



Prévention de la rechute en réalité virtuelle : Stratégies pour faire face aux situations à risque

Mémoire doctoral

Chanelle Gilbert-Baril

Doctorat en psychologie
Docteur en psychologie (D. Psy.)

Québec, Canada

© Chanelle Gilbert-Baril, 2020

Prévention de la rechute en réalité virtuelle : Stratégies pour faire face aux situations à risque

Mémoire doctoral

Chanelle Gilbert-Baril

Sous la direction de :

Isabelle Giroux, directrice de recherche

Résumé

Les joueurs pathologiques en traitement doivent être préparés à faire face aux situations à risque de leur quotidien. Ainsi, il est d'usage, au cours du traitement, de les aider à développer et mettre en pratique différentes stratégies pour prévenir les rechutes. Toutefois, peu d'études se sont intéressées aux types de stratégies proposées par les joueurs lors d'une thérapie. Le traitement du jeu pathologique a connu des avancées dans les dernières années en utilisant la réalité virtuelle pour exposer les joueurs à leur désir de jouer. Comment cette modalité de traitement influence les stratégies de prévention de rechute reste à évaluer. La présente étude vise donc à identifier et classifier les stratégies proposées par les joueurs pour gérer leur désir de jouer lorsqu'ils sont confrontés à des situations à risque d'une exposition en réalité virtuelle. Des enregistrements de dix joueurs pathologiques ayant pris part à une séance de prévention de la rechute en réalité virtuelle ont été transcrits en verbatim. Des analyses qualitatives de type déductif et inductif ainsi qu'une procédure d'accord interjuges ont été utilisées pour analyser les discours des joueurs. L'analyse thématique a permis d'identifier six stratégies comportementales et sept stratégies cognitives. Les résultats montrent une diversité de stratégies comportementales et cognitives habituellement retrouvée dans les thérapies cognitives-comportementales, telle que d'adopter un discours réaliste, s'abstenir de jouer, penser aux conséquences du jeu ou faire une activité alternative. En étant directement confrontés à une situation à risque d'un environnement de bar, le recours à l'évitement semble être l'une des solutions clés pour les participants. Finalement, l'interaction avec l'intervenant et les sessions précédentes de restructuration cognitive modulent potentiellement les stratégies abordées pendant la séance. Des études supplémentaires incluant un suivi à plus long terme sont nécessaires afin de déterminer si ces stratégies sont utilisées et efficaces une fois la thérapie terminée.

Table des matières

Résumé.....	iii
Liste des tableaux	v
Liste des Figures	vi
Liste des abréviations	vii
Remerciements.....	viii
Avant-propos.....	xi
Introduction générale.....	1
Le jeu d'argent pathologique.....	1
Le traitement des joueurs problématiques	3
L'exposition en réalité virtuelle.....	7
Prévention de la rechute chez les joueurs pathologiques	9
Les situations à risque des joueurs problématiques.....	10
Chapitre 1 : Prévention de la rechute en réalité virtuelle : Stratégies pour faire face aux situations à risque.....	13
Résumé	14
Méthode	20
Devis de recherche	20
Échantillon	21
Matériel	21
Procédure	21
Analyses	22
Résultats	23
Discussion.....	30
Conclusion	35
Références	36
Figure.....	40
Tableaux	41
Conclusion générale.....	49
Bibliographie.....	62
Annexe A	69
Annexe B.....	74

Liste des tableaux

Tableau 1. Données sociodémographiques des participants.....	41
Tableau 2. Fréquences des stratégies verbalisées par participant, leur nombre de stratégies différentes verbalisées et pourcentage de l'échantillon ayant verbalisé chaque stratégie.....	42
Tableau 3. Stratégies comportementales émergeant du discours des participants lors d'une séance de prévention de la rechute en RV.....	43
Tableau 4. Stratégies cognitives émergeant du discours des participants lors d'une séance de prévention de la rechute en RV.....	45

Liste des Figures

Figure 1. Pourcentage des catégories de stratégies verbalisées pour faire face aux situations à risque dans la séance en RV	40
---	----

Liste des abréviations

ALV : Appareils à loterie vidéo

JA : Joueurs Anonymes

JHA : Jeux de hasard et d'argent

RV : Réalité virtuelle

MSSS : Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec

TCC : Thérapie cognitive-comportementale

Remerciements

À l'aube de franchir l'une des dernières étapes de mon parcours universitaire, me voilà fébrile et émue en écrivant ces lignes, à la veille de déposer mon mémoire doctoral. Plusieurs personnes ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce projet et j'aimerais prendre le temps de les remercier.

