutions de remplacement, pour que le joueur retrouve ailleurs le plaisir qu'il ressentait en s'adonnant au jeu.

« (...) pis l'autre moitié du traitement être sur le remplacement de ces plaisirs-là qu'on avait à consommer ou à boire ou à jouer par quelque chose qui nous ferait plaisir c'est de le trouver parce qu'on l'a perdu de vue ça tsé. » **(Joueur)**

Un autre joueur a évoqué aussi le besoin de vivre une nouvelle vie en trouvant des moyens de remplacer la dépendance et de combler le vide.

« (...) mais le remplacement parce que la dépendance vient beaucoup de nos blessures, vient aussi pour, pour, pour quand t'enlèves une dépendance y faut que tu le remplaces parce que là t'as un grand vide donc euh en plus de travailler nos, la raison de nos dépendances ou le pourquoi des dépendances, il faut aussi travailler euh une nouvelle vie (...) »
(Joueur)

Diminuer le jugement social

Un participant a mentionné que le traitement idéal devrait aussi favoriser la discussion sur la dépendance au jeu au sein de la société et dans les familles des personnes touchées par cette problématique. De l'avis d'un joueur, cela pourrait aider à diminuer l'ignorance et les jugements négatifs dont sont victimes les personnes aussi prises avec un problème de jeu.

« À un tel point, moi je viens d'une très, très grosse famille eh euh malheureusement avec un jugement très, très facile. Très facile. (...), je dirais que j'ai été obligé de presque couper tous les contacts avec ma famille parce que : comment ça que t'es là-dedans ? c'est ça tu comprends pas toé, t'as pas réfléchi, t'as pas (...) » **(Joueur)**

Éléments clés du processus de changement

D'autres composants du traitement idéal ont été suggérés par rapport au processus de changement.

• Éléments conventionnels

Des éléments conventionnels ont été mentionnés : éviter la fréquentation des copains ou des lieux associés au jeu, être honnêtes avec les intervenants, se réconcilier avec soi-même et avec son entourage.

« (...) mais euh processus de changement euh changer d'endroit, changer les les amis, changer le mode de vie. » **(Joueur)**

« Moi je pense que avec l'intervenant, l'intervenante y faut être honnête avec eux autres. » **(Joueur)**

« Je pense qu'un jour quand on se pardonne à nous autres-mêmes ou qu'on pardonne à ceux qui nous on fait du mal euh, pour moi personnellement, c'est là que j'ai arrêté les dépendances. » **(Joueur)**

• **Élément atypique**

Un joueur a soulevé un élément atypique qui a fonctionné pour lui dans son processus de changement. Il se rendait au casino expressément pour observer comment les gens perdaient leur argent en jouant. Il a expliqué que cette expérience lui a été très utile, même si elle a été difficile à vivre. Il a ajouté que cette stratégie ne conviendrait pas à tout le monde.

« Moi personnellement, ce qui m'a beaucoup faite aider à réaliser euh, j'ai faite exprès de suivre des gens au casino (...) pis de regarder les tables là pis tsé là tu trembles pour jouer. À toutes les fois là que tu regardes le croupier ramasser tout le monde en même temps, là tu te dis là c'est à cause de ça que je reviens tsé... pu un, pu un sou (...) Pis tu t'dis regarde, regarde, fais juste regarder alentour de toi les gens, le moral, l'argent qui part au bout de leurs doigts, comme ça ! (...) moi j'suis quelqu'un qui est très sévère avec moi c'est pour ça que si j'ai, ça m'a faite réaliser. Mais c'est un traitement qui est assez euh, assez spectaculaire à vivre là, c'est vraiment pas faite pour tout le monde ! » (Joueur)

3.4.3 Solutions proposées

Lors des groupes de discussion, les participants ont été informés du constat que peu de joueurs consultent, malgré la gravité des conséquences associées au jeu pathologique. Les participants ont proposé des pistes de solution, au niveau régional ou à l'échelle de la province, visant à mieux rejoindre les joueurs pathologiques.

Informé sur la problématique et promouvoir les services

Les participants ont mentionné que la tenue d'activités de sensibilisation et d'information sur la problématique et les services offerts (p. ex. : soirées d'information) constituait une piste de solution pour rejoindre davantage les joueurs pathologiques. Un intervenant a souligné qu'à défaut de rejoindre les joueurs, ce type d'activités permettait au moins de sensibiliser et d'informer l'entourage du joueur.

« Mais je reviens toujours à l'idée des soirées d'information euh parce que ça tu peux aller chercher l'entourage si tu vas pas chercher le joueur (...) » (Intervenant CRD)

Un intervenant a aussi proposé comme piste de solution la possibilité de sensibiliser et d'informer les personnes travaillant dans les milieux où il y a des jeux de hasard et d'argent. Il a précisé que, par exemple, les gens qui travaillent dans les bars ont été sensibilisés et informés au sujet de la problématique de l'alcool au volant.

« (...) et comment on pourrait amener avec le temps euh une certaine responsabilité aux tenanciers de, de dire euh minute là... » (Autre intervenant)

Les joueurs ont suggéré comme piste de solution la création de brochures adressées aux joueurs pathologiques³, précisant même la façon de les distribuer.

« [Le centre de réadaptation] Ils devraient oui sortir un pamphlet qui s'adresserait aux joueurs... »

- Ouais
- ... ou à ceux qui pensent qui ont un problème. Puis je pense que ce serait déjà une, un très bon départ.
- Avec des beaux slogans de même là » (Joueurs)

« Tu vas distribuer tes pamphlets comment ? »

- (...)
- Public-sacs » (Joueurs)

En plus d'offrir de l'information sur la problématique du jeu, cette brochure pourrait aussi permettre au joueur d'évaluer la sévérité de son problème à l'aide de questions simples.

« (...) tsé si tu regardes ça pis que tu remplis les petites questions, euh ben là tu vas te poser la question, dire vraiment ben là : j'ai-tu un problème de jeu ou pas ? » (Joueur)

La création d'un site internet a été mentionnée comme une autre piste de solution.

« Sur le plan régional, moi je dirais faudrait qu'on ait un site internet du Centre André-Boudreau ça presserait là. » (Intervenant CRD)

³ Lors de la présentation des résultats, des intervenants du CRD ont mentionné qu'un tel dépliant existait déjà et ils ont été surpris de constater que son existence n'était pas connue. Ils se sont posés des questions sur sa distribution.

D'autres ont exprimé le besoin d'associer les centres de réadaptation avec l'offre de traitement pour les problèmes de jeu, lien qui ne serait actuellement pas très connu au sein de la population.

« Mais qu'y ait une association aussi qui soit faite avec les centres de réadaptation en dépendance versus le jeu j'pas sûr que dans la population en général... »

– Ok c'est bon ça

– ... le lien est fait systématiquement aussi »
(Intervenants CRD)

Modifier le contenu et augmenter la fréquence des publicités

Quoique la publicité représente l'outil par excellence pour faire la promotion des services, l'importance accordée à ce thème par les participants de l'étude justifiait le choix d'en faire une catégorie à part.

En effet, les participants ont suggéré d'augmenter la fréquence et la présence des publicités dans tous les médias pour informer sur la problématique du jeu et promouvoir l'aide existante. Certains ont même souhaité que les organismes œuvrant dans le domaine des dépendances exercent une pression sur le gouvernement afin qu'une proportion des profits de Loto-Québec soit utilisée à cette fin.

« Moi là j'aimerais ça que ce soit omniprésent le fait qui a de l'aide pour ces gens-là. Que on puisse pas se virer de bord, hein, quand on regarde la TV, quand on regarde les médias, l'offre de services de jeu est omniprésente. Moi j'aimerais juste ça que ce soit un pour un. Une piasse pour une piasse, eh (...) »
(Autre intervenant)

« Les organismes qui s'occupent de ça, ils devraient partir une campagne de lobbying pour obliger le gouvernement à dépenser dix pour cent du, des revenus de Loto-Québec dans une publicité très agressive. »
(Joueur)

Des participants ont ajouté qu'il faudrait également augmenter le nombre de documentaires ou d'émissions qui abordent la problématique de jeu.

« (...) des documentaires sur le jeu, y'en passe pas assez souvent des euh à télévision Télé-Québec, Radio-Canada, des euh comment des émissions là sur le jeu (...) »
(Intervenant CRD)

Plusieurs joueurs ont souhaité que ces publicités soient très chargées au plan émotif, comme c'était le cas pour les campagnes de publicité visant à réduire les accidents de la route.

« Moi c'est, ma piste de solution ce serait vraiment euh propagande de publicités, très agressive. Un peu comme y'ont faite avec la vitesse au volant là (...) »
(Joueur)

De plus, certains participants ont proposé de désigner un porte-parole à l'échelle provinciale, cette personne se trouvant dans une position idéale pour faire connaître davantage le jeu problématique.

« Un ambassadeur national »

– Ouais qui pourrait rendre la cause plus connue »
(Intervenants CRD)

Toutefois, d'autres ont émis des réserves quant au risque de double message qui pourrait être véhiculé par un comédien qui accepterait de nouveaux contrats de publicité. Un intervenant a cité l'exemple d'une personnalité publique qui a fait des publicités pour promouvoir l'achat de billets de loterie quelques années après avoir participé à des messages de prévention du jeu problématique.

« ... ben regardez ben moi j'ai vu des personnalités connues qui dans les premières publicités (...) »

– pis quelques années après y'annonçaient des billets de loterie c'est comme garde... »
(Intervenants CRD)

Enfin, les participants aux groupes de discussion ont exprimé leur opinion sur les publicités existantes, en signalant des arguments pour et contre.

- **Arguments favorables aux publicités actuelles**
Il a été mentionné que les publicités existantes réussissaient à encourager les joueurs pathologiques à consulter, car elles évoquent les conséquences du jeu et elles font appel aux émotions.

