

RECHERCHE ORIGINALE

Comment favoriser l'utilisation des ressources d'aide chez les personnes ayant un jeu problématique ?

Andréanne Faucher-Gravel^{1,*}, Isabelle Giroux¹, Catherine Boudreault¹, Magali Bringuier¹, Annie Goulet¹, Christian Jacques¹

¹ CQEPTJ, GRIF-Jeu, Université Laval

* Correspondance : Isabelle Giroux, Ph. D, Pavillon Félix-Antoine-Savard, bureau 1336, 2325, allée des Bibliothèques, Université Laval, Québec, QC, G1V 0A6, isabelle.giroux@psy.ulaval.ca

Résumé : Peu de personnes ayant un problème de jeu sollicitent les ressources d'aide, malgré les interventions disponibles, dont les traitements auto-administrés (TAA). La présente étude explore auprès de personnes ayant un jeu problématique les facteurs susceptibles d'accélérer la demande d'aide, les motifs et obstacles à l'utilisation d'un TAA, ainsi que les éléments à inclure ou à éviter dans les publicités de promotion des traitements du jeu. Deux groupes de discussion ont été effectués, l'un auprès de personnes ayant terminé une thérapie (n = 5) et l'autre auprès de personnes n'ayant jamais consulté (n = 9). Les résultats mettent en lumière l'importance d'être informé sur les problèmes de jeu et les ressources d'aide avant le cumul des conséquences néfastes. Plusieurs avantages du TAA sont soulevés, dont la flexibilité. Différents messages publicitaires sont proposés pour sensibiliser à l'addiction au jeu, y compris des informations choquantes sur les conséquences néfastes. Des études supplémentaires permettraient de valider les messages publicitaires et leur efficacité.

Mots-clés : Jeu problématique, recherche d'aide, publicité de traitement, auto-traitement

Abstract: Many individuals with gambling problems do not seek help despite available interventions, including self-administered treatments (SATs). This study examines factors encouraging help-seeking, barriers to using self-guided treatments, and effective elements for promoting gambling treatment in advertisements. Two focus groups were conducted: one with gamblers who completed therapy (n = 5) and another with those who never sought help (n = 9). Results highlight the need for information about gambling issues and resources before serious consequences occur. The study also suggests impactful advertising messages to raise awareness of gambling addiction and its harmful effects, although further research is needed to validate these messages and assess their effectiveness.

Key-words: Problem gambling, help-seeking, treatment advertising, self-help

1. INTRODUCTION

Le jeu problématique est généralement défini par ses conséquences néfastes et des indicateurs comportementaux (Delfabbro, 2013) [1] qui affectent les individus, la famille et la société. Parmi les ressources psychologiques disponibles pour les personnes ayant un comportement de jeu problématique, on compte les traitements autoadministrés (TAA), une option pratique qui offre la possibilité de traiter sa dépendance au jeu depuis chez soi, à son propre rythme, à l'aide de supports écrits ou d'autres médias [2][3]. Plusieurs études ont suggéré l'efficacité, à court et long terme, des TAA pour les personnes joueuses problématiques [4][5][6][3]. Une récente métaanalyse [7] a montré que l'importance de favoriser la consultation pour le jeu problématique est toujours d'actualité. En effet, seulement 1 personne avec une pratique à risque modéré sur 25 (score de 3-7 à l'Indice de gravité du jeu problématique [IGJP]) et 1 personne avec un problème de jeu sur 5 (score de 8 ou plus à l'IGJP) auraient demandé de l'aide [7].

Les principaux obstacles à la demande d'aide sont le désir de régler le problème soi-même, la honte, la stigmatisation, la minimisation ou le déni du problème de jeu, ainsi que les craintes face aux traitements, leur méconnaissance et les problèmes pratiques liés à la participation à ces derniers [8]. L'utilisation des ressources d'aide serait principalement motivée par la survenue de problèmes liés au jeu sévères, tels que des difficultés financières ou relationnelles [9]. La gravité du problème de jeu est ainsi positivement associée à la probabilité de consulter [10] [11] [12]. La recherche d'aide pour le jeu problématique est généralement étudiée sans distinguer la forme de traitement, dont celle autoadministrée. Ce faisant, il n'est pas possible de connaître les caractéristiques spécifiques aux TAA susceptibles d'encourager ou de faire obstacle à leur utilisation.

Dans la perspective de favoriser la demande d'aide, certaines études suggèrent d'accroître l'efficacité des campagnes de sensibilisation aux risques de jeu problématique [13][14]. En Australie, l'évaluation d'une campagne de prévention a montré une augmentation de la connaissance des ressources d'aide et de la consultation [13]. D'autres études ont plutôt suggéré la difficulté des campagnes de sensibilisation et de promotion des services de soins à générer des changements comportementaux, dont la consultation [15]. En Ontario (Canada), une campagne publicitaire affichée sur les panneaux le long des autoroutes a eu un impact mesurable sur la consultation d'une ligne d'assistance pour le jeu [16]. En effet, 5,9 % des nouveaux appelants ont déclaré avoir découvert cette ressource grâce à cette campagne. Toutefois, les taux d'admission dans les services ont diminué durant la campagne publicitaire.

Enfin, des chercheurs ont exploré différentes méthodes pour encourager l'engagement dans le traitement, en interrogeant des thérapeutes et des personnes en traitement pour le jeu problématique

[17]. Plusieurs pistes ont émergé, comme l’amélioration de l’accessibilité aux services d’aide et l’éducation du public sur la question du jeu problématique. Ils ont également suggéré de modifier le contenu des publicités de promotion des services de soins et d’en augmenter la fréquence. Cependant, les avis diffèrent sur ce que devraient contenir de telles publicités.

Il semble déterminant d’analyser les facteurs qui influencent une demande d’aide moins tardive et, plus précisément, l’utilisation d’un TAA. En outre, comprendre les perceptions des personnes concernées par rapport aux publicités promouvant des thérapies contribuerait à une meilleure adéquation entre leurs attentes et ce qui leur est proposé. À ce titre, les perceptions des personnes ayant un jeu problématique et qui n’ont jamais consulté apporteraient un éclairage complémentaire à celles en traitement.