J'aimerais tout d'abord remercier ma superviseuse de recherche Isabelle Giroux sans qui ce projet n'aurait jamais pu se concrétiser. Merci de m'avoir fait confiance et de m'avoir guidée tout au long de ce processus. Merci pour ta générosité, ton temps et ton grand côté humain qui font de toi une superviseuse avec qui il est agréable de travailler. Merci pour ta disponibilité et tes nombreuses réflexions qui sont toujours pertinentes et qui me permettent, à tout coup, d'enrichir mes connaissances en recherche.

Un grand merci aussi à Annie Vallières, membre de mon comité d'encadrement. Merci pour ta lecture attentive et ton travail dévoué à chacune des étapes de mon processus. Ce fut un réel plaisir de pouvoir réfléchir et travailler avec toi lors de mes séminaires. Tes rétroactions ont été indispensables à mon projet et m'ont permis de produire un travail final duquel je suis fière. Merci aussi à Monsieur Stéphane Bouchard qui a rendu ce projet possible. Merci pour votre lecture, vos commentaires et vos réflexions pertinentes qui ont permis de peaufiner l'article inclus dans le présent mémoire.

Merci à mes amis de l'université, toutes ces belles personnes que j'ai pu rencontrer pendant ce parcours doctoral. Stéph, Droune, Nane, Éd et Ge votre rencontre est sans aucun doute le moment le plus précieux de mes cinq années au doctorat. Vous avez été pour moi, un ancrage, une source d'inspiration et de bonheur infinis m'aidant à passer à travers toutes les tempêtes des dernières années. Je vous remercie pour votre amour, votre soutien et tous ces fous rires partagés qui ont rendu nos hauts et nos bas tellement plus beaux et plus doux. Vous êtes sans aucun doute un essentiel à ma vie et j'espère du plus profond de mon cœur que cette amitié n'est que le début d'une belle et grande aventure.

Un grand merci aussi à ma gang de labo : Cam, Alex, Ben, P-Y et Étienne. Ce fut un réel plaisir de vous rencontrer et pouvoir vous côtoyer ses dernières années. Mon parcours universitaire n'aurait certainement pas été le même sans vous et j'en garde de très beaux souvenirs. Un merci aussi aux séniors du CQEPTJ, les mentors de la recherche et des soirées festives, que j'ai pu rencontrer au début de mon parcours universitaire : Mélanie, Maxime, Annie, Christian, Catherine, Jonathan, Daniel, David, Bianca et Andréanne. Merci d'avoir su me guider à travers les différentes étapes de cette recherche et d'avoir rendu nos soirées de labo inoubliables.

Un merci aussi à Jess et Élo, mes grandes acolytes de stage et d'internat. Je suis choyée d'avoir appris à vos côtés ces deux dernières années. Vous êtes des cliniciennes en or et j'espère sincèrement pouvoir retravailler avec vous dans un avenir rapproché.

Merci aussi à tous mes amis, à l'extérieur des murs universitaires. Sans tous vous nommer, je suis persuadée que vous saurez vous reconnaître. Merci pour vos nombreux encouragements et tous ces moments de plaisir qui m'ont permis de décrocher et de trouver l'équilibre ces dernières années.

Finalement, un immense merci à ma famille pour leur aide et leur amour inconditionnel. Je ne vous en remercierai jamais assez. Papa, maman, merci de m'avoir transmis votre force et votre persévérance. Vous avez été des modèles exemplaires pour moi ces dernières années et je n'aurais pas pu me rendre là où je suis sans votre support inébranlable. Merci pour tous ces soupers du dimanche et ces moments inoubliables passés en famille. Ils ont été une source de bonheur et de réconfort importants tout au long de mon parcours. Karol, ma grande sœur, merci pour tes encouragements constants et ta grande générosité. Forte de caractère, douce et sensible à la fois, tu as toujours été un modèle pour moi et je ne serais pas la même sans toi. Tu as indéniablement joué ton rôle de grande sœur à merveille. Dounet, mon petit frère, merci pour ton aide sans limites et ton parfait sens de l'humour. Ta présence et tes nombreuses blagues m'ont permis de décrocher et de profiter du moment présent avec toute la famille. Sache que ta gentillesse et ton équilibre sont une réelle source d'inspiration pour moi. Je vous aime.

Enfin, merci à mon grand complice de tous les jours, Alex, mon amour. Je n'aurais jamais pu passer à travers ces années d'étude sans ta présence et ton appui. Tu as été mon phare tout au long de ce processus. Merci pour ton amour, ton écoute et ta compréhension. Tous les moments passés ensemble ont été pour moi une source de motivation et de bonheur pour continuer à avancer et garder le cap. Merci de croire en moi et de me faire rire au quotidien, dans la simplicité. Cette fin universitaire marque le début d'un nouveau chapitre pour toi et moi et je suis heureuse et emballée à l'idée de le débiter. Je t'aime.