« C'est parce que ça parle beaucoup des conséquences » (Intervenant CRD)

« (...) mais euh c'qui, c'qui semble rejoindre les joueurs, en cas de c'que j'entends, euh les publicités euh télévisées là, euh tse un moment donné y'en a une qui dit qui a tout perdu, y'a y'a le choix entre parier sa famille (...) » (Intervenant CRD)

- **Arguments contre les publicités existantes**
Par contre, certains joueurs ont mentionné ne pas se reconnaître dans les publicités existantes, disant qu'elles ne les touchaient pas vraiment.

« Ben non, non écoute c'était pas moi ça. » (Joueur)

« (...) moi c'est niaisieux, mais moi ça m'allumait plus à jouer (...) » (Joueur)

On a également soulevé l'absence de publicités adressées aux joueurs de loterie vidéo⁴ ou de machines à sous, même si la majorité des joueurs qui consultent pour le jeu s'adonnent à ce type de jeux.

« En tout cas y montrent toujours le, le joueur avec des cartes (...) pis 95% des gens qui viennent nous voir c'est soit les appareils loteries vidéos ou les machines à sous.

– (...) Comment ça se fait qui a pas de pub en lien avec les machines ? » (Intervenants CRD)

- **Former le personnel et repérer les joueurs pathologiques**

Les intervenants ont souligné le besoin de former les intervenants de première ligne ainsi que le personnel des établissements de jeu afin de favoriser le repérage des joueurs aux prises avec un problème. Ils ont insisté sur l'importance de former les médecins, qui sont souvent la porte d'entrée dans le système de soins et ont la possibilité de rencontrer les joueurs qui consultent pour une problématique associée à la problématique du jeu (p. ex. : la dépression).

« Au niveau local aussi ben former des intervenants de première ligne euh » (Intervenant CRD)

« (...) on dit que y consultent pas facilement, qui a d'autres problématiques sous-jacentes, si y'avait plus de gens pour se préoccuper du repérage, entre autres euh les médecins...

– Ouais

– ... parce que où est-ce qui cognent à première porte ?

– C'est les médecins

– ... quand y sont déprimés, dépressifs (...) » (Autres intervenants)

Il a été mentionné que le personnel qui travaille à l'accueil devrait être mieux formé pour accueillir les joueurs pathologiques qui se présentent pour une consultation, qu'il devrait être familier avec ce que vit le joueur lorsqu'il fait une demande d'aide.

« (...) pis ça, ça veut dire aussi, comme on disait tantôt, de former les gens, à savoir à être capable de, d'accueillir la personne dans ce qu'y vit. » (Autre intervenant)

Il faut également mentionner qu'un joueur a proposé le développement d'un questionnaire de repérage des problèmes de jeu, visant essentiellement à aider le joueur à réaliser combien il dépense pour le jeu.

⁴ Lors de la présentation des résultats, un participant a mentionné qu'une nouvelle publicité était adressée aux joueurs de loterie vidéo.

« (...) Mais c'est rien que de faire réaliser à la personne que même 5 dollars par semaine tu viens quand même de dépenser 260 piasses juste en loteries. Tu dis avec ton 260 piasses est-ce que y'a quelque chose que t'es en manque, que t'aimerais faire ? » (Joueur)

Par contre, certains joueurs craignaient que cet outil de repérage ne soit pas en mesure de repérer tous les joueurs, car plusieurs ne le rempliraient simplement pas, par manque du temps ou parce que l'argent n'est pas un problème pour eux.

« Qui qui va prendre le temps pour faire... ? »

– Ça l'aurait peut-être marché avec toi, mais sur d'autres ça marcherait peut-être pas. Y'en a qui s'en foutent, y sont plein d'argent. » (Joueurs)

- **Développer une approche globale et humaniser les services**

Certains intervenants ont évoqué la nécessité de développer une approche plus globale et plus humaine. Ainsi, le joueur devrait se sentir écouté et l'intervenant devrait le traiter avec dignité, comme un individu dans toute sa complexité et non exclusivement dans la perspective de son problème de jeu.

« (...) Faut développer une approche globale. Hein, faut pas juste un petit kit de fastfood là, de recette là en euh voulez-vous un forfait numéro 3 pour deux personnes là (...) » (Autre intervenant)

« (...) Les humaniser, c'est d'être capable que l'autre se sente comme un sujet plutôt que d'être un objet. Euh d'être vu tout d'abord comme un intérêt à l'écouter, comme un être humain à travers toutes ses difficultés plutôt qu'exclusivement à travers son problème apparent. » (Autre intervenant)

- **Créer des groupes de soutien**

Un joueur a suggéré comme piste de solution l'ajout de groupes de soutien dans l'offre de service. Il a cité en exemple un groupe d'entraide d'une autre région, qui n'exige pas l'abstinence, et il a dit avoir bien apprécié l'ouverture de ce groupe.

« (...) eux autres y faisaient des réu, des réunions, mais très très ouverts. Des réunions un peu comme euh comment ça s'appelle là, Gamblers Anonymes... (...) dans une réunion de Gamblers anonymes ben t'as même pas le droit de t'acheter euh un gratteux ou de t'acheter un 6/49 ou j'sais pas quoi parce que ça devient, ben moi je le sais j'ai, je, je bon, mais que là-bas y'ont une ouverture. Ce qui veut dire que c'est rien de catégorique (...). » (Joueur)

- **Prévenir**

Dans tous les groupes, les participants ont évoqué à plusieurs reprises l'importance de la prévention comme piste de solution. Il a donc été nécessaire de recadrer la discussion et de rappeler l'objectif de l'étude, c'est-à-dire trouver des pistes de solution pour mieux rejoindre ceux qui ont déjà un problème de jeu afin de favoriser leur entrée en traitement.

3.4.4 Comparaison des solutions évoquées par les différents groupes de discussion

Le tableau 11 permet de constater que tous les groupes de discussion ont signalé l'information sur la problématique et les ressources d'aide disponibles, les conseils pour améliorer la publicité, ainsi que la formation et le repérage comme pistes de solution susceptibles de rejoindre les joueurs pathologiques. Les deux autres pistes de solution n'ont été évoquées que dans un groupe de discussion.

3.4.5 Solutions prioritaires

Les participants aux groupes de discussion ont eu la tâche de prioriser les solutions permettant d'inciter plus de joueurs pathologiques à consulter pour leur problème de jeu. Le tableau 12 présente les solutions priorisées par les différents groupes. Tout d'abord, il importe de souligner que les participants ont priorisé trois catégories de solutions qu'ils n'avaient pas évoquées précédemment (lors de la discussion au sujet des pistes de solution) : faciliter l'accès aux ressources, remplacer le terme « jeu pathologique » par « dépendance au jeu » et sensibiliser au montant dépensé.

Favoriser l'accès aux ressources

Parmi les nouvelles solutions proposées, plusieurs visent à favoriser l'accès aux ressources.

Ainsi, en ajoutant un intervenant du CRD à Mont-Laurier, on pourrait réduire le problème d'éloignement géographique.

« (...) mais y devrait euh avoir un intervenant au niveau du jeu pathologique à Mont-Laurier (...) Je mettrais quelqu'un double problématique comme moi. » (Intervenant CRD)

D'autres intervenants ont évoqué le besoin de régionaliser la ligne Info-Jeu afin de s'assurer que la liste des ressources d'aide disponibles soit pertinente et régulièrement mise à jour.

« Ben que que qu'il y aille quelque chose au niveau régional parce que là écoute l'individu qui est de Mont-Laurier et qui appelle à Montréal ben (...) »

TABLEAU 11 Comparaison des solutions évoquées par les différents groupes de discussion

	INTERVENANTS CRD	AUTRES INTERVENANTS	JOUEURS
INFORMER SUR LA PROBLÉMATIQUE ET PROMOUVOIR LES SERVICES	✓	✓	✓
MODIFIER LE CONTENU DES PUBLICITÉS ET AUGMENTER LEUR FRÉQUENCE	✓	✓	✓
FORMER LE PERSONNEL ET REPÉRER LES JOUEURS PATHOLOGIQUES	✓	✓	✓
DÉVELOPPER UNE APPROCHE GLOBALE ET HUMANISER LES SERVICES		✓	
CRÉER DES GROUPES DE SOUTIEN			✓

TABLEAU 12 Solutions priorisées par les différents groupes de discussion

	INTERVENANTS CRD	AUTRES INTERVENANTS	JOUEURS
INFORMER SUR LA PROBLÉMATIQUE ET PROMOUVOIR LES SERVICES	✓	✓	✓
FORMER LE PERSONNEL ET REPÉRER LES JOUEURS PATHOLOGIQUES	✓		
DÉVELOPPER UNE APPROCHE GLOBALE ET HUMANISER LES SERVICES		✓	
FACILITER L'ACCÈS AUX RESSOURCES	✓	✓	
REPLACER LE TERME « JEU PATHOLOGIQUE » PAR « DÉPENDANCE AU JEU »	✓		
SENSIBILISER AU MONTANT DÉPENSÉ			✓

– Ben c'est sûr aussi que quand t'es au coin... eux autres y doivent pitonner dans l'ordinateur pis regarder vous venez d'où pis euh...

– Ben oui

– ... pis sortez la liste

– Faut que la liste soit à jour.» (Intervenants CRD)

D'autres encore ont insisté sur le besoin d'accueillir rapidement les joueurs et de les accompagner dans leur démarche vers la ressource appropriée, que ce soit par du travail dans le milieu (« reaching out ») ou en demandant à Info-Jeu de contacter directement la ressource recommandée.

