



D^{re} Isabelle Giroux / Psychologue

La D^{re} Giroux est psychologue et professeure agrégée à l'École de psychologie de l'Université Laval. Directrice du Centre québécois d'excellence pour la prévention et le traitement du jeu (CQEPTJ), elle s'intéresse particulièrement aux mécanismes psychologiques impliqués dans le développement des problèmes de jeu.



Catherine Boudreault

Étudiante au doctorat en psychologie

M^{me} Boudreault, B. A., est étudiante au doctorat en psychologie sous la supervision de la D^{re} Isabelle Giroux. Son projet de thèse doctorale, en cours de réalisation au sein de l'équipe du CQEPTJ, porte sur la validation scientifique du programme semi-autonome *JEu me questionne*.

Les traitements autoadministrés chez les joueurs

Une nouvelle perspective d'intervention

Malgré les répercussions négatives d'une pratique du jeu excessive, moins de 30 % des joueurs pathologiques ont recours à une aide professionnelle. Le désir de régler le problème par soi-même, la honte et les difficultés d'accessibilité aux traitements représentent les raisons les plus évoquées par les joueurs pour expliquer ce phénomène. Il existe donc un besoin criant de développer l'offre de services en y intégrant des modalités d'intervention qui tiennent compte de ces difficultés. À ce titre, les traitements autoadministrés représentent une avenue fort prometteuse. Le traitement autoadministré *JEu me questionne* fait actuellement l'objet d'une validation scientifique à l'Université Laval. Cet article dresse le portrait des traitements autoadministrés et de leur efficacité, et décrit le programme *JEu me questionne*, qui, sous peu, sera disponible au Québec.

_LA PRATIQUE EXCESSIVE DU JEU ET SES CONSÉQUENCES

La pratique des jeux de hasard et d'argent représente une activité répandue au sein de la société québécoise. La plus récente étude de prévalence indique qu'environ 70 % de la population du Québec participerait à un jeu de hasard et d'argent annuellement (Kairouz et Nadeau, 2010). Pour la majorité des gens, il s'agit d'une activité dépourvue d'effets néfastes alors qu'elle peut devenir problématique pour d'autres. À l'échelle provinciale, 1,3 % de la population adulte présenterait un risque modéré de développer un problème de jeu alors que 0,7 % afficherait un problème de jeu pathologique probable, ce qui correspondrait approximativement à 42 000 individus (Kairouz et Nadeau, 2010). Le jeu pathologique, maintenant désigné sous l'appellation de « trouble de jeu » dans le DSM-5, se définit comme une pratique persistante du jeu qui entraîne une détresse marquée chez l'individu (American Psychiatric Association, 2013). En plus de la comorbidité avec d'autres troubles tels que la dépression (Battersby et coll., 2006), l'abus ou la dépendance à l'alcool (Chou et Affi, 2011) ou aux substances (el-Guebaly et coll., 2006), le jeu pathologique se voit associé à un ensemble d'effets négatifs tels

que l'altération de la santé physique et psychologique du joueur et de ses proches, les problèmes légaux et d'ordre financier ainsi que les problèmes interpersonnels (Raylu et Oei, 2002).