Avant-propos

Le présent mémoire doctoral comporte un article intitulé « Prévention de la rechute en réalité virtuelle : Stratégies pour faire face aux situations à risque », dont Chanelle Gilbert-Baril, B.A. est l'auteure principale. Isabelle Giroux, Ph. D. et Stéphane Bouchard, Ph.D. sont les coauteurs de cet article.

La candidate au doctorat a réalisé les analyses qualitatives et a écrit l'article. Madame Isabelle Giroux, Ph. D., directrice de mémoire doctoral, a supervisé la rédaction de l'article scientifique en plus d'y apporter des modifications. Madame Annie Vallières, membre du comité d'encadrement, a apporté des corrections et commentaires à l'article. M. Stéphane Bouchard a révisé et commenté l'article.

Ce mémoire doctoral utilise les données secondaires d'une étude de traitement mené par Stéphane Bouchard, Ph. D (Université du Québec en Outaouais) et Isabelle Giroux, Ph. D (Université Laval), en collaboration avec le Centre Casa et la Maison Jean Lapointe, et financée par le programme des Actions concertées Impacts socioéconomiques des jeux de hasard et d'argent, phase 5, du FRQ-SC en collaboration avec le MSSS.

Introduction générale

Les jeux de hasard et d'argent (JHA) se définissent comme le regroupement de toute activité impliquant la mise d'une somme d'argent ou d'un objet de valeur qui ne peut être repris une fois misé et dont l'issue repose sur le hasard (Ladouceur, Sylvain, Boutin, & Doucet, 2000). Les JHA prennent diverses formes telles que la loterie, le poker, le bingo, les jeux de casino, les appareils de loterie vidéo (ALV), ou les paris sur les jeux de cartes, d'habileté, ou sur les courses de chevaux (Kairouz, Nadeau, & Robillard, 2014). Selon la dernière enquête de prévalence en 2012, les deux tiers des Québécois ont dépensé ou parié de l'argent à un JHA au cours des 12 mois qui ont précédé l'enquête (Kairouz et al., 2014). Pour la majorité des Québécois, les JHA constituent un simple divertissement ou une activité de loisir sans grande conséquence, mais pour une certaine partie de la population, ces comportements de jeu peuvent devenir problématiques. En effet, 90 000 personnes, soit 1,4 % de la population adulte du Québec, sont à risque modéré de développer un problème de jeu alors que 25 000 Québécois, soit 0,4 % de la population adulte, sont considérés comme des joueurs pathologiques probables (Kairouz et al., 2014). Les JHA peuvent donc constituer un réel risque pour certains individus qui en viennent à développer un jeu d'argent pathologique (American Psychiatric Association [APA], 2013).

Le jeu d'argent pathologique

Selon le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5; APA, 2013), le jeu d'argent pathologique est conceptualisé comme un trouble addictif non lié à des substances. Il est défini comme une pratique inadaptée, persistante et répétée du jeu d'argent conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance, cliniquement significative, comme en témoigne, chez le sujet, la présence d'au moins quatre manifestations sur neuf au cours d'une période de 12 mois. Les neuf critères diagnostiques sont les suivants : (1) Besoin de jouer avec des sommes d'argent croissantes pour atteindre l'état d'excitation désiré; (2) Agitation ou irritabilité lors des tentatives de réduction ou d'arrêt de la pratique du jeu; (3) Efforts répétés, mais infructueux pour contrôler, réduire ou arrêter la pratique du jeu; (4) Préoccupation par le jeu (p. ex. préoccupation par la remémoration d'expériences de jeu passées ou par la prévision de tentatives prochaines, ou par les moyens de se procurer de l'argent pour jouer); (5) Joue

souvent lors des sentiments de souffrance/mal-être (p. ex. sentiments d'impuissance, de culpabilité, d'anxiété, de dépression); (6) Après avoir perdu de l'argent au jeu, retourne souvent jouer un autre jour pour recouvrer ses pertes (pour «se refaire»); (7) Ment pour dissimuler l'ampleur réelle de ses habitudes de jeu; (8) Met en danger ou a perdu une relation affective importante, un emploi ou des possibilités d'étude ou de carrière à cause du jeu; (9) Compte sur les autres pour obtenir de l'argent et se sortir de situations financières désespérées dues au jeu. De plus, la pratique du jeu d'argent ne doit pas être mieux expliquée par un épisode maniaque (APA, 2013, p. 752).