2. Vers une définition conceptuelle et opérationnelle de l’illusion de contrôle

2.1. Objectifs de l’étude

Les objectifs de cette étude étaient d’identifier (a) les facteurs pouvant inciter les personnes qui jouent de façon problématique à entreprendre un traitement avant l’arrivée de conséquences graves, (b) les motivations pouvant inciter ces personnes à entreprendre un TAA, (c) les obstacles qui pourraient retarder ou compromettre la décision d’entreprendre un TAA et les solutions possibles et (d) les éléments favorables et nuisibles des publicités de promotion des traitements pour le jeu.

L’étude a été réalisée selon une méthodologie qualitative au moyen de groupes de discussion, aussi appelés focus groups. Les focus groups ont l’avantage de stimuler des échanges dynamiques, qui permettent aux participants de clarifier et de préciser leur point de vue [18].

2.2. Participants

Pour être inclus dans cette étude, les participants devaient : (a) être âgés de 18 ans et plus, (b) obtenir un score de 3 ou plus à l’IGJP (comportement de jeu à risque modéré ou jeu excessif) [19] et (c) comprendre la langue française.

Les participants ont été répartis en deux groupes : (a) ceux n’ayant jamais consulté de ressources d’aide pour le jeu et (b) ceux ayant effectué une thérapie pour ce trouble. Le premier groupe a été recruté par une annonce publiée dans un journal de la région de Québec (Canada) à l’hiver 2013. Vingt personnes ont répondu : quatre n’étaient pas éligibles pour l’étude, sept n’ont pas donné suite et neuf ont été conviées au focus group. Le groupe ayant terminé un traitement a été recruté au printemps 2013 avec la collaboration d’un centre de thérapie de la région de Québec. Parmi les sept personnes intéressées, cinq ont participé au focus group. Ces personnes avaient terminé leur traitement depuis quatre à neuf semaines.

Le tableau 1 présente les données sociodémographiques et le score à l’IGJP des participants.

2.3. Matériel

Entretien téléphonique « premier contact ». Cet entretien, d’une durée de 15 minutes, évaluait l’éligibilité et incluait les questionnaires suivants :

Indice de gravité du jeu problématique (IGJP, [19]). Ce questionnaire, provenant de l’Indice canadien du jeu excessif, comprend neuf items permettant d’évaluer la gravité des problèmes de jeu. Les participants sont classés selon quatre catégories : jeu sans problème (score de 0), jeu à faible risque (score de 1 à 2), jeu à risque modéré (score de 3 à 7), jeu excessif (score de 8 à 27). Cet outil possède de bonnes qualités psychométriques [19].

Renseignements sociodémographiques. Ce questionnaire de huit questions documentait l’âge, le sexe, le lieu de naissance, l’état civil, la scolarité, le statut professionnel, le revenu annuel et la compréhension du français.

Guide d’animation des focus groups. Ce guide présentait le déroulement de la rencontre et les questions posées aux participants. Les thèmes discutés étaient : (a) les facteurs favorisant une demande d’aide moins tardive, les motivations et obstacles influençant la décision de débiter un TAA (7 questions, 40 minutes) et (b) les publicités sur le traitement du jeu (9 questions, 40 minutes) [20].

Renseignements sociodémographiques. Ce questionnaire de huit questions documentait l’âge, le sexe, le lieu de naissance, l’état civil, la scolarité, le statut professionnel, le revenu annuel et la compréhension du français.

Guide d’animation des focus groups. Ce guide présentait le déroulement de la rencontre et les questions posées aux participants. Les thèmes discutés étaient : (a) les facteurs favorisant une demande d’aide moins tardive, les motivations et obstacles influençant la décision de débiter un TAA (7 questions, 40 minutes) et (b) les publicités sur le traitement du jeu (9 questions, 40 minutes) [20].

Caractéristiques	N’ayant jamais consulté (n = 9)	Ayant terminé une thérapie (n = 5)		Caractéristiques	N’ayant jamais consulté (n = 9)	Ayant terminé une thérapie (n = 5)

Âge			Scolarité		
18-29	1	1	Secondaire	5	4
30-54	5	0	Collégial (License 1 ou 2)	2	0
55+	3	4	Universitaire	2	1
Sexe			Statut professionnel		
Féminin	4	2	Emploi temps plein	5	0
Score à l'IGJP			Arrêt de travail / chômage	1	3
À risque modéré	4	0	À la retraite	3	2
Excessif	5	5	Revenu annuel (\$ CAN)		
État civil			20 000 – 40 000 \$	3	2
Célibataire	3	1	40 0001 – 60 000 \$	0	1
En concubinage / marié	4	2	60 001 et +	4	1
Divorcé	2	2	Refus de répondre	2	1

Tableau 1. Verbatims illustrant les facteurs susceptibles de favoriser une demande d'aide moins tardive

2.4. Procédure

Les focus groups ont eu lieu le 7 mars 2013 pour les personnes n'ayant jamais consulté (à l'université) et le 22 juillet 2013 pour les personnes ayant terminé une thérapie (au centre de thérapie). Les rencontres ont duré approximativement deux heures. Le contenu audio des groupes a été enregistré. Le TAA a été introduit comme ceci : « Il existe un traitement pour les joueurs leur permettant de progresser à leur propre rythme à l'aide d'un manuel. Ce traitement prévoit des entretiens téléphoniques avec un intervenant et ne nécessite aucun déplacement de la part du joueur ». Deux publicités faisant la promotion d'un TAA pour les problèmes de jeu [21] ont également été présentées. Chaque participant a reçu une liste de ressources d'aide et a été indemnisé grâce à une carte-cadeau d'une valeur de 50\$ CA. L'étude a reçu l'approbation du Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université Laval (No d'approbation 2012-079 Phase II A-1 / 18-01-2013).