« Parce que le step qui manque, yé pas capable de faire ce step-là. Pour pour x raisons là (...) si y'a pas quelqu'un à l'faire avec, y le fera pas tsé. (...) mais faut aller dans les milieux, faut être là où les gens y sont. C'est pour moi, faut, faut sortir de nos murs.» (Autre intervenant)

« Tsé là le client qui appelle à deux heures du matin là, bon ben monsieur on prend toutes vos coordonnées en note, y'a un intervenant. On communique nous autres avec le centre demain pis y'a quelqu'un qui va vous appeler.» (Intervenant CRD)

Enlever le mot « pathologique »

Des intervenants ont dit qu'ils prioriseraient le remplacement du terme « jeu pathologique » par « dépendance au jeu ».

« Moi j'enlèverais le mot pathologique

– T'enlèverais le mot pathologique?

– Je suis d'accord avec ça moi aussi

– (...) [remplacerait le terme par...]

– Dépendance au jeu » (Intervenants CRD)

Sensibiliser au montant dépensé

Une autre piste a été évoquée comme solution prioritaire : sensibiliser les autres joueurs ou les autres personnes présentes dans les établissements de jeu, en affichant le montant total que le joueur a dépensé, par exemple, au-dessus de la machine à sous.

« (...) mais comme un gros panneau ici qui est marqué zéro pis qu'à chaque fois que tu passes un vingt dans machine ben que ça monte aussi et que ça dise : « vous avez mis vingt dollars dans la machine », pis que un moment donné le monde qui sont assis au bar pis qui se retournent de bord pis qui voient le gars, qui voient que le gars là ça fait une couple d'heures qui est là pis qu'il a mis 750 piasses dans machine là (...) » (Joueur)

Précisions et ajouts de moyens aux solutions déjà mentionnées

Les participants ont également précisé ou ajouté de nouveaux moyens concrets pour mettre en place les solutions proposées. Par exemple, les intervenants ont précisé que l'humanisation des services impliquait la rapidité de l'accueil et la valorisation de l'individu à l'aide de la thérapie de groupe.

« (...) mais en, en, en s'assurant aussi que quand qui a une référence qui est faite que la personne est accueillie vraiment rapidement. Pis euh plusieurs ont mentionné le le côté vraiment euh vraiment humain là dans l'accueil. Donc euh accueillis peut-être par d'autres choses que une évaluation d'une heure et demie, mais demander à la personne (...) bon c'est quoi qui la préoccupe le plus là, y'a-tu moyen d'en parler assez rapidement ? » (Autre intervenant)

D'autres précisions ont été apportées au sujet de la promotion des services. Par exemple, celle-ci devrait se faire à grande échelle afin d'atteindre également l'entourage du joueur.

« Ben, ben moi, je reviens avec mon idée. Premièrement, c'est ça, je mettrais la promotion des services mur à mur, euh la promotion des services à l'entourage aussi, euh la promotion du euh du numéro Jeu, aide et références (...) » (Autre intervenant)

On a également mentionné la possibilité que l'information sur les ressources apparaisse à l'écran des machines de loterie vidéo avant même que le joueur ne commence à jouer.

« (...) peut-être mettre la sensibilisation dès que y te demandent combien de temps que tu veux : 15 minutes, 30 minutes, 1 heure. Dès qui fait la sélection, ça donne comme une sensibilisation pis les ressources qui sont disponibles pour les gens. » (Joueur)

3.4.6 Comparaison des solutions prioritaires par les différents groupes de discussion

Le tableau 12 montre que seules les activités d'information sur la problématique et de promotion des services sont considérées comme prioritaires par tous les groupes de participants. Les deux groupes d'intervenants s'entendent également sur l'importance de faciliter l'accès aux ressources. Les autres pistes de solutions énumérées n'ont été prioritaires que par un seul groupe de participants.

La comparaison du contenu des tableaux 11 et 12 permet de constater l'importance accordée à l'information sur la problématique et à la promotion des services. En effet, tous les groupes ont évoqué ces activités comme piste de solution et les ont considérées comme prioritaires. La comparaison de ces tableaux met également en lumière plusieurs différences. Au moment de prioriser les solutions, les groupes ont évoqué trois catégories de solutions qu'ils n'avaient pas nommées précédemment. De plus, outre l'insistance accordée à la promotion des services, ils n'ont plus reparlé du contenu des publicités, sujet pourtant amplement débattu lors de l'évocation des solutions. Enfin, même si tous les groupes ont évoqué la formation du personnel et le repérage des joueurs pathologiques comme pistes de solution, un seul groupe l'a élevé au rang des priorités.

3.5 RÉSULTATS COMPLÉMENTAIRES

Les résultats présentés dans cette section n'ont pas de lien direct avec les objectifs de l'étude, qui concernent les motifs de consultation, les obstacles au traitement et les pistes de solution. Les questions qui ont amené cette cueillette de données ont été posées lors du groupe de discussion avec les joueurs et elles ne devaient servir qu'à présenter le sujet et à mettre les participants à l'aise. Toutefois, certains commentaires ont permis de connaître le point de vue des joueurs ainsi que leur compréhension de la problématique du jeu pathologique et du moment où ils devraient consulter. Voilà pourquoi ils figurent dans ce rapport.

3.5.1 Différences entre les joueurs pathologiques et les autres joueurs

En réponse à la question « Qu'est-ce qui distingue les joueurs excessifs des autres joueurs ? », certains joueurs en traitement ont répondu que c'était la perte de contrôle associée aux croyances erronées.

« Mais c'est la perte de contrôle, c'est sûr que c'est la perte de contrôle

– ... vouloir comme battre la machine, vouloir tout le temps qu'à n'en donne...

– C'est déjouer

– Oui, c'est...

– On le sait qu'a va payer un moment donné. »
(Joueurs)

Ils ont également mentionné la perte de la notion de temps : ils ne sont plus conscients du temps qui passe lorsqu'ils jouent.

« La perte de notion de temps, quelqu'un a mentionné ça. C'est faite pour ça. Euh, j'ai été à Las Vegas et euh, j'peux vous dire qu'à six heures le matin des fois j'me demandais si y'était six heures le soir là. Tu perds complètement, tu le sais pu si c'est le matin ou le soir. » (Joueur)

Les joueurs ont ajouté qu'une autre différence a trait aux remords de conscience, que seul le joueur pathologique ressent après avoir dépensé beaucoup d'argent pour jouer.

« Ben moi, je te dirais ça paraissait pas physiquement, mais psychologiquement moi je dirais que vu que, où que c'est excessif, y'a des remords de conscience pis tout ça.

– Ok

– C'est quand tu sors la différence. C'est quand tu te réveilles le lendemain matin ou que tu te couches le soir...

– Ah mon dieu aïe !

– Tu leur avais promis telle, telle affaire que, tu l'as pu l'argent là. » (Joueurs)

Un autre joueur considérait que, pour le joueur pathologique, le jeu devient l'unique objectif des sorties, qu'il n'y a plus d'autre raison qui motive ses choix de loisirs.

« Pis, le, le joueur excessif va aller au bar ou peu importe l'endroit pour jouer tandis que le joueur normal, lui, y va aller au bar pis y'a une machine y va s'amuser un p'tit peu. C'est, moi j'vois ça la principale différence. La, la raison pourquoi tu vas au casino c'est soit tu t'en vas juste pour t'amuser pis tu joues un peu ou tu t'en vas jouer c'est, c'est ça, c'est le but de ta démarche. » (Joueur)

Un autre encore a souligné le sentiment d'euphorie ressenti par les joueurs pathologiques.

« C'est, c'est difficile à expliquer pour les gens qui jouent pas là, mais le sentiment j'pense que c'est comme une sorte d'adrénaline que ça nous donne, une excitation là. » (Joueur)

Enfin, le groupe a discuté de la perte du sens de l'argent au moment de miser. Ils ont également décrit la tolérance au gain qui s'installe chez les joueurs pathologiques, allant jusqu'à comparer ce phénomène à la tolérance liée à la consommation de substances psychoactives.

« C'est ça euh excusez euh. C'est comme la consommation de drogue : au début t'en prends de petites quantités, après ça même les grosses quantités t'as pu le même fun. Le jeu, c'est la même affaire. Euh madame a disait euh t'as pu, t'as pu de feeling. Tu gagnes cinq cents la première fois, tu cries partout. Après ça, tu vas gagner cinq milles au casino et puis c'est comme si y s'est rien passé là, ça pu d'effet, ça te donne pu de feeling, ça te donne pu rien, pu d'effet. Faudrait qu'tu gagnes cinq-cents milles ou je le sais pas quoi.

– Pis même encore. » (Joueurs)

3.5.2 Moment où le joueur pathologique devrait demander de l'aide

Un joueur a dit qu'il aurait dû consulter dès qu'il avait joué son premier montant. Cependant, d'autres joueurs n'étaient pas d'accord avec lui.

« Au premier 5 piasses

– Toute de suite

– Non » (Joueurs)

Par contre, d'autres ont mentionné qu'un joueur devrait consulter aussitôt qu'il commençait à avoir des problèmes financiers.

« Au début des problèmes financiers je dirais, avant que ça devienne que tu mets l'emphase sur le jeu avant tes, tes responsabilités. » (Joueur)

Le moment où le joueur commence à négliger ses responsabilités familiales ou professionnelles a été également mentionné comme moment propice à la consultation.

« Moi je dis que c'est quand tu négliges tes responsabilités premières, comme si t'as un travail ou euh une famille ou ci ou ça, si tu négliges ça là ce serait le temps que tu consultes. » (Joueur)

Un autre joueur a nommé la perte du plaisir associé au jeu comme étant un indice qu'il était temps de demander de l'aide.

« Quand qu'il n'y a plus de plaisir. » (Joueur)

D'autres encore ont mentionné qu'ils auraient dû aller chercher de l'aide dès qu'ils avaient commencé à chercher des prétextes pour aller jouer ou à se mentir à eux-mêmes.