Afin de déterminer si une personne est à risque de problèmes de jeu, les professionnels de la santé utilisent des outils de dépistage afin de mesurer leur degré de dépendance au jeu. Parmi ces outils de dépistage, l'Indice Canadien du Jeu Excessif (ICJE) permet de catégoriser les comportements de jeu des joueurs en trois catégories distinctes, soit les comportements de jeu à faible risque, à risque modéré et les comportements de jeu excessif (Ferris & Wynne, 2001). Cet outil ne permet pas de poser un diagnostic de jeu d'argent pathologique comme peut le faire le DSM-5, mais permet de dépister le jeu excessif ou le jeu pathologique probable en fonction des activités de jeu et des conséquences qui lui sont associées au cours des 12 mois précédant la complétion du questionnaire (Ferris & Wynne, 2001). Dans la littérature, le terme «joueurs problématiques» s'utilise régulièrement pour désigner les joueurs qui rencontrent des difficultés liées à leur pratique. Au sens de l'ICJE, les termes joueurs excessifs et à risque modéré désignent les «joueurs problématiques» (Costes et al., 2011).

Ensuite, il est important de souligner que la gravité des problèmes de jeu varie selon l'activité de jeu à laquelle les joueurs s'adonnent. C'est au sein des adeptes d'ALV que la proportion de joueurs à risque modéré et pathologique probables est la plus élevée atteignant un taux de 16,4%, ce qui est 6 fois supérieur à celui retrouvé chez l'ensemble des joueurs (Kairouz et al., 2014). En effet, les ALV comportent certaines caractéristiques qui peuvent augmenter le risque de développer des problèmes de jeu, dont les stimuli sonores et les jeux de lumière qui peuvent être attrayants et stimulants pour le joueur (Thériault, Nadon, & Fafard, 2015). Le fait que les joueurs soient isolés pour y jouer ou encore la

rapidité des parties à laquelle il est possible d'y jouer sont aussi des éléments qui peuvent augmenter le risque de développer des problèmes de jeu (Thériault et al., 2015). De plus, le taux de remise élevé pour les ALV, étant de 92%, peuvent donner l'impression au joueur de gagner plusieurs fois, le renforçant ainsi dans ses comportements de jeu (Thériault et al., 2015). Les joueurs d'ALV peuvent se différencier des autres joueurs par le fait qu'ils sont majoritairement de jeunes hommes ayant un revenu de classe inférieure (Leblond, 2007). Parmi les joueurs pathologiques d'ALV, on y retrouve majoritairement des hommes ayant un statut célibataire, étant plus faiblement scolarisés et dont le revenu familial annuel est inférieur à 40 000\$ (Ladouceur et al., 2004). Dix ans plus tard, les données restent les mêmes où la proportion des joueurs d'ALV est plus élevée chez les étudiants de 18 à 24 ans (Kairouz et al., 2014). En résumé, ces données renforcent l'importance d'élargir les recherches et les connaissances chez une population de joueurs pathologiques d'ALV.

Le jeu d'argent pathologique peut occasionner différentes conséquences dans la vie de l'individu telles que des problèmes familiaux, sociaux ou professionnels, des difficultés juridiques, des problèmes financiers et des troubles psychiatriques (Fong, 2005; Kalischuk, Nowatizki, Cardwell, Klein, & Solowoniuk, 2006 ; Lorains, Cowlshaw & Thomas, 2011). En effet, les joueurs pathologiques seraient plus à risque de développer des troubles psychiatriques tels qu'un trouble de l'humeur, un trouble anxieux de même qu'un trouble lié à l'utilisation de substances (Chou & Afifi, 2011; Fong, 2005; Lorains et al., 2011). De plus, le jeu d'argent pathologique engendre des coûts sociaux importants pour le Québec puisqu'il est associé à des pertes de productivité au travail, à des problèmes de santé physique et émotionnelle ainsi qu'à des actes illégaux comme la fraude ou l'évasion fiscale pour financer le jeu (Chevalier & Allard, 2001). Ces différentes conséquences sur la vie de l'individu et sur la société font valoir la nécessité de faire mousser la recherche dans ce domaine et d'améliorer les traitements offerts aux personnes aux prises avec ce trouble.

Le traitement des joueurs problématiques

La thérapie cognitive-comportementale (TCC), la thérapie cognitive, les interventions motivationnelles brèves, les traitements de pleine conscience, les traitements psychodynamiques, les traitements autoadministrés ou les groupes de soutien comme les

Joueurs Anonymes sont des alternatives de traitements professionnels qui s'offrent aux joueurs problématiques désirant recevoir une aide psychologique (Gendron, Dufour, Brunelle, & Leclerc, 2010; Pallesen, Mitsem, Kvale, Johnsen, & Molde, 2005; Rash & Petry, 2014).