_FAIBLE TAUX DE DEMANDE D'AIDE ET OBSTACLES À FAIRE UNE DEMANDE D'AIDE CHEZ LES JOUEURS

Malgré les nombreuses conséquences négatives des problèmes de jeu, une infime proportion de joueurs a recours à un traitement. Des données récoltées auprès de la population ontarienne révèlent qu'à peine plus de 29 % des joueurs pathologiques ont déjà utilisé une ressource d'aide (Suurvali et coll., 2008). Chez les joueurs à risque qui ne rencontrent pas l'ensemble des critères diagnostiques du jeu pathologique, ce pourcentage n'est que de 12 % (Suurvali et coll., 2008). Quelques travaux ont donc tenté d'identifier les obstacles pouvant expliquer la faible utilisation des ressources d'aide par les joueurs en récoltant le point de vue de ceux-ci. De façon générale, les facteurs psychologiques semblent principalement à l'origine de la sous-utilisation des ressources. La honte et l'embarras associés au fait de reconnaître son problème de jeu, le déni des difficultés et le désir de régler le problème par soi-même constituent les obstacles les plus fréquemment nommés par les joueurs (Evans et Delfabbro, 2005). En plus de ces facteurs psychologiques, les joueurs auraient tendance à recourir à un traitement alors qu'ils ont atteint un seuil de détresse psychologique et de problèmes financiers très élevé. Cette tendance à demander de l'aide alors qu'ils vivent un maximum de conséquences négatives pourrait en partie expliquer l'écart entre la prévalence des problèmes de jeu et le faible taux d'utilisation des services de traitement (Evans et Delfabbro, 2005). Le désir de prévenir l'aggravation des problèmes de jeu constitue une motivation secondaire pour les joueurs, les problèmes financiers étant souvent la cause primaire de demande d'aide (Pulford et coll., 2009). Les individus dont l'état ne s'est pas encore grandement détérioré ne vont donc pas nécessairement consulter de manière préventive, alors qu'une telle démarche permettrait pourtant de contenir les conséquences d'une pratique excessive du jeu et d'en empêcher l'amplification.

Certaines inquiétudes concernant le déroulement d'une thérapie et l'accessibilité des services de traitement sont aussi identifiées par les joueurs comme pouvant nuire à la demande d'aide (Suurvali et coll., 2009). Bien que les obstacles reliés aux services eux-mêmes soient reconnus de façon plus secondaire par les joueurs, remédier à ces obstacles pourrait néanmoins favoriser l'accessibilité des services. Certaines formes de traitement pourraient paraître plus acceptables pour des joueurs chez qui les problèmes de jeu sont une source de honte et d'embarras ou chez qui les traitements conventionnels offerts en clinique ou en milieu hospitalier sont peu accessibles. De l'ensemble de ces constatations émerge donc la nécessité de développer de nouvelles modalités d'intervention afin de faciliter l'accès au traitement et d'offrir des types de traitement préconisant l'autonomie de la personne et la prévention.

Actuellement, l'utilisation de la psychothérapie selon l'approche cognitive-comportementale semble produire des résultats satisfaisants dans le traitement des problèmes de jeu (Toneatto et Ladouceur, 2003). Cette approche thérapeutique utilise notamment la restructuration cognitive afin de corriger les pensées erronées entretenues par les joueurs qui sont susceptibles de maintenir une pratique inadaptée du jeu. Le traitement prévoit également des séances destinées à la prévention de la rechute. Cependant, étant donné les obstacles et les réticences à aller en traitement et le faible taux de rétention des joueurs en traitement, environ 31 % des joueurs abandonnent la thérapie en cours de route (Melville, Casey et Kavanagh, 2007). Il apparaît nécessaire d'améliorer les traitements psychologiques actuellement offerts et de réfléchir à de nouvelles façons de les dispenser. À ce titre, les traitements autoadministrés (TAA) constituent une voie prometteuse d'intervention dans le domaine du jeu.

LES TRAITEMENTS AUTOADMINISTRÉS POUR LE JEU

Les traitements autoadministrés présentent plusieurs avantages susceptibles d'intéresser les joueurs peu attirés par les formes plus classiques d'intervention. Premièrement, ils se déroulent à l'endroit choisi par le joueur, donc généralement à la maison. Ensuite, les traitements autoadministrés permettent que la personne chemine par elle-même. Ils donnent ainsi l'occasion de prendre en main ses difficultés, de se responsabiliser envers son traitement et d'exercer un plus grand contrôle sur sa vie.

Ce genre de traitement non intrusif constitue par ailleurs un outil d'intervention tout indiqué pour des individus vivant des difficultés légères à modérées (Mains et Scogins, 2003). Un individu préoccupé par sa pratique du jeu, mais qui n'éprouve

pas de détresse psychologique très intense, peut percevoir la participation à une thérapie individuelle ou de groupe comme inadaptée à ses besoins, d'où l'attrait possible envers un traitement autoadministré (Hodgins, Currie et el-Guebaly, 2001). En ayant accès à ce genre d'intervention de façon préventive, le joueur peut développer un meilleur contrôle sur ses habitudes de jeu avant de ressentir de la détresse. Les TAA peuvent, pour certains joueurs, être considérés comme un premier outil d'intervention, le premier pas vers les ressources d'aide (Hodgins, 2005). En effet, un joueur ambivalent à l'égard de son investissement dans un processus de thérapie pourrait se montrer plus enclin à entreprendre une intervention utilisant une formule auto-administrée (Raylu, Oei et Loo, 2008). Advenant le cas où cette option ne donnerait pas les améliorations escomptées, le joueur sera alors possiblement davantage familiarisé avec les traitements psychologiques et à même d'adhérer à une forme de traitement plus intensive.