« (...) j'aurais pu dire ouf je vais aller chercher de l'aide : c'est quand je me donnais une défaite de dire avec mon conjoint on va aller danser, on va pas danser n'importe où, on va aller danser où ce qu'il y a des machines. Ah euh je joue pas au pool, on va aller jouer au pool où ? où ce qu'il y a des machines. Alors c'est comme si je me donnais cette raison là de dire là là (...) » (Joueur)

Enfin, plusieurs sont d'avis qu'un joueur devrait consulter dès qu'il gagne un gros montant d'argent, car ils considèrent ce gain comme un événement critique dans leur trajectoire de jeu.

« (...) Parce que à partir, c'est à partir de ce moment-là qu'y a des gens, moi, surtout moi, je suis devenu fou en rapportant des gros montants. J'arrivais face à mes chums, on a toute la même âge là, là toute le monde qui brûle cent piasses c'est beaucoup là. Pis toi t'en brûles sept, huit cents pis euh sors les billets bruns ayoye, je vous paye la traite pis euh on fait ci, on fait ça. C'est du moment que tu gagnes des montants, des gros montants, tu penses tout de suite que tu peux t'enrichir avec la chose.

– Ouin

– *C'est le premier gros montant, c'est le numéro un facteur de pourquoi tu vas y retourner.» (Joueurs)*



4. DISCUSSION

4.1 MOTIFS DE CONSULTATION

Les résultats de cette étude appuient l'hypothèse selon laquelle les motifs évoqués par les participants sont similaires à ceux recensés par Suurvali et ses collègues (2010). Bien qu'ils ne soient pas formulés exactement de la même façon, les trois motifs les plus fréquemment nommés en réponse à la question ouverte ont été signalés dans toutes les études recensées : les pertes, les souffrances émotionnelles et les conflits ou les problèmes. Par contre, l'admission du problème, qui constitue le quatrième motif, n'a été rapportée que dans une seule étude. Ce motif ainsi que les pertes et les souffrances émotionnelles sont considérés comme étant les plus importants, tant par les intervenants que par les joueurs eux-mêmes.

Il semble que la présence simultanée de plusieurs motifs amène les joueurs à consulter. En effet, ils signalent en moyenne 2,7 motifs lorsqu'on leur pose une question ouverte, exactement le même nombre observé dans une étude albertaine (Hodgins et El-Guebaly, 2000). Pour leur part, les intervenants en nomment en moyenne 5,1 et cette différence est statistiquement significative. La formulation de la question pourrait expliquer cet écart, car les joueurs nomment les motifs associés à leur histoire personnelle alors que les intervenants dressent l'éventail des possibilités pour l'ensemble des joueurs qui consultent.

4.2 OBSTACLES

Malgré la présence de plusieurs motifs, les joueurs interrogés attendent en moyenne 17 mois avant de consulter et 80 % d'entre eux attendent plus d'un an. Bien que ce délai soit inférieur à la moyenne de trois ans observée au Brésil (Tavares *et coll*, 2002), il présuppose que les joueurs pathologiques doivent franchir plusieurs obstacles avant de demander l'aide requise. Les résultats de l'étude montrent qu'ils en rencontrent en moyenne 2,3. Autrement dit, ils signalent presque autant d'obstacles que de motifs de consultation.

Conformément à l'hypothèse, les sept obstacles les plus fréquemment rencontrés dans la recension d'écrits de Suurvali et ses collègues (2009) ont été nommés par les participants en réponse à la question ouverte et ont été abordés dans les groupes de discussion : (1) le désir

ou la croyance de pouvoir s'en sortir seul, (2) la honte, l'embarras, la fierté et la crainte de la stigmatisation, (3) le déni ou la minimisation du problème, (4) les préoccupations au sujet de l'efficacité du traitement ou la méconnaissance de son existence, (5) les pressions externes qui invitent à poursuivre le jeu ou le manque de soutien, (6) ne pas vouloir délaissier les bénéfices du jeu, et (7) la difficulté à parler de problèmes personnels.

En réponse à la question ouverte et dans les groupes de discussion, les participants ont également nommé le manque de ressources matérielles et les influences sociales. Enfin, trois obstacles absents des questionnaires ont émergé dans les groupes de discussion. Les participants ont souligné la rareté ou l'inefficacité des incitatifs à consulter, l'absence de repérage et de formation en première ligne ainsi que le fait que le jeu soit facile à cacher à l'entourage.

Les trois scores les plus élevés de l'échelle *des raisons pour retarder le traitement* (la honte, les efforts d'autocontrôle et le fait de ne pas être prêt au traitement) sont également les trois obstacles les plus fréquemment nommés en réponse à la question ouverte et ont été abordés dans tous les groupes de discussion. Deux d'entre eux, la honte et les efforts d'autocontrôle sont considérés par tous les participants comme étant les obstacles les plus importants, et ce, quelle que soit la méthode utilisée pour recueillir leurs propos. Par contre, un obstacle absent de cette échelle, la préoccupation au sujet de l'efficacité du traitement, est considéré par les intervenants comme étant l'un des trois obstacles les plus importants. Les joueurs ont mentionné cet obstacle, mais ne lui ont pas accordé la même importance. Comme ils étaient en traitement lorsqu'ils ont participé à l'étude, il est possible que cette préoccupation se soit estompée au contact du traitement, surtout s'ils en sont satisfaits.

Le thème de la préoccupation au sujet de l'efficacité du traitement inclut également la méconnaissance de son existence. Les résultats de la présente étude appuient empiriquement l'existence de cet obstacle. En effet, les joueurs ne connaissent en moyenne que 3,6 ressources régionales, moyenne significativement inférieure à celle des intervenants, qui en connaissent 8,8. Par contre, les participants à l'étude font généralement confiance aux ressources qu'ils connaissent.

Bien que ce thème n'ait pas été abordé spontanément dans les groupes de discussion, l'utilisation de l'expression « jeu pathologique » pourrait s'avérer un autre obstacle. Interrogés à ce sujet, tous les groupes s'entendaient pour dire que cette expression faisait allusion à un état très détérioré, ce qui pourrait retarder la demande d'aide. Les joueurs ont même établi une hiérarchie d'expressions allant de la plus rébarbative à la plus invitante : le « jeu pathologique », le « jeu excessif », puis la « dépendance au jeu ».

4.3 SYNTHÈSE DES MOTIFS DE CONSULTATION ET DES OBSTACLES AU TRAITEMENT

En résumé, les trois motifs de consultation les plus importants sont les pertes, les souffrances émotionnelles et l'admission du problème. Les deux obstacles les plus importants sont la honte et les efforts d'autocontrôle. Le fait de ne pas être prêt à aller en traitement, la préoccupation au sujet de l'efficacité du traitement (y compris la méconnaissance des ressources disponibles) ainsi que l'expression utilisée pour décrire la problématique seraient également des obstacles non négligeables. Plusieurs indices mettent en évidence la fiabilité des résultats. Tout d'abord, il y a une très bonne concordance entre les résultats obtenus, quelle que soit la méthode de cueillette des données. De plus, les résultats de l'étude sont très similaires à ceux des études recensées dans la littérature. Enfin, les intervenants et les joueurs partagent la même vision du phénomène, quoiqu'on observe une plus grande hétérogénéité dans la perception de l'importance relative des différents éléments chez les intervenants que chez les joueurs.

4.4 PISTES DE SOLUTIONS

Bien qu'ils partagent la même vision des motifs de consultation et des obstacles, les trois groupes de participants priorisent des solutions variées. Seule la solution préconisant l'information sur la problématique et la promotion des services est priorisée par tous les groupes. Cette hétérogénéité pourrait refléter une réelle différence d'opinions entre les groupes de participants, mais elle pourrait également résulter du fait que les participants n'avaient pas eu l'occasion de réfléchir à des solutions avant d'amorcer la discussion à ce sujet. Ainsi, la dynamique spécifique de chaque groupe pourrait avoir orienté la réflexion vers des pistes différentes. D'ailleurs, trois solutions jugées prioritaires n'avaient pas été discutées dans les groupes au moment d'évoquer l'ensemble des solutions possibles.

La comparaison des solutions préconisées par les participants de cette étude à celles proposées dans la littérature permet de mettre en évidence quelques points communs, mais également plusieurs différences. Sur le plan des similitudes, plusieurs auteurs recommandent de bonifier l'offre de services afin d'offrir un continuum adapté à la gravité de la problématique de chaque individu et de repérer les joueurs ayant besoin d'aide. Dans la présente étude, la pertinence de la formation et du repérage en première ligne a été évoquée par tous les groupes et priorisée par les intervenants du CRD. Cependant, contrairement à ce qui est suggéré dans la littérature, aucun groupe n'a mentionné de solutions visant à modifier l'attitude de la société envers les joueurs pathologiques. De plus, tant les joueurs de l'étude de McMillen *et coll* (2004) (la seule étude où les participants ont proposé des solutions) que ceux de la présente étude considèrent qu'il faudrait offrir plus d'information sur les services et en faire la promotion.

Il est plutôt étonnant qu'aucune solution proposée par les participants ne vise directement à contrer la honte ou les efforts d'autocontrôle, qui sont parmi les obstacles jugés les plus importants. Par contre, le repérage en première ligne et la sensibilisation au montant dépensé pourraient permettre de conscientiser ou de rejoindre les joueurs qui ne sont pas prêts au traitement, autre obstacle important. Il importe de souligner que la solution priorisée par tous les groupes (informer sur la problématique et promouvoir les services) est liée à la méconnaissance de la problématique et des ressources. Deux autres solutions prioritaires visent à atténuer les préoccupations au sujet de l'efficacité du traitement : développer une approche globale et humaniser les services ainsi que faciliter l'accès aux ressources. Enfin, les intervenants du CRD ont priorisé le remplacement du terme « jeu pathologique », qui est également considéré comme un obstacle non négligeable.