Dans l'ensemble, plusieurs approches semblent prometteuses dans le traitement des joueurs problématiques, dont les interventions brèves, motivationnelles et cognitive-comportementales (Rash & Petry, 2014). La majorité des approches thérapeutiques décrites dans la littérature pour traiter les joueurs problématiques découlent de modèles comportementaux et d'approche cognitive-comportementale (Smith, Dunn, Harvey, Battersby, & Pols, 2013; Tolchard, 2016). La méta-analyse de Gooding et Tarrier (2009) montre un effet cliniquement significatif de l'ensemble des modalités de traitement d'approche cognitive-comportementale (thérapie individuelle, de groupe ou autoadministrée) dans la réduction des comportements de jeu trois mois suivant la fin du traitement. Toutefois, seul l'effet de la thérapie de groupe s'est maintenu dans le temps, six mois suivant la fin du traitement. Somme toute, la TCC constitue un traitement de choix pour traiter les individus aux prises avec un problème de jeu d'argent pathologique (Cowlshaw et al., 2012; Desrosiers & Jacques, 2009; Tolchard, 2016).

La TCC comprend différentes techniques thérapeutiques comme la correction cognitive des perceptions erronées du jeu (aussi appelée restructuration cognitive), l'apprentissage de meilleures aptitudes sociales, l'entraînement à la résolution de problème (Ladouceur, Sylvain, Boutin, & Doucet, 2002; Petry et al., 2006; Sylvain, Ladouceur, & Boisvert, 1997), le renforcement des comportements qui ne se rapportent pas au jeu (Ledgerwood & Petry, 2006) et la prévention de la rechute (Ladouceur et al., 2001, 2002; Ledgerwood & Petry, 2006; Marlatt & Donovan, 2008). Ces différentes techniques thérapeutiques utilisées lors des thérapies cognitives et de la TCC améliorent significativement le jeu d'argent pathologique comparativement aux conditions contrôles de type liste d'attente. De plus, la TCC permet de diminuer la fréquence de jeu des joueurs et leur désir de jouer. Elle permet également d'augmenter leur perception de contrôle et leur perception d'efficacité personnelle, qui sont des éléments essentiels à la prévention de la rechute (Echeburua, Baez, & Fernandez-Montalvo, 1996; Ladouceur et al., 2001; Sylvain et

al., 1997; Toneatto & Millar, 2004). Dans le domaine des JHA, la perception de contrôle réfère à la perception des joueurs à contrôler leur problème de jeu (Bujold, Ladouceur, Sylvain, & Boisvert, 1994) alors que leur perception d'efficacité personnelle se définit comme leur croyance envers leur capacité à résister ou non à une occasion de jouer dans une situation donnée (Bandura, 1997; Casey, Oei, Melville, Bourke, & Newcombe, 2008). Malgré le fait que la TCC ait démontrée son efficacité dans plusieurs études (Gooding et Tarrier, 2009), certains facteurs peuvent amener les joueurs problématiques à plus ou moins bénéficier de la thérapie. D'abord, le fait d'être plus âgé, de ne pas avoir de dette de jeu, d'être au stade de l'action de la motivation au changement, d'avoir complété un plus grand nombre de séances de traitement, d'avoir un tempérament persistant et finalement la présence d'un proche significatif sont des facteurs associés à des meilleurs résultats une fois la thérapie terminée (Merkouris, Thomas, Browning, & Dowling, 2016). Les résultats de traitement inclus dans la revue systématique de Merkouris et al. (2016) étaient évalués selon la sévérité des symptômes, le total des dépenses reliées au jeu et la fréquence de jeu. Par ailleurs, les traits de personnalité de transcendance (maturité spirituelle), de recherche de nouveauté et d'évitement, le niveau de sévérité des problèmes en début de traitement, le niveau de consommation d'alcool ainsi que les symptômes dépressifs semblent être des facteurs qui prédisent un moins bon résultat en fin de traitement (Merkouris et al., 2016). Somme toute, plusieurs évidences scientifiques soutiennent l'utilisation de la TCC dans le traitement du jeu d'argent pathologique, mais les mécanismes qui sous-tendent cette approche ainsi que ses composantes les plus importantes sont encore peu connus (Tolchard, 2016).

Il est important de s'intéresser aux mécanismes de traitement et leur efficacité afin d'améliorer les traitements offerts dans le domaine des JHA. La revue de littérature de Tolchard (2016) présente une synthèse narrative des éléments clés des approches comportementales et/ou cognitives et propose un modèle unifié de traitement comprenant des techniques d'exposition, de restructuration cognitive et de prévention de la rechute. Selon Tolchard, l'exposition est une composante de la TCC à prioriser dans le traitement des joueurs problématiques. L'exposition encouragerait la personne à s'exposer à des stimuli de jeu et à rester dans cette situation jusqu'à ce que son désir de jouer diminue. L'un