2.5. Analyses des données

L'enregistrement audio des focus groups a été transcrit par deux assistants de recherche. Les analyses qualitatives ont été réalisées à l'aide du logiciel QDA Miner version 4.1.9 (Provalis Research). L'analyse inductive, qui vise à condenser des données brutes, variées et nombreuses, à faire émerger des catégories en lien avec les objectifs de recherche et à développer un cadre de référence [22], a été utilisée. Les quatre étapes d'une analyse inductive [23] ont guidé l'analyse des données. Ensuite, la première auteure de l'étude et un assistant de recherche de niveau doctoral ont assigné individuellement les catégories à des segments du texte sur 50% du matériel. Le guide d'analyse et le codage des segments ont été révisés et affinés jusqu'à l'atteinte d'un accord inter-juges final de 99,7 % (alpha de Krippendorff = 0,87), jugé satisfaisant [24]. L'assignation des catégories à l'ensemble du texte a ensuite été réalisée par la première auteure.

3. RESULTATS

Sauf lorsque spécifié, les thèmes présentés ont émergé des verbatims des deux focus groups. Les tableaux 2 à 5 illustrent chacun des thèmes à l'aide d'exemples tirés des verbatims.

3.1. Facteurs susceptibles de favoriser une demande d'aide moins tardive

Thèmes	Exemples tirés du verbatim
a) Être mieux informé au sujet des JHA et des risques associés	<ul style="list-style-type: none"> C'est un manque de publicités pour renseigner les gens que c'est une dépendance comme l'alcool. (Personne ayant terminé une thérapie)
b) Reconnaître les premiers signes du problème	<ul style="list-style-type: none"> Ouais, tout suite tout suite tout suite. [...] même si c'est une petite habitude, même si c'est juste cinq piastres [dollars] une fois de temps en temps, demande de l'aide tout de suite. (Personne ayant terminé une thérapie) Un gars qui prend de l'alcool, on va y donner, on va y dire toi t'es grand, tu mesures tant de pieds, donc tu as le droit de prendre telle quantité d'alcool à l'heure, parce que sinon tu vas dépasser le .08, pis tu vas être dans une situation de

	danger [...]. Nous autres on n'en a pas. Quand est-ce qu'on se situe en situation de risque ? [...] (Personne ayant terminé une thérapie).
c) Voir des publicités de traitements	<ul style="list-style-type: none"> • Peut-être publiciser un peu plus les Joueurs Anonymes. Parce que celui qui est gêné d'y aller, qui a peur d'être reconnu. C'est comme les Alcooliques Anonymes. Normalement, c'est comme ici ce soir, t'sais quelque chose de confidentiel. Peut-être que ça inciterait un peu plus les gens à vouloir y aller. (Personne n'ayant jamais consulté) • Je vois une annonce [sur une ressource], je peux aussi bien mettre mon manteau puis aller jouer. (Personne n'ayant jamais consulté)
d) Être aidé par d'anciennes personnes ayant eu un comportement de jeu problématique (personnes n'ayant jamais consulté)	<ul style="list-style-type: none"> • Je pense que ça apporte une crédibilité qu'aucun chercheur aura. Tout simplement, il y a des trucs qui ne s'apprennent pas dans les livres. Ou si la personne s'accote sur une personne qui a déjà eu le problème. • Ce qu'il disait tantôt, c'est une bonne idée ça, comme solution, entendre des témoignages, des vraies histoires, t'sais ce que le monde garde pour eux autres, ce qui est arrivé, des fois ça frappe [...].
e) Être rencontré dans le milieu de jeu (personnes n'ayant jamais consulté)	<ul style="list-style-type: none"> • Si quelqu'un te dit regardes mon ami, fais attention. Si les barmaids remettaient une petite carte ou quoi que ce soit. Ça éviterait peut-être de répéter les mêmes erreurs. Ça en est ça des choses qui pourraient faire en sorte qu'on demande de l'aide plus tôt.

Tableau 2. Verbatims illustrant les facteurs susceptibles de favoriser une demande d'aide moins tardive **Être mieux informé au sujet des jeux de hasard et d'argent (JHA) et des risques associés.** Pour favoriser l'utilisation des ressources d'aide, il faut agir sur la méconnaissance des problèmes de jeu, les préjugés envers les personnes joueuses et la perception des JHA et des risques associés, par la diffusion d'informations dans la population générale.

Reconnaitre les premiers signes du problème. Être en mesure de reconnaître les changements dans les habitudes de jeu ou les premiers signes du problème permettrait d'en parler plus rapidement avec des membres de l'entourage ou avec un professionnel de santé. La difficulté à reconnaître les signes avant-coureurs du problème est soulevée, puisqu'il n'existe pas d'indicateurs clairs comme pour l'usage d'alcool où le taux d'alcool est mesurable. De plus, des variables intrinsèques à la personne ayant un comportement de jeu problématique peuvent contribuer à cette difficulté (p. ex., l'orgueil). Les outils de dépistage des problèmes de jeu pourraient faciliter le processus de reconnaissance du problème de jeu, bien que leur utilité soit également remise en cause.

Voir des publicités sur les traitements. Il est suggéré de diffuser régulièrement des publicités sur les ressources. Toutefois, l'idée que celles-ci puissent avoir un effet limité, voire aucun effet, sur la consultation est également émise. Les publicités pourraient être ignorées ou ne pas faire le poids face à l'intensité des envies de jouer, voire les provoquer.

Être aidé par des personnes ayant eu un comportement de jeu problématique. Ce thème est évoqué au sein du groupe n'ayant jamais consulté. Le fait que l'intervenant ait déjà vécu un problème de jeu pourrait encourager la demande d'aide précoce, en favorisant le lien de confiance et la crédibilité. L'expérience de personnes ayant eu un comportement de jeu problématique pourrait favoriser des prises de conscience et mener à la consultation.