Comment un traitement autoadministré se déroule-t-il habituellement? Généralement, la personne consulte un manuel d'autotraitement ou différents documents à la maison et franchit les étapes du traitement à son rythme. Par contre, il semble que l'ajout d'un contact avec un intervenant à une telle formule d'intervention permette l'obtention de meilleurs résultats thérapeutiques. Notamment, la combinaison de quelques entrevues effectuées selon les principes de l'approche motivationnelle de Miller et Rollnick (2002) à un traitement autoadministré produirait des résultats favorables (Hodgins et coll., 2009). La pertinence d'utiliser les principes de l'approche motivationnelle dans un contexte de traitement du jeu provient du fait que les joueurs ressentent fréquemment de l'ambivalence à l'égard d'un processus de changement qui implique de renoncer partiellement ou totalement au jeu (Wulfert, Blanchard et Martell, 2003). Ainsi, une attention particulière portée à la motivation chancelante du joueur à cesser de jouer pourrait contribuer à le garder en traitement, peu importe la modalité.

Jusqu'à maintenant, quelques études réalisées au Canada et aux États-Unis ont investigué l'effet des traitements autoadministrés auprès des joueurs. Bien que la rigueur méthodologique des recherches soit variable et que les résultats diffèrent quelque peu d'une étude à l'autre, il semble que les traitements auto-administrés constituent une méthode d'intervention appréciée des joueurs et puissent réduire la gravité des problèmes de jeu et la fréquence de jeu (Hodgins, Currie et el-Guebaly, 2001; Hodgins et coll., 2009). De plus, l'inclusion d'entretiens de type motivationnel permet de renforcer les acquis à long terme (Hodgins et coll., 2004).

JEU ME QUESTIONNE

Avec ces résultats en tête, les chercheurs et cliniciens du Centre québécois d'excellence pour la prévention et le traitement du jeu (CQEPTJ) ont élaboré un programme d'autotraitement intitulé *JEU me questionne* et destiné aux joueurs qui désirent modifier leurs habitudes de jeu (Ladouceur et coll., 2011). Inspiré d'*Alcochoix*, le programme comprend deux composantes, soit un manuel de traitement autoadministré et des entrevues de type motivationnel. La formule semi-autonome de *JEU me questionne* permet au joueur de progresser à son propre rythme tout en pouvant bénéficier de contacts téléphoniques avec un intervenant.

Le manuel de traitement autoadministré *JEU me questionne*, divisé en cinq phases, est d'approche cognitive-comportementale. Chacune des phases du manuel comprend les éléments suivants : 1) une courte introduction qui décrit le contenu de la section et la période de temps nécessaire à sa réalisation; 2) des grilles d'autoenregistrement afin que le joueur puisse noter quotidiennement ses activités de jeu tout au long du programme et ainsi prendre connaissance de sa pratique du jeu et visualiser ses progrès; et 3) des exercices, des réflexions et des textes informatifs. Le contenu du manuel permet au joueur de réfléchir sur la place qu'occupe le jeu dans sa vie et sur les situations qui le

placent à risque de jouer. Le joueur est également invité à choisir entre un objectif de jeu contrôlé ou d'abstinence et à identifier les pensées automatiques qui l'incitent à jouer afin de les remplacer par des pensées plus réalistes. Enfin, une phase est consacrée à la prévention de la rechute.

JEU me questionne a fait l'objet d'une étude de faisabilité dont les résultats s'avèrent prometteurs. En effet, les résultats découlant de cette première étude révèlent des changements significatifs observés sur les principaux indicateurs liés au jeu chez les 32 joueurs ayant complété le programme. Au terme du traitement, une réduction de la gravité des problèmes de jeu a été observée et celle-ci s'est maintenue lors des suivis d'un mois et de six mois. De même, les résultats indiquent une diminution significative du temps passé au jeu et de l'argent dépensé au jeu chez les joueurs une fois le programme complété. Enfin, une augmentation de la satisfaction de vie est remarquée auprès des participants après la complétion du programme et est maintenue aux mesures de suivi d'un mois et de six mois. *JEU me questionne* semble être une approche de traitement attrayante pour les joueurs, puisque la moitié des participants ont mentionné qu'ils n'auraient sans doute pas entrepris un traitement conventionnel pour leur problème de jeu.