des buts de l'exposition est donc d'augmenter la perception d'efficacité personnelle du joueur à se contrôler et à résister à une occasion de jouer (Echeburua et al., 1996). D'autre part, l'exposition permet de faire émerger les différentes pensées erronées des joueurs qui sont spécifiques au jeu et de les corriger (Bouchard, Loranger & Robillard, 2013; Bouchard et al., 2017). Ces pensées spécifiques au jeu font référence aux principes élémentaires des JHA comme les statistiques, les probabilités et le principe d'indépendance des tours (c.-à-d. chaque tour est indépendant d'un autre; Barrault & Varescon, 2012). Les principales pensées erronées des joueurs réfèrent à l'illusion de contrôle, la présence de superstitions, la mauvaise compréhension de l'indépendance des tours (p.ex., se fier aux tours précédents pour prédire le tour suivant), l'incompréhension du principe d'espérance de gain négative (p.ex., l'espoir de se refaire malgré le fait que l'industrie du jeu offre des taux de retour toujours inférieurs à 100 %) et l'impression d'avoir presque gagné (Devynck, Giroux, & Jacques, 2012; Ladouceur, Boutin, Lachance, Doucet, & Sylvain, 2000).

Plusieurs auteurs soulignent l'importance d'adresser et de corriger les pensées erronées par rapport au jeu au cours du traitement puisqu'elles contribuent au développement et au maintien des problèmes de jeu (Chrétien, Giroux, Goulet, Jacques, & Bouchard, 2018; Ellison, Vale, & Ladouceur, 2017; Goodie & Fortune, 2013). Selon la recension systématique de Chrétien, Giroux, Goulet, Jacques et Bouchard (2017), l'exposition est d'ailleurs la technique la plus fréquemment utilisée dans les études sur le traitement du jeu d'argent pathologique pour accéder aux pensées erronées des joueurs. De plus, les joueurs verbalisent davantage de pensées erronées lorsqu'ils sont confrontés à une situation réelle de jeu (Bouchard et al., 2017; Chrétien et al., 2018; Sévigny & Ladouceur, 2003). En effet, l'environnement virtuel de bar permet d'être en contact avec des stimuli visuels qui suscitent des réactions physiologiques réelles et émotives qui peuvent donner l'impression au joueur de se retrouver dans un véritable établissement de jeu (Bouchard et al., 2017; Chrétien et al., 2018). De plus, Sévigny et Ladouceur (2003) introduisent le concept de «double switching» où les joueurs manifestent des pensées erronées par rapport au jeu lorsqu'ils sont confrontés à une situation de jeu, mais où ces croyances sont par la suite désactivées, puisqu'ils adoptent un discours plus rationnel avant et après une séance de jeu. En effet, les résultats de l'étude indiquent que, même si certains joueurs perçoivent

les ALV comme une activité qui tient uniquement du hasard, les joueurs ont tout de même agi comme s'ils la percevaient différemment en posant une action pour tenter d'influencer le résultat. Cela dit, Sévigny et Ladouceur (2003) considèrent que les pensées erronées qui doivent être abordées ou traitées devraient être celles qui se manifestent pendant le jeu puisque les joueurs sont trop facilement convaincus que le jeu est une activité qui tient strictement du hasard lorsqu'ils ne sont pas en situation de jeu. Considérant ces résultats, le traitement des joueurs en situation de jeu pourrait permettre un travail de restructuration cognitive plus riche en optimisant l'accès aux pensées erronées des joueurs.

L'exposition en réalité virtuelle

L'exposition en réalité virtuelle constitue une avenue prometteuse pour corriger les pensées erronées des joueurs, en situation de jeu, puisque cet environnement permet d'identifier davantage de pensées erronées qu'une condition contrôle utilisant l'immersion en imagination (Bouchard, Loranger, & Robillard, 2013; Bouchard et al., 2017). La réalité virtuelle (RV) est une application permettant à un utilisateur de naviguer et d'interagir en temps réel dans un environnement en trois dimensions qui est généré par un ordinateur (Bouchard et al., 2013; Pratt, Zyda, & Kelleher, 1995). Pour ce qui est du jeu d'argent pathologique, peu d'études portant sur l'efficacité de la RV ont été publiées jusqu'à maintenant, mais son efficacité a été démontrée pour d'autres problématiques telles que les troubles anxieux (Côté & Bouchard, 2009; Malbos, Rapee, & Kavakli, 2013; Price, Mehta, Tone, & Anderson, 2011) et les troubles alimentaires (Riva, 1998; Riva, Bacchetta, Baruffi, Rinaldi, & Molinari, 1999). Pour ce qui est de la dépendance à l'alcool, l'exposition à la RV se présente comme une approche efficace pour réduire la réactivité des participants lorsqu'ils sont confrontés à des indices ou des contextes qui suscitent un désir de consommer (Lee, Kwon, Choi, & Yang, 2007).