Les stratégies ou questions indirectes ont également fait émerger des pistes de solutions liées aux motifs de consultation et aux obstacles les plus importants. Ainsi, lorsqu'on demande aux intervenants ce qu'ils feraient pour aider un ami, ils répondent qu'ils laisseraient de l'information (réduction de la méconnaissance des services), qu'ils donneraient de l'espoir (réduction de la souffrance), qu'ils normaliseraient la situation (réduction de la honte), qu'ils aideraient à prendre conscience du problème (admission du problème et préparation au traitement), qu'ils lui donneraient le pouvoir décisionnel et qu'ils lui offriraient du soutien émotif (réduction de la souffrance).

L'importance de réduire la honte et la stigmatisation associées à la problématique ressort des propos des joueurs lorsqu'ils décrivent les composantes du traitement idéal. Quelques pistes de solutions visant à réduire les préoccupations au sujet de l'efficacité du traitement émergent également de cette discussion. Ainsi, il importe d'offrir une variété de modalités de traitement, car certains joueurs préfèrent un traitement en résidence et d'autres préfèrent le traitement externe. De plus, deux ingrédients semblent essentiels au succès de la démarche thérapeutique, soit l'exploration des causes de la dépendance et la recherche de solutions de remplacement. Enfin, les joueurs connaissent plusieurs éléments clés du processus de changement et souhaitent des intervenants compétents, sans toutefois préciser ce qu'est la compétence.

D'autre part, la discussion entourant le choix du slogan le plus susceptible d'amener les joueurs pathologiques en traitement a donné lieu à beaucoup de commentaires. C'est le slogan « Demander de l'aide, c'est gagnant ! » qui est le préféré de l'ensemble des participants, et ce, parce que son contenu vise à modifier les attitudes de façon à réduire la honte associée à la demande d'aide. Les joueurs l'ont même reformulé avec plus d'intensité : « Demander de l'aide, ÇA, c'est gagnant ! » Par contre, les résultats ne permettent pas de savoir si les participants considèrent qu'il est important d'augmenter la confiance dans le traitement ou d'inciter les joueurs à consulter plutôt que de tenter de s'en sortir seul. En effet, les arguments énoncés à l'encontre de ces deux slogans laissent croire que ce n'est pas le contenu du message comme tel qui les rend peu populaires, mais plutôt une mauvaise formulation.

Alors que la majorité des joueurs apprécie les slogans, plusieurs intervenants sont très critiques et sensibles à leur formulation, pesant le pour et le contre de chaque mot comme s'ils craignaient de heurter les joueurs. D'ailleurs, cinq des 16 intervenants n'ont indiqué aucune préférence pour l'un ou l'autre des slogans, proposant de laisser le choix aux joueurs eux-mêmes. Ils ont également créé une version hybride de plusieurs slogans en évitant les mots « sensibles » : « Plaisir ou problème? En parler c'est gagnant ! ».

En plus de commenter les slogans proposés, les participants ont élargi la discussion pour discuter du contenu des publicités actuelles et proposer des pistes de solution en offrant des conseils pour les futures publicités. Celles-ci devraient toucher les joueurs, leur permettre de s'identifier et parler des conséquences du jeu pathologique. À cette fin, elles devraient mettre en contexte des joueurs de loterie vidéo, rarement représentés dans les publicités actuelles. De plus, les joueurs souhaitent

que ces publicités soient chargées sur le plan émotif, à la manière de certains messages de la Société d'assurance automobile du Québec.

4.5 RÉSULTATS COMPLÉMENTAIRES (sans lien direct avec les objectifs de l'étude)

Bien que les questions sur la différence entre les joueurs pathologiques et les autres joueurs et sur le moment où ils devraient consulter ne devaient servir qu'à mettre les participants à l'aise et à les préparer à répondre aux objectifs de l'étude, certains commentaires méritent une attention particulière. Parmi ceux-ci, la discussion au sujet de la perte du sens de l'argent associée au jeu pathologique ajoute un éclairage nouveau sur la perception des joueurs. Non seulement les joueurs mentionnent le besoin de jouer des sommes croissantes pour obtenir l'état d'excitation désirée, ce qui constitue l'un des critères du DSM-IV-R (American Psychiatric Association, 2000), mais ils décrivent également un phénomène qu'on pourrait qualifier de « tolérance aux gains ». En effet, plusieurs joueurs signalent qu'ils ont besoin de faire des gains de plus en plus importants pour ressentir de la satisfaction. L'un d'eux a même fait la comparaison avec la consommation de drogue, en disant qu'avec le temps, même de grandes quantités ne permettent pas de retrouver l'intensité du plaisir ressenti lors des premières consommations.

Dans le même ordre d'idées, ils considèrent que dès qu'un joueur gagne un gros montant, il devrait demander de l'aide. Selon les joueurs, cet état d'excitation est tellement puissant qu'il entraîne des modifications importantes au niveau des croyances (p. ex. « le jeu devient une façon de s'enrichir ») et qu'il accroît considérablement le désir de jouer afin de retrouver cet état d'euphorie. Un gain important serait donc un événement critique dans la trajectoire, facilitant le passage du jeu « social » au jeu pathologique.

5. FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE

La principale force de cette étude réside dans la triangulation des données. En effet, la convergence observée entre les réponses aux questions ouvertes, les réponses aux questions fermées de *l'échelle des raisons pour retarder le traitement* et le contenu des groupes de discussion permet d'accroître la validité des résultats. De plus, la présentation des résultats aux participants de l'étude a permis de confirmer que les données utilisées représentaient bien leur propos. D'autre part, cette étude innove en comparant la perception des intervenants à celles des usagers et en sollicitant des pistes de solution auprès des participants.

Par contre, le petit nombre de participants ainsi que le fait qu'ils proviennent tous de la même région limitent la possibilité de généraliser les résultats à l'ensemble du Québec, quoique plusieurs résultats concordent avec ceux de la littérature, notamment les motifs de consultation et les obstacles au traitement. De plus, le point de vue des joueurs pathologiques qui ne sont pas en traitement aurait pu offrir une tout autre perspective en présentant des obstacles qui empêchent la demande d'aide plutôt que de la retarder. Leur absence, en dépit des efforts de recrutement déployés pour les rejoindre, tend à confirmer la présence d'obstacles importants, peut-être la honte, qui empêchent non seulement de consulter, mais également de participer à des études scientifiques. D'autres auteurs ont également observé la réticence des joueurs de la population générale à participer à des études (Slutske *et coll*, 2009).



6. CONCLUSION

Cette étude a permis de confirmer plusieurs résultats recensés dans la littérature, tant au chapitre des motifs de consultation pour le jeu pathologique que de l'importance de certains obstacles à la demande d'aide. De plus, elle a permis de constater que les intervenants et les joueurs en traitement partagent la même vision du phénomène, ce qui constitue une pierre d'assise en vue de la mise en place de solutions adaptées aux besoins des usagers.

Cette étude a également permis aux participants de proposer des solutions pour favoriser l'entrée en traitement des joueurs pathologiques. Tous les groupes de participants s'entendent sur l'importance d'informer la population sur la problématique et de promouvoir les services. Compte tenu du fait que les joueurs ont identifié plus d'un motif de consultation et ont franchi plus d'un obstacle avant d'entrer en traitement, l'application simultanée de plusieurs mesures qui permettraient à la fois d'accroître la prise de conscience du problème et de réduire les obstacles devrait contribuer à faire pencher la balance en faveur de l'entrée en traitement.

L'étude soulève également des questions qui méritent d'être approfondies par d'autres études. En effet, il serait très intéressant de mieux comprendre le processus qui permet aux joueurs de franchir les obstacles afin d'accéder au traitement. Qu'est-ce qui fait pencher la balance en faveur du traitement? Comment ont-ils réussi à franchir les obstacles? Qu'est-ce qui leur a permis de prendre conscience du problème et de son ampleur? De plus, le point de vue des joueurs pathologiques qui n'ont pas fait de demande d'aide et des membres de l'entourage des joueurs pourrait ajouter à la compréhension de la problématique.