Évaluation et thérapie cognitivo-comportementale (TCC)
pour le **trouble obsessionnel-compulsif (TOC)** selon l'approche basée sur les inférences

Dates de la formation : 23-24 Mai 2014

La thérapie basée sur les inférences (TBI) offre une cible d'intervention cognitive dans laquelle la déconstruction de l'obsession initiale est conceptualisée sous forme de doute. Lorsque le doute initial est démontré comme étant non-justifié par les éléments de la réalité, tel que perçu par les cinq sens, la personne cesse d'investir le scénario catastrophique et, ce faisant, ne ressent plus le besoin de compléter sa compulsion.

Cette activité de formation est reconnue par l'Ordre des Psychologues du Québec aux fins de la formation continue en psychothérapie. Nombre d'heures créditées : 14 heures.

No. de reconnaissance OPQ : RA00705-13

Objectifs de la formation :

- Compléter les échelles cliniques dans le cadre du plan de traitement.
- Décrire les étapes de traitement du TOC selon l'approche TBI.
- Appliquer certaines des étapes du traitement afin de les intégrer dans la pratique de la psychothérapie pour le TOC.

Lieu: 1940 Boul. H-Bourassa Est, H2B 1S1

La formation est de 9h-17h.
Le repos du midi ainsi que le café/thé sont inclus et seront servis sur place les deux jours de formation.

Inscription avant le 11 Avril 2014 : 460\$
Inscription après le 11 Avril 2014 : 485\$

Inscriptions et informations :
info.formatoc@gmail.com



Formatrice:
Marie-Claude Félizier, Ph.D.

Psychologue spécialiste du TOC, en pratique privée depuis 10 ans.

Active dans la recherche clinique sur le TOC pendant 12 ans.

Avec ses collègues, elle a publié 'Beyond Reasonable Doubt: Reasoning Processes in OCD and Related Disorders' (Wiley, 2005).

Elle poursuit des activités de formation et de supervision clinique individuelle depuis plus de 10 ans.

Malgré que le programme autoadministré *JEu me questionne* semble apprécié des joueurs et paraît produire des résultats prometteurs, il est important de vérifier son efficacité à l'aide d'un protocole scientifique rigoureux, notamment par l'emploi d'un groupe de comparaison de type liste d'attente. Les études visant la faisabilité et la validation du programme ont obtenu le financement du Fonds de recherche du Québec – Société et culture et du ministère de la Santé et des Services sociaux. Le recrutement des joueurs pour l'étude de validation, débuté en 2013, se poursuit pendant toute l'année 2014 à l'Université Laval. Nous sollicitons l'aide des lecteurs de *Psychologie Québec* qui pourraient connaître des joueurs intéressés par ce programme. À la suite de sa validation empirique, le programme *JEu me questionne* pourrait être offert dans les CSSS du Québec, par exemple.

Programme *JEu me questionne* : participants recherchés

Le Centre québécois d'excellence pour la prévention et le traitement du jeu (CQEPTJ) est actuellement à la recherche de participants souhaitant recevoir le programme *JEu me questionne*. Entièrement gratuit, le programme comprend des entretiens téléphoniques avec un intervenant et un manuel d'autotraitement afin d'aider toute personne qui désire garder ou reprendre le contrôle de ses habitudes de jeu.

Pour plus d'information, veuillez contacter Catherine Boudreault, responsable du projet, au **418 656-5389 [JEU]** ou au **1 866 677-5389**, ou par courriel à **catherine.boudreault.1@ulaval.ca**

Ce projet a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche de l'Université Laval : n° d'approbation 2012-079 Phase I A-2 / 29-11-2013.