Dans le domaine des JHA, un environnement virtuel tel qu'un bar ou un casino provoque le même désir de jouer chez les joueurs que lorsqu'ils sont confrontés à un réel ALV (Loranger, Bouchard, Boulanger, & Robillard, 2011). De plus, il a été démontré que l'exposition à un environnement virtuel de bar et de casino augmente significativement le désir de jouer des joueurs (Giroux et al., 2013; Park et al., 2015). Ces résultats suggèrent

donc que la RV permet au joueur de se projeter dans une situation de jeu réelle où leur désir de jouer et leurs pensées erronées peuvent être travaillés.

La RV permet également d'avoir accès aux situations à risque et aux pensées erronées des joueurs. Un essai clinique pilote a d'ailleurs été mené afin de documenter le potentiel thérapeutique d'une utilisation minimale de la RV (Bouchard et al., 2013, 2017). L'étude a été réalisée auprès de 28 joueurs pathologiques d'ALV ou de machines à sous participant à un traitement en cure fermée d'une durée de 28 jours. La thérapie fermée est un service octroyé dans un centre de traitement offrant des services d'hébergement (traitement à l'interne). Les participants ont été recrutés dans un centre de thérapie de la région de Montréal et de Québec offrant des interventions collectives et individuelles (Bouchard et al., 2013, 2017). Ces participants étaient répartis en deux conditions, soit l'exposition en RV et l'exposition en imagination. Le programme validé d'évaluation et de traitement des joueurs excessifs (PETJE; Ladouceur, Boutin et al., 2000) a été utilisé dans le cadre de cette étude. Seulement deux sessions de ce programme ont été modifiées pour inclure la RV au traitement (la première et la dernière session de traitement), ce qui a permis de comparer l'utilisation de l'exposition en imagination (technique standard) avec l'immersion en RV (c.-à-d. un environnement de bar). Les résultats de l'étude ont révélé que la RV permet d'identifier significativement plus de situations à risque et de pensées erronées que l'exposition en imagination (Bouchard et al., 2017). La RV offre donc davantage de matériel avec lequel l'intervenant peut travailler pour outiller le joueur à mieux gérer son désir de joueur, ce qui pourrait prédire une amélioration thérapeutique post-traitement (Bouchard et al., 2017; Chrétien et al., 2018; St- Pierre, 2015). De plus, le désir de jouer induit par la RV lors de la séance de prévention de la rechute prédisait de façon significative les améliorations des patients au post-traitement (Bouchard et al., 2017). L'essai clinique révèle donc que l'intégration de la RV dans le traitement des joueurs pathologiques peut conduire à des améliorations thérapeutiques significatives (Bouchard et al., 2017). La RV constitue donc une technique d'intervention pertinente qui pourrait aider à prévenir les rechutes chez les joueurs pathologiques (Bouchard et al., 2013, 2017; Giroux et al., 2013; St-Pierre, 2015)

Prévention de la rechute chez les joueurs pathologiques

Selon Ladouceur et al. (2001), la possibilité de rechute doit être discutée avec les participants. Une séance de prévention de la rechute comporte plusieurs techniques d'intervention. En effet, les participants doivent décrire leurs échecs passés, identifier les pensées erronées en rapport au jeu (p.ex., « si je joue, je réussirai à me contrôler» ou «je me sens chanceux aujourd'hui») et identifier les situations qui pourraient les mettre à risque de rechute. De plus, le thérapeute aide le participant à corriger ces pensées erronées qui pourraient lui procurer un désir de jouer et le mener à rechuter (Ladouceur et al., 2001). Dans le programme d'évaluation et de traitement des joueurs excessifs de Ladouceur, Boutin et al., (2000), les intervenants aident les joueurs à élaborer des pensées qui leur donnent un contrôle sur leur envie de jouer et leur permettent de contrecarrer leurs pensées erronées par rapport au jeu. Les intervenants doivent également aider les joueurs à se doter de stratégies efficaces pour surmonter leur désir de jouer et éviter la rechute (Ladouceur, Boutin et al., 2000).