Être rencontré dans le milieu de jeu. Il est suggéré, au sein du groupe n'ayant jamais consulté, que des psychologues, des personnes ayant eu dans le passé un comportement de jeu problématique, ou encore des serveurs, pourraient rencontrer les personnes rencontrant des difficultés dans leur comportement de jeu, pour leur prodiguer des conseils, favoriser la prise de conscience et remettre de la documentation sur les ressources, ce qui permettrait une intervention plus humaine.

3.2. Traitement auto-administré (TAA) : Motivations à la demande d'aide

Thèmes	Exemples tirés du verbatim
a) Démarche téléphonique confidentielle	<ul style="list-style-type: none"> • C'est ça, t'sais tu peux avoir un lien de confiance, pis tu te sens moins jugé parce que la personne elle te voit pas. Si tu la rencontres dans la rue, elle ne saura pas que c'est toi. [...]. (Personne ayant terminé une thérapie)

b) Utilisation d'un manuel de traitement	<ul style="list-style-type: none"> Moi je pense que l'idée du manuel c'est très bon, parce que justement ça te fait penser à autre chose, c'est comme un mode d'emploi [...]. Fait que ça t'empêche d'avoir la pensée d'aller <i>gambler</i>, faut occuper ton cerveau. (Personne n'ayant jamais consulté).
c) Soutien du personnel intervenant	<ul style="list-style-type: none"> Je pense que ça c'est bon parce que d'une fois à l'autre tu vas appeler, pis tu vas lui dire, tu y mentiras pas à cette personne-là. [...] Ah oui t'es retourné? Mais qu'est-ce qui a fait que t'es retourné pis que t'as pas tout flambé, t'sais. Ça pourrait être une interaction hyper intéressante avec la même personne. (Personne n'ayant jamais consulté).
d) Flexibilité et accessibilité du traitement (personnes n'ayant jamais consulté)	<ul style="list-style-type: none"> Pis ça, je trouve ça très intéressant, c'est plus flexible, c'est plus ouvert. Une personne qui travaille, comme on disait tantôt, n'est pas obligée de prendre un congé de maladie pour suivre ça, il est pas obligé de faire un arrêt de travail, il est pas obligé de prendre des vacances parce qu'il l'a pas dit à son boss qu'il est malade de ça. [...] Et je trouve qu'effectivement c'est un excellent outil, parce que ce n'est pas tout le monde qui a les 3000 ou les 2000 dollars à payer [certaines ressources sont payantes, dont celles qui offrent également de l'hébergement]. [...] Je veux dire quand tu viens de perdre de l'argent au jeu, t'as pas d'argent à mettre dans une thérapie.

Tableau 3. Verbatims illustrant les motivations à la demande d'aide pour un traitement auto-administré **Démarche téléphonique confidentielle.** La confidentialité de la démarche inspire la confiance et peut favoriser un dévoilement de soi comparativement à un traitement en face-à-face.

Utilisation d'un manuel de traitement. Cet aspect s'avère attrayant puisque le manuel peut servir de mode d'emploi concret et accessible à tout moment pour aider à faire face à une envie de jouer.

Soutien du personnel intervenant. Le fait d'avoir un intervenant qui suit l'évolution de la personne, qui l'amène à réfléchir sur sa situation, qui l'épaule lors des envies de jouer et des rechutes et qui la motive dans son processus de changement représente un facteur incitatif à utiliser les TAA.

Flexibilité et accessibilité du traitement. Le caractère flexible et accessible d'un TAA émerge au sein du groupe ayant terminé une thérapie. La possibilité de compléter le TAA à un rythme variable, sa gratuité et la démarche volontaire semblent attrayants. Il est suggéré que le TAA touche davantage de gens comparativement à d'autres alternatives plus contraignantes.

3.3. Traitement auto-administré (TAA) : Obstacles à la demande d'aide et solutions envisagées

Thèmes	Exemples tirés du verbatim
a) Changement d'intervenant	<ul style="list-style-type: none"> T'sais la personne ça devient comme un confident dans le fond ou une confidente parce que t'sais, si tu fais ça par téléphone tu ne veux pas que ça se sache, mais si tu changes d'intervenant chaque fois t'sais... [...]. (Personne n'ayant jamais consulté).
b) Absence de contact en personne	<ul style="list-style-type: none"> Quand tu peux créer un lien avec quelqu'un comme avoir un parrain ou aller dans les groupes de Gamblers Anonymes, tout le monde est en chair et en os, tout le monde peut se reconnaître, tout le monde peut s'entraider, je trouve. (Personne n'ayant jamais consulté).
c) Problèmes liés à la gestion des appels	<ul style="list-style-type: none"> Ma question est la suivante : quand toi t'as le goût de jouer, mettons qu'il est 8 heures du soir, t'as le goût d'aller au Ludoplex [Salon de jeu regroupant des multiples appareils de loterie vidéo] ou je sais pas. Est-ce que ce monsieur-là va être au bout de la ligne si tu l'appelles ? (Personne n'ayant jamais consulté).
d) Traitement méconnu	<ul style="list-style-type: none"> Pis si je savais combien de temps ça prend, si je savais quel numéro de téléphone appeler, comment de temps ça prend pour répondre rapidement, ben je serais peut-être enclin à... J'aurais peut-être été enclin de téléphoner avant de me ramasser où je me suis ramassé. [...]. (Personne ayant terminé une thérapie).
e) Ne pas être prêt au traitement	<ul style="list-style-type: none"> Mais au départ, il faut être motivé. Pis il doit y avoir probablement des gens qui veulent pas. Un manque de volonté. Ils peuvent débiter le traitement mais s'il y a un manque de volonté, ou ils reconnaissent pas qu'il y a un problème, tout simplement. [...]. (Personne ayant terminé une thérapie).