7. RÉFÉRENCES

- American Psychiatric Association. (2000). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4^e édition, Texte Révisé*. Washington, DC. Traduction française par J.-D. Guelfi et coll, Masson, Paris, 2003.
- Clarke, D., Abbott, M., DeSouza, R. et Bellringer, M. (2007). An overview of help seeking by problem gamblers and their families including barriers to and relevance of services. *International Journal of Mental Health Addiction*, 5, 292-306.
- Desrosiers, P. et Jacques, C. (2009). *Les services en jeu pathologique dans les centres de réadaptation en dépendance : Guide de bonnes pratiques et offre de services de base*. Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec.
- Evans, L. et Delfabbro, P.H. (2005). Motivators for change and barriers to help-seeking in Australian problem gamblers. *Journal of Gambling Studies*, 21(2), 133-155.
- Ferris, J. et Wynne, H. (2001). *L'indice canadien du jeu excessif*. Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.
- Hodgins, D.C. et El-Guebaly, N. (2000). Natural and treatment-assisted recovery from gambling problems : a comparison of resolved and active gamblers. *Addiction*, 95(5), 777-789.
- Kairouz, S., Nadeau, L. et Paradis, C. (2010). Enquête ENHJEU-QUÉBEC, Portrait du jeu au Québec : Prévalence, incidence et trajectoires sur quatre ans.
- Ladouceur, R., Jacques, C., Chevalier, S., Sévigny, S., et Hamel, D. (2005). Prevalence of pathological gambling in Quebec in 2002. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50, 451-456.
- McCready, J. et Adlaf, E. (2006). *Rendement et bonification de l'indice canadien du jeu excessif (ICJE) : Rapport et recommandations*. Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie.
- McMillen, J., Marshall, D., Murphy, L., Lorenzen, S. et Waugh, B. (2004). *Help-seeking by problem gamblers, friends and families : a focus on gender and cultural groups*. Centre for Gambling Research, RegNet, Australian National University.
- Pulford, J., Bellringer, M., Abbott, M., Clarke, D., Hodgins, D. et 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, 33-48.
- Séguin, M., Boyer, R., Lesage, A., McGirr, A., Suissa, A., Tousignant, M. et Turecki, G. (2010). Suicide and gambling : psychopathology and treatment-seeking. *Psychology of Addictive Behaviors*, 24(3), 541-547.
- Slutske, W.S. (2006). Natural recovery and treatment-seeking in pathological gambling : results of two U.S. National Surveys. *American Journal of Psychiatry*, 163(2), 297-302.
- Slutske, W.S., Blaszczynski, A. et Martin, N. G. (2009). Sex differences in the rates of recovery, treatment-seeking, and natural recovery in pathological gambling : results from an Australian community-based twin survey. *Twin Research and Human Genetics*, 12(5), 425-432.
- Suurvali, H., Cordingley, J., Hodgins, D.C. et Cunningham, J. (2009). Barriers to seeking help for gambling problems : a review of the empirical literature. *Journal of Gambling Studies*, 25, 407-424.
- Suurvali, H., Hodgins, D.C. et Cunningham, J.A. (2010). Motivators for resolving or seeking help for gambling problems : a review of the empirical literature. *Journal of Gambling Studies*, 26, 1-33.
- Suurvali, H., Hodgins, D., Toneatto, T. et Cunningham, J. (2008). Treatment seeking among Ontario problem gamblers : results of a population survey. *Psychiatric Services*, 59(11), 1341-1346.
- Tavares, H., Martins, S.S., Zilberman, M.L. et El-Guebaly, N. (2002). Gamblers seeking treatment : why haven't they come earlier ? *Addictive Disorders & Their Treatment*, 1(2), 65-69.
- Weinstock, J., Burton, S., Rash, C.J., Moran, S. Biller, W., Krudelbach, N., Phoenix, N. et Morasco, B.J. (2011). Predictors of engaging in problem gambling treatment : data from the West Virginia problem gamblers help network. *Psychology of Addictive Behaviors*, 25(2), 372-379.



ANNEXE 1. INSTRUMENTS DE MESURE

PARTICIPATION AU JEU (ICJE)

Section 1. Nous aimerions d'abord vous poser quelques questions au sujet d'activités auxquelles vous avez peut-être participé au cours des 12 derniers mois.

1. Combien de fois avez-vous parié ou dépensé de l'argent pour l'achat de **billets de loterie** tels que le 6/49, le Super 7, le Québec 49 ou la Mini ?
 - a) à tous les jours
 - b) de 2 à 6 fois par semaine
 - c) environ une fois par semaine
 - d) de 2 à 3 fois par mois
 - e) environ une fois par mois
 - f) de 6 à 11 fois par année
 - g) de 1 à 5 fois par année
 - h) jamais
2. Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous parié ou dépensé de l'argent pour l'achat de billets de **loteries quotidiennes** telles que la Quotidienne ou Banco ?
 - a) à tous les jours
 - b) de 2 à 6 fois par semaine
 - c) environ une fois par semaine
 - d) de 2 à 3 fois par mois
 - e) environ une fois par mois
 - f) de 6 à 11 fois par année
 - g) de 1 à 5 fois par année
 - h) jamais
3. Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous parié ou dépensé de l'argent pour l'achat de **loteries instantanées** ou « gratteux » tels que le « 7 chanceux », « Mots cachés », « Cartes frimées » ou autres ?
 - a) à tous les jours
 - b) de 2 à 6 fois par semaine
 - c) environ une fois par semaine
 - d) de 2 à 3 fois par mois
 - e) environ une fois par mois
 - f) de 6 à 11 fois par année
 - g) de 1 à 5 fois par année
 - h) jamais

4. Combien de fois avez-vous parié ou dépensé de l'argent sur des **billets de tirage ou de levée de fonds** ?
- a) à tous les jours
 - b) de 2 à 6 fois par semaine
 - c) environ une fois par semaine
 - d) de 2 à 3 fois par mois
 - e) environ une fois par mois
 - f) de 6 à 11 fois par année
 - g) de 1 à 5 fois par année
 - h) jamais
5. Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous parié ou dépensé de l'argent aux **courses de chevaux** dans les hippodromes ou hors hippodromes (dans les salons de pari) ?
- a) à tous les jours
 - b) de 2 à 6 fois par semaine
 - c) environ une fois par semaine
 - d) de 2 à 3 fois par mois
 - e) environ une fois par mois
 - f) de 6 à 11 fois par année
 - g) de 1 à 5 fois par année
 - h) jamais
6. Combien de fois avez-vous parié ou dépensé de l'argent au **bingo** ?
- a) à tous les jours
 - b) de 2 à 6 fois par semaine
 - c) environ une fois par semaine
 - d) de 2 à 3 fois par mois
 - e) environ une fois par mois
 - f) de 6 à 11 fois par année
 - g) de 1 à 5 fois par année
 - h) jamais
7. Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous parié ou dépensé de l'argent au **poker dans un casino** ?
- a) à tous les jours
 - b) de 2 à 6 fois par semaine
 - c) environ une fois par semaine
 - d) de 2 à 3 fois par mois
 - e) environ une fois par mois
 - f) de 6 à 11 fois par année
 - g) de 1 à 5 fois par année
 - h) jamais

8. Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous parié ou dépensé de l'argent au **blackjack dans un casino** ?
- a) à tous les jours
 - b) de 2 à 6 fois par semaine
 - c) environ une fois par semaine
 - d) de 2 à 3 fois par mois
 - e) environ une fois par mois
 - f) de 6 à 11 fois par année
 - g) de 1 à 5 fois par année
 - h) jamais
9. Combien de fois avez-vous parié ou dépensé de l'argent à la **roulette dans un casino** ?
- a) à tous les jours
 - b) de 2 à 6 fois par semaine
 - c) environ une fois par semaine
 - d) de 2 à 3 fois par mois
 - e) environ une fois par mois
 - f) de 6 à 11 fois par année
 - g) de 1 à 5 fois par année
 - h) jamais
10. Combien de fois avez-vous parié ou dépensé de l'argent au **Kéno dans un casino** ?
- a) à tous les jours
 - b) de 2 à 6 fois par semaine
 - c) environ une fois par semaine
 - d) de 2 à 3 fois par mois
 - e) environ une fois par mois
 - f) de 6 à 11 fois par année
 - g) de 1 à 5 fois par année
 - h) jamais
11. Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous parié ou dépensé de l'argent dans des **machines à sous dans un casino** ?
- a) à tous les jours
 - b) de 2 à 6 fois par semaine
 - c) environ une fois par semaine
 - d) de 2 à 3 fois par mois
 - e) environ une fois par mois
 - f) de 6 à 11 fois par année
 - g) de 1 à 5 fois par année
 - h) jamais

12. Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous parié ou dépensé de l'argent dans des appareils de **loteries vidéo AILLEURS QU'ÀUX CASINOS** (dans les brasseries, les bars ou hippodromes)?
- a) à tous les jours
 - b) de 2 à 6 fois par semaine
 - c) environ une fois par semaine
 - d) de 2 à 3 fois par mois
 - e) environ une fois par mois
 - f) de 6 à 11 fois par année
 - g) de 1 à 5 fois par année
 - h) jamais
13. Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous parié ou dépensé de l'argent aux **loteries sportives** (ex. : Mise-O-Jeu)? (Loterie de Loto-Québec seulement)
- a) à tous les jours
 - b) de 2 à 6 fois par semaine
 - c) environ une fois par semaine
 - d) de 2 à 3 fois par mois
 - e) environ une fois par mois
 - f) de 6 à 11 fois par année
 - g) de 1 à 5 fois par année
 - h) jamais
14. Combien de fois avez-vous parié ou dépensé de l'argent sur des cagnottes sportives, des « **pools** » **sportifs**? (pas sous la responsabilité de Loto-Québec)
- a) à tous les jours
 - b) de 2 à 6 fois par semaine
 - c) environ une fois par semaine
 - d) de 2 à 3 fois par mois
 - e) environ une fois par mois
 - f) de 6 à 11 fois par année
 - g) de 1 à 5 fois par année
 - h) jamais
15. Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous parié ou dépensé de l'argent sur les sports avec un **preneur de paris clandestins** (un « bookie »)?
- a) à tous les jours
 - b) de 2 à 6 fois par semaine
 - c) environ une fois par semaine
 - d) de 2 à 3 fois par mois
 - e) environ une fois par mois
 - f) de 6 à 11 fois par année
 - g) de 1 à 5 fois par année
 - h) jamais

16. Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous parié ou dépensé de l'argent à des **jeux de cartes ou des jeux de société avec la famille ou des amis** ?
- a) à tous les jours
 - b) de 2 à 6 fois par semaine
 - c) environ une fois par semaine
 - d) de 2 à 3 fois par mois
 - e) environ une fois par mois
 - f) de 6 à 11 fois par année
 - g) de 1 à 5 fois par année
 - h) jamais
17. Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous parié ou dépensé de l'argent sur les **jeux d'habiletés** tels que le billard, les quilles, le golf ou les dards ?
- a) à tous les jours
 - b) de 2 à 6 fois par semaine
 - c) environ une fois par semaine
 - d) de 2 à 3 fois par mois
 - e) environ une fois par mois
 - f) de 6 à 11 fois par année
 - g) de 1 à 5 fois par année
 - h) jamais
18. Combien de fois avez-vous parié ou dépensé de l'argent dans les **arcades ou à des jeux vidéo** ?
- a) à tous les jours
 - b) de 2 à 6 fois par semaine
 - c) environ une fois par semaine
 - d) de 2 à 3 fois par mois
 - e) environ une fois par mois
 - f) de 6 à 11 fois par année
 - g) de 1 à 5 fois par année
 - h) jamais
19. Combien de fois avez-vous parié votre propre argent à des jeux de hasard et d'argent par le biais d'**Internet** ?
- a) à tous les jours
 - b) de 2 à 6 fois par semaine
 - c) environ une fois par semaine
 - d) de 2 à 3 fois par mois
 - e) environ une fois par mois
 - f) de 6 à 11 fois par année
 - g) de 1 à 5 fois par année
 - h) jamais

20. Certaines personnes misent de l'argent sur les marchés boursiers de la même manière que l'on peut jouer aux jeux de hasard et d'argent. Au cours des 12 derniers mois, combien de fois misé de l'argent sur les **marchés boursiers** en vue de réaliser un gain immédiat tel que certaines personnes le font avec le « day trading » ?