Bibliographie

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5^e éd.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Battersby, M., Tolchard, B., Scurrah, M., et Thomas, L. (2006). Suicide ideation and behaviour in people with pathological gambling attending a treatment service. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 4, 233-246. doi: 10.1007/s11469-006-9022-z
- Chou, K.-L., et Afifi, T. O. (2011). Disordered (pathologic or problem) gambling and axis I psychiatric disorders: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *American Journal of Epidemiology*, 173, 1289-1297. doi: 10.1093/aje/kwr017
- El-Guebaly, N., Patten, S. B., Currie, S., Williams, J. V. A., Beck, C. A., Maxwell, C. J., et Wang, J. L. (2006). Epidemiological associations between gambling behavior, substance use and mood and anxiety disorders. *Journal of Gambling Studies*, 22, 275-287. doi: 10.1007/s10899-006-9016-6
- Evans, L., et Delfabbro, P. H. (2005). Motivators for change and barriers to help-seeking in Australian problem gamblers. *Journal of Gambling Studies*, 21, 133-155. doi: 10.1007/s10899-005-3029-4
- Hodgins, D.C. (2005). Implications of a brief intervention trial for problem gambling for future outcome research. *Journal of Gambling Studies*, 21, 13-19. doi: 10.1007/s10899-004-1917-7
- Hodgins, D.C., Currie, S.R., Currie, G., et Fick, G.H. (2009). Randomized trial of brief motivational treatments for pathological gamblers: More is not necessarily better. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 950-960. doi: 10.1037/a0016318
- Hodgins, D.C., Currie, S.R., et el-Guebaly, N. (2001). Motivational enhancement and self-help treatments for problem-gambling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 50-57. doi: 10.1037/0022-006X.69.1.50
- Hodgins, D. C., Currie, S., el-Guebaly, N., et Peden, N. (2004). Brief motivational treatment for problem gambling: A 24-month follow-up. *Psychology of Addictive Behaviors*, 18, 293-296. doi: 10.1037/0893-164X.18.3.293
- Kairouz, S., et Nadeau, L. (2010). *Portrait du jeu au Québec : Prévalence, incidence et trajectoires sur quatre ans*. Montréal : Université Concordia.
- Ladouceur, R., Fournier, P.-M., Lafond, S., Giroux, I., Sévigny, S., Simoneau, H., et Leclerc, M. (2011). *Programme d'intervention bref et semi-autonome « JEu me questionne » pour les joueurs à risque et pathologiques*. Québec, Canada: Université Laval.
- Mains, J. A., Scogin, F. R. (2003). The effectiveness of self-administered treatments: A practice-friendly review of the research. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 237-246. doi: 10.1002/jclp.10145
- Melville, K. M., Casey, L. M., et Kavanagh, D. J. (2007). Psychological treatment dropout among pathological gamblers. *Clinical Psychology Review*, 27, 944-958. doi: 10.1016/j.cpr.2007.02.004
- Miller, W. R., Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing 2nd edition: Preparing people for change*. New York: The Guilford Press.
- Pulford, J., Bellringer, M., Abbott, M., Clarke, D., Hodgins, D., et Williams, J. (2009). 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. *Journal of Gambling Studies*, 25, 19-32. doi: 10.1007/s10899-008-9112-x
- Raylu, N., et Oei, T. P. S. (2002). Pathological gambling: A comprehensive review. *Clinical Psychology Review*, 22, 1009-1061. doi: 10.1016/S0272-7358(02)00101-0
- Raylu, N., Oei, T. P. S., et Loo, J. (2008). The current status and future direction of self-help treatments for problem gamblers. *Clinical Psychology Review*, 28, 1372-1385. doi: 10.1016/j.cpr.2008.07.005
- 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. doi: 10.1007/s10899-009-9129-9
- Suurvali, H., Hodgins, D., Toneatto, T., et Cunningham, J. (2008). Treatment seeking among Ontario problem gamblers: Results of a population survey. *Psychiatric Services*, 59, 1343-1346. doi: 10.1176/appi.ps.59.11.1343
- Toneatto, T., et Ladouceur, R. (2003). Treatment of pathological gambling: A critical review of the literature. *Psychology of Addictive Behaviors*, 17, 284-292. doi: 10.1037/0893-164X.17.4.284
- Wulfert, E., Blanchard, E. B., et Martell R. (2003). Conceptualizing and treating pathological gambling: A motivationally enhanced cognitive behavioral approach. *Cognitive and behavioral practice*, 10, 61-72. doi: 10.1016/S1077-7229(03)80009-3