Tableau 4. Verbatims illustrant les obstacles à la demande d'aide et les solutions envisagées pour un traitement auto-administré

Changement d'intervenant. Ce facteur pourrait nuire à la création d'un lien de confiance et amener des craintes concernant la confidentialité. Pour contrer cet obstacle, il est suggéré d'assurer un service continu personnalisé avec le même intervenant.

Absence de contact en personne. L'importance du contact humain afin que la démarche d'aide soit fructueuse est relevée. L'absence de contact direct pourrait même dissuader certaines personnes à prendre part au traitement. L'ajout d'une rencontre en personne avant de démarrer le TAA ou utiliser le TAA comme un complément à une thérapie en face-à-face figurent parmi les solutions.

Problèmes liés à la gestion des appels. Des craintes sont émises sur la fréquence des appels : les besoins des personnes hors des rendez-vous téléphoniques prévus pourraient ne pas être répondus. De plus, l'entourage n'est pas toujours au courant du problème de jeu, ce qui pose un enjeu de confidentialité. Il est proposé que la personne ayant un comportement de jeu problématique précise ses disponibilités pour recevoir des appels ou qu'elle puisse joindre elle-même le personnel intervenant en cas de besoin.

Traitement méconnu. Ne pas être au fait de la disponibilité, des caractéristiques et de la façon d'adhérer à un TAA pourraient entraver la demande d'aide. En revanche, être bien au fait des paramètres (objectifs, méthodes, durée et intensité de l'intervention) ou avoir des preuves d'efficacité pourrait rassurer et motiver la personne ayant un comportement de jeu problématique.

Ne pas être prêt au traitement. Ne pas être disposé à débiter un TAA, par exemple par manque de motivation, de temps ou de reconnaissance du problème, pourrait nuire à son utilisation. Il est relevé que le TAA demande un niveau de motivation élevé, considérant qu'il s'agit d'une démarche requérant plus d'autonomie que d'autres types de thérapie. Plusieurs solutions identifiées rejoignent celles déjà mentionnées.

3.4. Éléments favorables ou nuisibles dans les publicités sur les traitements du jeu

Thèmes	Exemples tirés du verbatim
a) Les stimuli liés au jeu (pour et contre)	<ul style="list-style-type: none"> Des éléments aussi captivants... je sais que ça peut coûter cher là... des clignotants... aussi captivants que la machine. Que ça vienne jouer sur les neurones. Pis des phrases là. Pas nécessairement chocs, mais des bonnes phrases, des bons slogans. (Personne ayant terminé une thérapie). Pis ça me donne le goût d'y aller, pis j'ai hâte. Si tu mets une roulette, moi je joue pas à la roulette, mais si tu m'avais mis une machine à sous dans le coin, j'aurais...[...]. (Personne n'ayant jamais consulté).
b) Conséquences du jeu (pour et contre)	<ul style="list-style-type: none"> Moi je pense que le principe de gradation comme tu dis c'est excellent, mais j'irais peut-être [...] avec des gens qui ont vécu la problématique pis qui vont me dire : Regardes, la gradation c'est un 20\$ dans les bars, après c'est ça, pis tu finis avec une faillite pis [...] ta maison s'évapore, tes biens matériels... Tu recommences à zéro, tu te ramasses dans rue, il y en a qui se ramassent dans la rue. Je ferais une gradation comme ça. Après ça je dirais c'est là que ça va te mener, attends pas de regarder la bouteille de pilules pour savoir comment il faut que t'en prennes pour pas te réveiller le lendemain matin. (Personne n'ayant jamais consulté). Jusqu'à date là, celles que j'ai vues moi là, c'est comme si on voyait la personne qui fait du mal à son enfant parce que c'est comme : il n'assiste pas à telle partie ou à telle fête, etc. Mais je pense qu'on s'adresse pas assez à la personne directement. C'est toujours par ricochet. Si tu joues, tu vas pas à tel anniversaire, si tu joues, tu ne vois pas tes enfants grandir, je mets ça à l'extrême là, mais c'est comme si on culpabilisait quelque part [...]. (Personne ayant terminé une thérapie).
c) Inclure les avantages de l'arrêt du jeu, des solutions ou des astuces (personne n'ayant jamais consulté)	<ul style="list-style-type: none"> Je préférerais, je miserais davantage sur une publicité qui dirait : Voici ce que tu pourrais gagner en débutant un traitement. Ben oui, un élément qui vient qui te dit « regarde t'as une pulsion t'es capable de la gérer ou gères là » ou un truc pour nous aider à la gérer, je ne sais pas moi.
d) Inclure des informations pour contrer les pensées erronées (personne ayant terminé une thérapie)	<ul style="list-style-type: none"> Y faut... un des éléments importants c'est de dire que c'est vraiment un jeu de hasard pis expliquer les vraies probabilités. Le fait là, comme nous autres on l'a appris là, les 38000 possibilités, le fait que le jeu est déterminé d'avance aussitôt que tu pèses sur le bouton [de l'appareil de loterie vidéo]. Enlever les fameux mythes. Que ah, la machine a va être gagnante. Ah c'est en réseau, Ah, j'ai mis assez d'argent pour le regagner. Tout ça là, dire que c'est faux. Que y'a seulement une façon, que c'est seulement du hasard. [...]
e) Éviter les stéréotypes	<ul style="list-style-type: none"> Est-ce qu'on devrait écouter...c'est tout le temps de mettre le même genre de personne. T'sais souvent c'est un homme. Souvent c'est un père de famille. [...] t'sais ça touche tout le monde là, ça touche pas juste une catégorie de gens.

Tableau 5. Verbatims illustrant les éléments désirables ou nuisibles dans les publicités de traitement du jeu

Les stimuli liés au jeu. Il est suggéré d'inclure des éléments attrayants et susceptibles de capter l'attention de la personne ayant un comportement de jeu problématique (p. ex., slogans accrocheurs, images ou sons d'appareils de loterie vidéo [un type de machine électronique se retrouvant dans les bars et les salons de jeu]). L'idée d'attirer les personnes ayant un comportement de jeu problématique avec une récompense a été exprimée, mais sa faisabilité a été remise en question. Cependant, l'utilisation de stimuli liés au jeu est également critiquée, puisque ceux-ci pourraient susciter le désir de jouer et même, le passage à l'acte.