- a) à tous les jours
- b) de 2 à 6 fois par semaine
- c) environ une fois par semaine
- d) de 2 à 3 fois par mois
- e) environ une fois par mois
- f) de 6 à 11 fois par année
- g) de 1 à 5 fois par année
- h) jamais

Section 2. Certaines des questions suivantes ne s'appliqueront peut-être pas à votre situation mais s'il vous plaît, essayez d'être le plus précis possible dans vos réponses.

21. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous parié plus que vous ne pouviez vraiment vous permettre de perdre ?

- a) Jamais
- b) Quelquefois
- c) La plupart du temps
- d) Presque toujours

22. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu besoin de jouer des sommes d'argent de plus en plus grosses pour atteindre le même état d'excitation ?

- a) Jamais
- b) Quelquefois
- c) La plupart du temps
- d) Presque toujours

23. Au cours des 12 derniers mois, êtes-vous retourné jouer pour essayer de regagner l'argent perdu auparavant ?

- a) Jamais
- b) Quelquefois
- c) La plupart du temps
- d) Presque toujours

24. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous emprunté de l'argent ou vendu quoi que ce soit dans le but d'obtenir de l'argent pour jouer ?

- a) Jamais
- b) Quelquefois
- c) La plupart du temps
- d) Presque toujours

25. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu le sentiment que vous aviez peut-être un problème de jeu ?
- a) Jamais
 - b) Quelquefois
 - c) La plupart du temps
 - d) Presque toujours
26. Au cours des 12 derniers mois, le jeu vous a-t-il causé des problèmes de santé, incluant le stress ou l'anxiété ?
- a) Jamais
 - b) Quelquefois
 - c) La plupart du temps
 - d) Presque toujours
27. Au cours des 12 derniers mois, est-ce que des personnes ont critiqué vos habitudes de jeu ou vous ont dit que vous aviez un problème de jeu, indépendamment du fait que vous pensiez que cela soit vrai ou non ?
- a) Jamais
 - b) Quelquefois
 - c) La plupart du temps
 - d) Presque toujours
28. Au cours des 12 derniers mois, est-ce que vos activités de jeu ont causé des problèmes financiers pour vous ou votre ménage ?
- a) Jamais
 - b) Quelquefois
 - c) La plupart du temps
 - d) Presque toujours
29. Au cours des 12 derniers mois, vous êtes-vous senti coupable à cause de vos habitudes de jeu ou de leurs conséquences ?
- a) Jamais
 - b) Quelquefois
 - c) La plupart du temps
 - d) Presque toujours

ÉCHELLE DES RAISONS POUR RETARDER LE TRAITEMENT (Version joueur en traitement)

Parmi les raisons possibles de retarder le traitement pour le jeu excessif, laquelle décrirait le mieux pourquoi vous n'avez pas pris cette décision plus tôt ?

	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Extrêmement
1. J'avais peur d'échouer en traitement.	0	1	2	3	4
2. J'espérais récupérer les pertes en jouant.	0	1	2	3	4
3. Je n'avais pas de temps disponible pour le traitement.	0	1	2	3	4
4. Il y a eu une période où je ne me souciais pas de mes problèmes de jeu.	0	1	2	3	4
5. Je ne voulais pas que mes problèmes deviennent publics (ex. : au travail ou dans ma communauté).	0	1	2	3	4
6. Je manquais d'argent pour payer le nécessaire pour le traitement (ex. : honoraires professionnels, achat de matériel nécessaire à la thérapie).	0	1	2	3	4
7. Je croyais que le traitement demanderait plus d'efforts que j'étais capable d'en faire.	0	1	2	3	4
8. J'essayais de réduire par moi-même.	0	1	2	3	4
9. Je craignais que si je le révélais à quelqu'un, je serais critiqué pour avoir agi de façon irresponsable.	0	1	2	3	4
10. J'attendais d'obtenir de l'argent d'autres sources pour résoudre mes problèmes de jeu.	0	1	2	3	4
11. Je ne voulais pas que ma famille sache que j'avais perdu le contrôle sur le jeu.	0	1	2	3	4
12. Je n'avais pas de moyen de transport adéquat pour me rendre au traitement.	0	1	2	3	4

Quelle est la raison la plus importante ? _____

ÉCHELLE DES RAISONS POUR RETARDER LE TRAITEMENT (Version autres)

Parmi les raisons possibles de retarder le traitement pour le jeu excessif, laquelle décrirait le mieux pourquoi un joueur excessif tarderait à prendre (ou ne prendrait pas) cette décision ?

	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Extrêmement
1. Il a peur d'échouer en traitement.	0	1	2	3	4
2. Il espère récupérer les pertes en jouant.	0	1	2	3	4
3. Il n'a pas de temps disponible pour le traitement.	0	1	2	3	4
4. Il y a une période de temps où il ne se soucie pas de ses problèmes de jeu.	0	1	2	3	4
5. Il ne veut pas que ses problèmes deviennent publics (ex. : au travail ou dans sa communauté).	0	1	2	3	4
6. Il manque d'argent pour payer le nécessaire pour le traitement (ex. : honoraires professionnels, achat de matériel nécessaire à la thérapie).	0	1	2	3	4
7. Il croit que le traitement demande plus d'efforts qu'il n'est capable d'en faire.	0	1	2	3	4
8. Il essaie de réduire par lui-même.	0	1	2	3	4
9. Il craint que s'il le révèle à quelqu'un, il sera critiqué pour avoir agi de façon irresponsable.	0	1	2	3	4
10. Il attend d'obtenir de l'argent d'autres sources pour résoudre ses problèmes de jeu.	0	1	2	3	4
11. Il ne veut pas que sa famille sache qu'il a perdu le contrôle sur le jeu.	0	1	2	3	4
12. Il n'a pas de moyen de transport adéquat pour se rendre au traitement.	0	1	2	3	4

Quelle est la raison la plus importante ? _____

RESSOURCES

Voici une liste de ressources qui offrent de l'aide psychologique ou des conseils financiers à des joueurs excessifs.

1. Cochez toutes les ressources dont vous avez entendu parler (même vaguement).
2. Pour toutes les ressources que vous avez cochées, indiquez jusqu'à quel point vous feriez **confiance à cette ressource** pour aider un joueur excessif (pas du tout, un peu, moyennement, beaucoup ou totalement).
3. Indiquez votre lieu de résidence

√	RESSOURCE	CONFIANCE À LA RESSOURCE				
		Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Totalement
	A. Association coopérative d'économie familiale (ACEF)	0	1	2	3	4
	B. Centre André-Boudreau	0	1	2	3	4
	C. Centre de Santé et de Services sociaux des Sommets (CSSS)	0	1	2	3	4
	D. Centre le Jeu de la Vie	0	1	2	3	4
	E. Choix et réalité	0	1	2	3	4
	F. Gamblers Anonymes (GA)	0	1	2	3	4
	G. Jeu, aide et références	0	1	2	3	4
	H. Maison Lyse Beauchamp	0	1	2	3	4
	I. Maison Mélaric	0	1	2	3	4
	J. Maison du Réveil	0	1	2	3	4
	K. Maison Le Semeur	0	1	2	3	4
	L. Plan de Match	0	1	2	3	4
	M. Sentier du nouveau jour	0	1	2	3	4
	N. Unité Domrémy	0	1	2	3	4
	O. Unité toxi des trois-vallées	0	1	2	3	4

Lieu de résidence _____

MERCI

MOTIFS ET OBSTACLES AU TRAITEMENT (Version joueurs en traitement)

1. Plusieurs raisons peuvent expliquer pourquoi un joueur demande de l'aide à une ressource (spécialisée ou non).
Quelles sont les raisons qui **vous** ont amené à demander de l'aide ?

Encerlez la raison la plus importante.

2. Combien de temps s'est écoulé entre le moment où vous avez réalisé que vous aviez un problème de jeu et le moment où vous avez demandé de l'aide à une ressource (spécialisée ou non) ?

3. Quelles sont les raisons qui vous ont empêché de consulter plus tôt ?

Encerlez la raison la plus importante.

Pour terminer, voici des questions qui nous aideront à tracer le portrait des gens qui participent à notre recherche

4. Indiquez votre sexe.

- F
 M

5. Dans quelle catégorie d'âge vous situez-vous ?

- 18-25 ans
 26-35 ans
 36-45 ans
 46-55 ans
 56-65 ans
 plus de 65 ans

6. Combien d'années d'études avez-vous faites ?

- entre 0 et 6 années (primaire)
- entre 7 et 9 années (1^{er} à 3^e secondaire)
- entre 10 et 12 années (4^e ou 5^e secondaire)
- entre 13 et 15 années (collégial)
- plus de 15 années (universitaire)

7. Quel est le revenu annuel de votre famille avant impôt ?

- moins de 20 000 \$
- entre 20 000 \$ et 40 000 \$
- entre 40 000 \$ et 60 000 \$
- entre 60 000 \$ et 80 000 \$
- entre 80 000 \$ et 100 000 \$
- plus de 100 000 \$

Merci d'avoir pris le temps de répondre à ces questions.