Conséquences néfastes du jeu. Il est suggéré de présenter les conséquences néfastes associées aux problèmes de jeu par le biais de publicités choc ou de témoignages, afin d'aider à la conscientisation du comportement de jeu problématique. De plus, il est suggéré de mettre en avant l'augmentation de la gravité des conséquences liées au jeu problématique, permettant ainsi à la personne de s'identifier, peu importe le stade de son problème. Cette proposition ne fait pas l'unanimité. Il est suggéré d'éviter de parler des conséquences néfastes liées aux problèmes de jeu en raison de la culpabilité induite chez la personne, notamment lorsqu'il s'agit de conséquences sur l'entourage. D'autres propos misent sur un compromis entre les deux positions, c'est-à-dire se centrer sur les conséquences émotionnelles chez la personne ayant un comportement de jeu problématique, par exemple son état dépressif, plutôt que de cibler les conséquences néfastes sur l'entourage.

Inclure les avantages de l'arrêt du jeu, des solutions ou des astuces. Il est proposé au sein du groupe n'ayant jamais consulté de rendre les publicités positives, en illustrant les avantages à arrêter de jouer ou à débiter une thérapie (p. ex., présenter des RÉER [placements en bourse en vue de la retraite] qui augmentent depuis l'arrêt du jeu, les photos d'une croisière). De même, des pistes de solution ou des astuces concrètes pourraient susciter l'espoir chez la personne joueuse.

Inclure des informations pour contrer les pensées erronées. Il est proposé par les personnes ayant terminé une thérapie d'inclure des informations sur les JHA afin de mieux faire connaître leur fonctionnement réel. Il pourrait s'agir d'informations visant à modifier les cognitions erronées ou les mythes associés aux JHA (p. ex., illusion de contrôle, surestimation des probabilités de gains).

Éviter les stéréotypes. Il est proposé par les personnes ayant terminé une thérapie d'éviter de toujours cibler le même type de personnes ayant un comportement de jeu problématique dans les publicités (p. ex., père de famille absent), considérant que les problèmes de jeu affectent différents types d'individus et que certains pourraient ne pas se sentir concernés.

4. DISCUSSION

Cette étude avait pour objectifs d'identifier les facteurs susceptibles de mener à une demande d'aide moins tardive chez les personnes ayant un comportement de jeu problématique, les motivations et obstacles liés aux TAA et les éléments à inclure ou à éviter dans les publicités relatives aux traitements du jeu problématique.

D'abord, il semble que pour les participants, la prévention et la sensibilisation concernant les problèmes de jeu et le recours aux services d'aide forment deux concepts qui vont de pair. En effet, l'éducation sur les problèmes de jeu et les ressources d'aide est mise en avant. Cette stratégie rejoint différentes solutions documentées pour réduire les impacts du jeu problématique et favoriser la demande d'aide [25][26][17]. Des individus mieux informés et sensibilisés seraient susceptibles de détecter les signes précoces des problèmes de jeu et de consulter plus rapidement [27][15][8]. Que les activités de sensibilisation et de promotion des traitements soient critiquées par les participants pourrait toutefois sous-tendre que les efforts déjà déployés au Québec paraissent insuffisants, insatisfaisants ou méconnus.

La proposition que les intervenants soient des personnes ayant surmonté leur problème de jeu émerge au sein du groupe n'ayant jamais consulté. Ce résultat fait écho à la honte et aux craintes de stigmatisation fréquemment relevées comme obstacles au traitement [8]. Les personnes ayant un comportement de jeu problématique seraient plus réticentes à se dévoiler, opteraient moins pour de l'aide formelle et se montreraient plus sélectives dans le choix de la personne à qui elles dévoilent leurs difficultés [28]. Un effort de démystification du rôle des professionnels qui œuvrent auprès des personnes joueuses problématiques pourrait favoriser une meilleure compréhension de leur travail et ainsi réduire les craintes à l'égard de la consultation.

Des facteurs similaires émergent en lien avec les motivations à entreprendre un TAA, dont la confiance envers l'intervention elle-même et envers le thérapeute. La création d'un lien de confiance semble une préoccupation, indépendamment de la modalité de traitement. Pour favoriser ce lien, les participants recommandent que chaque personne inscrite au programme ait son propre intervenant. Ceci pourrait réduire les abandons et favoriser les avantages thérapeutiques du TAA, la qualité de la relation thérapeutique étant un facteur clé de l'efficacité d'une psychothérapie [29].

Une majorité des motivations et obstacles à entreprendre un TAA émergeant des focus groups renvoient directement aux caractéristiques de ce traitement. Les participants soulignent la flexibilité et l'absence de déplacement nécessaire, ce qui s'avère congruent avec la littérature [6][21][2]. Tout comme les conclusions d'une étude précédente [28], il est possible que les spécificités des traitements influencent le choix d'y avoir recours. En considérant cela, la promotion des particularités des ressources d'aide pourrait aider les personnes joueuses à sélectionner la ressource la plus appropriée, à condition qu'elles se sentent prêtes à demander de l'aide.

Au-delà des caractéristiques des traitements, les participants perçoivent des variables intrinsèques aux personnes ayant un comportement de jeu problématique, qui pourraient moduler leur décision d'utiliser un TAA, telles que la motivation et la reconnaissance du problème de jeu. Cela correspond aux obstacles aux recours à l'aide relevés dans la littérature [8]. Ainsi, un TAA ne pourrait représenter à lui seul la solution ultime à ces obstacles. La multiplication des efforts pour les dépasser risque de

demeurer vaine si la personne qui joue trop persiste à nier le problème de jeu ou, encore, refuse le changement. Le soutien des proches pourrait alors motiver la demande d'aide [28]. Demander de l'aide est le fruit de diverses influences. Il est pertinent d'agir sur plusieurs fronts pour sensibiliser à la situation, stimuler le désir de changement et inciter à consulter.

Les résultats présentent différentes suggestions concernant le contenu des publicités sur les traitements. D'abord, les participants identifient les stimuli liés au jeu comme attrayants pour toucher la personne ayant un comportement de jeu problématique. En effet, pour qu'un message soit compris, il doit être vu. Selon les participants, de tels stimuli pourraient capter l'attention. Cependant, l'effet potentiellement négatif de ces stimuli dans les publicités sur les traitements est soulevé. Les données d'un sondage visant à évaluer la compréhension et la notoriété d'une campagne de prévention du jeu problématique de Loto-Québec indiquent que 20% des sondés pensaient que les messages visaient à encourager la pratique du jeu [30]. Ce résultat rappelle l'effet boomerang, où un message produit l'effet inverse de celui qui était prévu [31]. L'emploi de ces stimuli pourrait ainsi induire de la confusion quant aux intentions du message.

Deux approches se distinguent pour une publicité efficace visant à encourager les personnes ayant un comportement de jeu problématique à chercher de l'aide. La première approche met l'accent sur la sensibilisation aux problèmes de jeu et à leurs conséquences néfastes, tandis que la seconde cherche à séduire les personnes pour les inciter à arrêter de jouer. Une étude a montré que les publicités qui ciblent les conséquences sociales sont plus efficaces pour réduire les croyances positives envers le jeu et les intentions de jouer, surtout lorsqu'elles sont orientées vers les pertes causées par le jeu. D'autres travaux devraient s'attacher à évaluer l'impact de ces deux types de messages dans le contexte précis de la promotion des traitements du jeu [32].

L'étude utilise une méthode qualitative via l'analyse de contenu de focus groups, ce qui permet d'explorer la problématique plus en profondeur qu'une enquête [33]. Une procédure d'accord inter-juges a été employée pour réduire la subjectivité de l'analyse thématique. Étant donné la difficulté de recruter des personnes ayant un comportement de jeu problématique [17], la formation d'un groupe de personnes n'ayant jamais consulté est une force, permettant de recueillir divers points de vue. Cependant, cette méthode qualitative ne permet pas de généraliser les résultats à l'ensemble des personnes ayant un comportement de jeu problématique. De plus, le faible nombre de participants ne permet probablement pas d'atteindre le degré de saturation.

5. CONCLUSION

Le TAA semble attirant pour les personnes ayant participé à l'étude, bien qu'il y ait encore certains obstacles, notamment celui d'admettre avoir un problème de jeu. Informer au sujet des problèmes de jeu et des ressources d'aide disponibles, ainsi que diversifier les publicités de promotion des traitements du jeu constitueraient des solutions potentielles. Toutefois, il faudra vérifier empiriquement l'impact réel des stratégies publicitaires proposées. L'étude souligne la complexité de la reconnaissance des problèmes de jeu. Il serait crucial d'approfondir cet aspect en documentant l'expérience des personnes ayant surmonté cette étape, les défis qu'elles ont rencontrés et ce qui a facilité ce processus.

Contribution des auteurs : Conceptualisation, AFG, CJ, IG, AG; écriture de l'article, AFG, CB, IG ; relecture et correction de l'article, AFG, CB, AG, CJ, BG, IG, supervision, CJ, IG. Tous les auteurs ont contribué de manière significative à l'article. Tous les auteurs ont lu et accepté de publier cet article.

Source de financement : L'étude a été possible grâce à une subvention provenant du Fonds de recherche du Québec - Société et culture.

Remerciements : Les auteurs désirent remercier Jonathan Mercier pour son aide lors des analyses qualitatives, Zoé Strazzeri pour la mise en forme de cet article, ainsi que Robert Ladouceur et Hélène Simoneau pour leur implication dans la subvention de recherche.

Liens et/ou conflits d'intérêts : La Société des loteries vidéos/Loto-Québec a prêté des appareils de loterie vidéo à IG pour des études expérimentales. IG est la chercheuse principale dans le cadre d'une subvention du ministère de la Santé et des Services sociaux du gouvernement du Québec visant à améliorer le programme de traitement du jeu dans la province. Les autres auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêt potentiel en ce qui concerne la recherche, la paternité et/ou la publication de cet article.

6. REFERENCES

1. Delfabbro PH. Problem and pathological gambling: A conceptual review. *The Journal of Gambling Business and Economics*. 2013; 7:35-53.
2. Raylu N, Oei TPS, Loo J. The current status and future direction of self-help treatments for problem gamblers. *Clin Psychol Rev*. 2008;28(8):1372-85. doi: 10.1016/j.cpr.2008.07.005.
3. Swan JL, Hodgins DC. Brief interventions for disordered gambling. *Can J Addict*. 2015;6(2):29-36. doi: 10.1097/02024458-201509000-00005.
4. Carlbring P, Smit F. Randomized trial of internet-delivered self-help with telephone support for pathological gamblers. *J Consult Clin Psychol*. 2008;76(6):1090-4. doi: 10.1037/a0013603.
5. Boudreault C, Giroux I, Jacques C, Goulet A, Simoneau H, Ladouceur R. Efficacy of a Self-Help Treatment for At-Risk and Pathological Gamblers. *J Gambl Stud*. 2018;34(2):561-80. doi: 10.1007/s10899-017-9717-z.