MOTIFS ET OBSTACLES AU TRAITEMENT (Version intervenants)

1. Plusieurs raisons peuvent expliquer pourquoi un joueur demande de l'aide à une ressource (spécialisée ou non). Selon vous, quelles seraient ces raisons ?

Encerchez la raison la plus importante.

2. Selon vous, quelles sont les raisons qui empêcheraient un joueur excessif de demander de l'aide ?

Encerchez la raison la plus importante.

Pour terminer, voici des questions qui nous aideront à tracer le portrait des gens qui participent à notre recherche

3. Indiquez votre sexe.

- F
- M

4. Dans quelle catégorie d'âge vous situez-vous ?

- 18-25 ans
- 26-35 ans
- 36-45 ans
- 46-55 ans
- 56-65 ans
- plus de 65 ans

5. Combien d'années d'études avez-vous faites ?

- entre 0 et 6 années (primaire)
- entre 7 et 9 années (1^{er} à 3^e secondaire)
- entre 10 et 12 années (4^e ou 5^e secondaire)
- entre 13 et 15 années (collégial)
- plus de 15 années (universitaire)

6. Depuis combien d'années travaillez-vous avec des joueurs excessifs ?

7. Dans le cadre de votre travail, combien de joueurs excessifs ou à risque modéré rencontrez-vous par année ?

- aucun
- entre 1 et 11 joueurs
- entre 12 et 50 joueurs
- 51 joueurs et plus

8. Avez-vous reçu une formation spécifique à l'intervention auprès des joueurs excessifs ? _____

Si oui, précisez la nature ou le titre de la formation, le nom du formateur et la durée de la formation.

Nature (ou titre) de la formation

Nom du formateur _____

Durée de la formation _____

Merci d'avoir pris le temps de répondre à ces questions.



ANNEXE 2. LISTE DES QUESTIONS POSÉES LORS DES GROUPES DE DISCUSSION

GROUPES DE DISCUSSION (Joueurs en traitement)

1. On pourrait commencer par se présenter : dites votre nom, votre jeu de hasard et d'argent préféré et le nom de l'établissement où vous êtes présentement en traitement.
2. a) Selon votre expérience, à quel moment diriez-vous que le jeu devient un problème ?
b) Qu'est-ce qui distingue un joueur excessif des autres joueurs ?
c) Quand un joueur excessif devrait-il demander de l'aide ?
3. a) Quels sont les motifs qui vous ont amené à demander de l'aide pour le jeu excessif ? (Préciser qu'ils n'ont pas besoin de raconter leur vie intime, seulement nommer la catégorie de motifs, donner des exemples, au besoin) (Écrire les motifs au tableau)
b) Quels seraient les trois plus importants ? (pour l'ensemble du groupe)
4. a) Au début de cette rencontre, vous avez rempli un questionnaire intitulé *échelle des raisons pour retarder le traitement*. Est-ce qu'il y a des raisons qui devraient s'ajouter à cette liste ? Lesquelles ?
b) Au moment de remplir ce questionnaire, quel obstacle avez-vous considéré le plus important ? (Écrire les obstacles au tableau)
c) Quels seraient les trois plus importants ? (pour l'ensemble du groupe)
5. Maintenant, fermez les yeux et imaginez le traitement idéal pour un joueur excessif. L'endroit de rêve, l'aide que vous avez toujours souhaité obtenir. À quoi ressemble ce lieu ? Que s'y passe-t-il ? (Pause de 15 secondes) Ouvrez les yeux et parlez-nous de ce traitement idéal.
6. a) Nous allons vous distribuer une feuille qui contient quatre slogans visant à encourager les joueurs excessifs à consulter pour leur problème. Selon vous, lequel atteindrait le mieux cet objectif ?
b) Qu'est-ce qui vous incite à croire que ce slogan serait efficace ?
7. Malgré la gravité des conséquences associées au jeu excessif, peu de joueurs consultent à ce sujet. Quelles seraient les pistes de solution pour changer cette situation ? Pensez à des actions au niveau local, au niveau régional ou à l'échelle de la province.
8. (Présenter le résumé des motifs, obstacles, besoins et pistes de solution proposées.) Si vous étiez la personne responsable du programme de jeu excessif, quels changements feriez-vous en priorité ? Vous pouvez penser à une action pour chacun des niveaux (local, régional, provincial).
9. A-t-on oublié quelque chose ? Y a-t-il des points que vous voudriez ajouter ?

GROUPES DE DISCUSSION (Intervenants du CRD)

1. On pourrait commencer par se présenter : dites votre nom, ainsi que le nom du point de service où vous travaillez.
2. Parlez-nous des circonstances qui vous ont amené à faire de l'intervention pour le jeu excessif.
 3. a) Selon votre expérience, quels sont les motifs de consultation chez les joueurs excessifs en traitement au CRD? (Écrire les motifs au tableau)
 - b) Quels seraient les trois plus importants?
 4. a) Au début de cette rencontre, vous avez rempli un questionnaire intitulé *échelle des raisons pour retarder le traitement*. Est-ce qu'il y a des raisons qui devraient s'ajouter à cette liste? Lesquelles?
 - b) Au moment de remplir ce questionnaire, quel obstacle avez-vous considéré le plus important? (Écrire les obstacles au tableau)
 - c) Quels seraient les trois plus importants?
5. Maintenant que nous avons établi la liste des motifs de consultation et des obstacles au traitement, supposons que vous voulez encourager un ami à consulter pour son problème de jeu. Que lui diriez-vous?
 6. a) Nous allons vous distribuer une feuille qui contient quatre slogans visant à encourager les joueurs excessifs à consulter pour leur problème. Selon vous, lequel atteindrait le mieux cet objectif?
 - b) Qu'est-ce qui vous incite à croire que ce slogan serait efficace?
 7. Malgré la gravité des conséquences associées au jeu excessif, peu de joueurs consultent à ce sujet. Quelles seraient les pistes de solution pour changer cette situation? Pensez à des actions au niveau local, au niveau régional ou à l'échelle de la province.
 8. (Présenter le résumé des motifs, obstacles et pistes de solution proposées.) Si vous étiez la personne responsable du programme de jeu excessif, quels changements feriez-vous en priorité? Vous pouvez penser à une action pour chacun des niveaux (local, régional, provincial).
 9. A-t-on oublié quelque chose? Y a-t-il des points que vous voudriez ajouter?

GROUPES DE DISCUSSION (Intervenants des autres ressources)

1. On pourrait commencer par se présenter : dites votre nom et présentez brièvement l'organisme où vous travaillez.
2. Parlez-nous du contexte de travail qui vous amène à rencontrer des joueurs à risque modéré ou des joueurs excessifs. Quelle proportion des usagers de votre « caseload » consulte pour des problèmes de jeu ?
 3. a) Selon votre expérience, quels sont les motifs de consultation chez les joueurs excessifs qui demandent de l'aide à votre organisme ? (Écrire les motifs au tableau)
 - b) Quels seraient les trois plus importants ?
 4. a) Au début de cette rencontre, vous avez rempli un questionnaire intitulé *échelle des raisons pour retarder le traitement*. Est-ce qu'il y a des raisons qui devraient s'ajouter à cette liste ? Lesquelles ?
 - b) Au moment de remplir ce questionnaire, quel obstacle avez-vous considéré le plus important ? (Écrire les obstacles au tableau)
 - c) Quels seraient les trois plus importants ?
5. Maintenant que nous avons établi la liste des motifs de consultation et des obstacles au traitement, supposons que vous voulez encourager un ami à consulter pour son problème de jeu. Que lui diriez-vous ?
 6. a) Nous allons vous distribuer une feuille qui contient quatre slogans visant à encourager les joueurs excessifs à consulter pour leur problème. Selon vous, lequel atteindrait le mieux cet objectif ?
 - b) Qu'est-ce qui vous incite à croire que ce slogan serait efficace ?
 7. Malgré la gravité des conséquences associées au jeu excessif, peu de joueurs consultent à ce sujet. Quelles seraient les pistes de solution pour changer cette situation ? Pensez à des actions au niveau local, au niveau régional ou à l'échelle de la province.
 8. (Présenter le résumé des motifs, obstacles et pistes de solution proposées.) Si vous étiez la personne responsable du programme de jeu excessif, quels changements feriez-vous en priorité ? Vous pouvez penser à une action pour chacun des niveaux (local, régional, provincial).
 9. A-t-on oublié quelque chose ? Y a-t-il des points que vous voudriez ajouter ?



ANNEXE 3. TEXTES POUR LES PUBLICITÉS

TEXTE POUR LA CAPSULE DIFFUSÉE À LA RADIO

Vous jouez régulièrement à des jeux de hasard et d'argent?

Vous connaissez des gens qui ont un problème avec le jeu ?

Vous aimeriez participer à une recherche sur le jeu excessif ?

Pour en savoir davantage sur cette étude, contactez le centre André-Boudreau au 450 432-1858 poste 200.

Nous misons sur vous pour mieux comprendre les joueurs.

Alors, appelez-nous : 450 432-1858 poste 200

TEXTE POUR DIFFUSION DANS LES JOURNAUX

RECHERCHE JOUEURS



Vous jouez régulièrement à des jeux de hasard et d'argent ? Il vous arrive de côtoyer des joueurs excessifs ? Vous pourriez être éligible à participer à une étude sur les obstacles au traitement du jeu excessif.

Un certificat cadeau permettant d'obtenir de l'essence sera remis en dédommagement. Pour information, communiquez avec Émilie Contant, coordonnatrice de cette étude, au Centre André-Boudreau au 450 432-1858, poste 202.



CENTRE DOLLARD-CORMIER
Institut universitaire sur les dépendances 

Agréé par le

Affilié à