6. Hodgins DC, Currie SR, Currie G, Fick GH. Randomized trial of brief motivational treatments for pathological gamblers: More is not necessarily better. *J Consult Clin Psychol*. 2009;77(5):950-60. doi: 10.1037/a0016318.
7. Bijker R, Booth N, Merkouris SS, Dowling NA, Rodda SN. Global prevalence of help-seeking for problem gambling: A systematic review and meta-analysis. *Addiction*. 2022;117(12):2972-85. doi: 10.1111/add.15952.
8. Suurvali H, Cordingley J, Hodgins DC, Cunningham J. Barriers to seeking help for gambling problems: A review of the empirical literature. *J Gambl Stud*. 2009;25(3):407-24. doi: 10.1007/s10899-009-9129-9.
9. Suurvali H, Hodgins DC, Cunningham JA. Motivators for resolving or seeking help for gambling problems: A review of the empirical literature. *J Gambl Stud*. 2010;26(1):1-33. doi: 10.1007/s10899-009-9151-y.
10. Kowatch KR, Hodgins DC. Predictors of help-seeking for gambling disorder from the transtheoretical model perspective. *Int Gambl Stud*. 2015;15:450-69. doi: 10.1080/14459795.2015.1078391.
11. Slutske WS. Natural recovery and treatment-seeking in pathological gambling: Results of two U.S. national surveys. *Am J Psychiatry*. 2006;163(2):297-302. doi: 10.1176/appi.ajp.163.2.297.
12. Suurvali H, Hodgins DC, Toneatto T, Cunningham JA. Treatment seeking among Ontario problem gamblers: Results of a population survey. *Psychiatr Serv*. 2008;59(11):1343-6. doi: 10.1176/ps.2008.59.11.1343.
13. Jackson AC, Thomas S, Thomason NR, Crisp B, Fauzee Y, Holt T. Longitudinal Evaluation of the Effectiveness of Problem Gambling Counselling Services, Community Education Strategies and Information Products. Melbourne Vic Australia: Department of Human Services, Victoria, 2002. 55 p.
14. Responsible Gambling Fund Trustees. Annual Report 2008–2009. Récupéré du site du RGFT: http://www.dgr.nsw.gov.au/pdfs/RGF_AR_08.pdf.
15. Najavits LM, Grymala LD, George B. Can advertising increase awareness of problem gambling? A statewide survey of impact. *Psychol Addict Behav*. 2003;17(4):324-7. doi: 10.1037/0893-164X.17.4.324.
16. Calderwood KA, Wellington WJ. Using roadside billboard posters to increase admission rates to problem gambling services: Reflections on failure. *Health Promot Pract*. 2015;16(4):510-22. doi: 10.1177/1524839914566455.
17. Simoneau H, Contant É, Chauvet M. Obstacles au traitement du jeu pathologique dans la région des Lau-rentides. Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les dépendances; 2012. Cote: 362.2918 S598o 2012.
18. Tausch AP, Menold N. Methodological aspects of focus groups in health research: Results of qualitative in-terviews with focus group moderators. *Global Qualitative Nursing Research*. 2016; 3. doi: 10.1177/2333393616630466
19. Ferris J, Wynne H. The Canadian problem gambling index: Final report. Canadian Centre on Substance Abuse; 2001.
20. Faucher-Gravel A. Comment favoriser l'utilisation des ressources d'aide chez les joueurs problématiques [Doctoral dissertation]. Québec: Université Laval; 2015
21. Ladouceur R, Fournier PM, Lafond S, Boudreault C, Goulet A, Sévigny S, Simoneau H, Giroux I. Impacts of a Self-Help Treatment Program for Problem Gamblers. *Can J Addict*. 2015;6(2):37-44.
22. Thomas DR. A general inductive approach for analyzing qualitative evaluation data. *Am J Eval*. 2006;27(2):237-46. doi: 10.1177/1098214005283748.
23. Blais M, Martineau S. L'analyse inductive générale: description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Rech Qual*. 2006;26(2):1-18.
24. Neuendorf KA. The content analysis guidebook. Thousand Oaks, CA: Sage; 2002.
25. McMillen J, Marshall D, Murphy L, Lorenzen S, Waugh B. Help-seeking by problem gamblers, friends and families: a focus on gender and cultural groups. Centre for Gambling Research, RegNet, Australian National University; 2004.
26. Pulford J, Bellringer M, Abbott M, Clarke D, Hodgins D, Williams J. Reasons for seeking help for a gambling problem: The experiences of gamblers who have sought specialist assistance and the perceptions of those who have not. *J Gambl Stud*. 2009;25(1):19-32. doi: 10.1007/s10899-008-9112-x.
27. Gainsbury S, Hing N, Suhonen N. Professional help-seeking for gambling problems: Awareness, barriers and motivators for treatment. *J Gambl Stud*. 2014;30(2):503-19. doi: 10.1007/s10899-013-9373-x.
28. Hing N, Nuske E, Tolchard B, Russel A. What influences the type of help that problem gamblers choose? A preliminary grounded theory model. *Int J Ment Health Addict*. 2014;13:241-56. doi: 10.1007/s11469-014-9525.
29. Ardito RB, Rabellino D. Therapeutic alliance and outcome of psychotherapy: Historical excursus, measurements, and prospects for research. *Front Psychol*. 2011;2:270. doi: 10.3389/fpsyg.2011.00270.

30. Papineau E, Boisvert Y, Chebat JB, Suissa JA. La commercialisation des loteries au Québec: modalités, impacts et implications sociales et de santé publique (Rapport n° 2010-JC-136938). Repéré sur le site web du Fonds de recherche Société et culture du Québec: <http://www.frqsc.gouv.qc.ca/partenaire/nos-resultats-de-recherche/histoire/la-commercialisation-des-loter-ies-au-quebec-nbsp-modalites-impacts-et-implications-sociales-et-de-sante-publique-zcpvkm6i1425393544244>.
31. Byrne S, Hart PS. The boomerang effect: A synthesis of findings and a preliminary theoretical framework. *Ann Int Commun Assoc.* 2009;33(1):3-37. doi: 10.1080/23808985.2009.11679083.
32. Orazi DC, Lei J, Bove LL. The nature and framing of gambling consequences in advertising. *J Bus Res.* 2015;68(10):2049-56.
33. Sharts-Hopko NC. Focus group methodology: When and why? *JANAC J Assoc Nurses AIDS Care.* 2001;12(4):89-91. doi:10.1016/S1055-3290(06)60220-3.