La prévention de la rechute constitue une composante thérapeutique essentielle à la TCC (Ladouceur et al., 2001, 2002; Ledgerwood & Petry, 2006; Marlatt & Donovan, 2008). L'étude de Echeburua, Fernandez-Montalvo et Baez (2000) soulève d'ailleurs la nécessité d'utiliser des techniques de prévention de la rechute dans le cadre d'une TCC. Cette étude comprend un échantillon de 69 joueurs pathologiques ayant pris part à un traitement individuel visant l'abstinence au jeu. Le traitement administré aux joueurs comprend deux composantes de traitement, soit le contrôle des stimuli associés au jeu et l'exposition graduelle *in vivo*. Le contrôle des stimuli se rapporte essentiellement au contrôle de l'argent (p.ex., porter sur soi uniquement l'argent qui est nécessaire, déclarer toutes les dépenses à un membre de la famille, gérer le revenu, etc.) et l'évitement des situations à risque (p.ex., ne pas côtoyer un ami joueur). À mesure que le traitement avance, le contrôle des stimuli s'atténue graduellement, mais le contact avec les amis joueurs continue d'être évité. L'exposition *in vivo* permet au participant d'expérimenter le désir de jouer et d'apprendre à résister à ce désir d'une manière progressive et autocontrôlée. Une fois l'abstinence du jeu atteinte, les joueurs ont pu passer à la deuxième partie de l'étude où un protocole expérimental multigroupe à mesures répétées a été utilisé (prétraitement,

posttraitement et suivi de 1, 3, 6 et 12 mois). Les participants ont été répartis aléatoirement à trois conditions de traitement différentes (prévention de la rechute en groupe, prévention de la rechute individuelle et groupe témoin sans traitement). Les résultats de l'étude montrent que les patients traités dans les deux conditions expérimentales (c.-à.-d. prévention de la rechute en groupe ou individuelle) ont atteint un taux d'abstinence de 91 %, ce qui est significativement supérieur au groupe contrôle (61 %). Cette différence a également été maintenue au suivi de 12 mois. En ce sens, les techniques de prévention de la rechute doivent être incluses au traitement afin d'assurer que les gains obtenus soient maintenus dans le temps (Tolchard & Battersby, 2014). En effet, les techniques de prévention de la rechute incluses dans une TCC réduisent les chances de vivre une éventuelle rechute et permettent, entre autres, d'outiller les joueurs à faire face aux différentes situations à risque (Echeburua et al., 2000).

Les situations à risque des joueurs problématiques

Plusieurs situations et contextes peuvent placer le joueur à risque d'une rechute (Bouchard, Loranger, & Robillard, 2013; Ladouceur, Sylvain et al., 2000; Morasco, Weinstock, Ledgerwood & Petry, 2007). Il est donc important que les joueurs s'intéressent aux différents déclencheurs qui augmentent leur désir de jouer afin d'aiguiser leur vigilance et leur permettre de mieux se protéger des éventuelles rechutes (Ladouceur, Sylvain et al., 2000)

L'étude qualitative de Morasco et al. (2007) a d'ailleurs permis d'identifier les situations à risque les plus souvent évoquées par les joueurs problématiques en traitement. Les participants de l'étude ($n = 84$) ont suivi une TCC de huit séances élaborée et validée par Petry et al. (2006) qui met l'accent sur les déclencheurs du jeu problématique, l'identification des conséquences positives et négatives du jeu afin de pouvoir mieux comprendre les facteurs de maintien du trouble ainsi que sur le développement de nouvelles stratégies. Cette étude de Morasco et al. (2007) nous renseigne quant aux situations à risque les plus évoquées par les joueurs en traitement ainsi que sur les stratégies de prévention de la rechute les plus fréquemment utilisées par les joueurs à la moitié et à la fin du traitement. Au cours de chaque séance, les thérapeutes ont tenté de solliciter et de discuter de trois à

cinq exemples de chacun de ces thèmes et ont noté les éléments abordés sur une feuille de travail prévue à cet effet. Basées sur des recherches antérieures (Hodgins & el-Guebaly, 2004; Marlatt & Gordon, 1985) et sur des expériences cliniques, des catégories ont été élaborées pour coder les réponses individuelles des joueurs à chacune des séances de thérapie. Trois évaluateurs de troisième cycle, ayant une expertise dans le jeu pathologique, ont codé les réponses des participants et les ont intégrées aux catégories (Morasco et al., 2007). Les situations à risque les plus souvent évoquées par les joueurs sont une journée spécifique de la semaine (p.ex., le vendredi soir ou les fins de semaine; 33 %), ressentir des émotions négatives comme l'ennui, la déprime ou le stress (30 %), avoir un horaire du temps non organisé comme être seul à la maison ou n'avoir rien de planifié après le travail (27 %), avoir accès à de l'argent comme recevoir sa paye ou obtenir une prime en argent (22 %). De plus, voir des indices associés au jeu comme des billets de loterie à la station-service ou une publicité pour un casino sont des situations à risque qui sont également rapportées par les participants de l'étude (19 %; Morasco et al., 2007).

Dans le cadre d'un traitement pour les joueurs excessifs, Ladouceur, Boutin et al. (2000) se sont également intéressés aux différents déclencheurs pouvant augmenter le désir de jouer des joueurs. Au cours du traitement, les intervenants sont amenés à identifier et discuter, avec les joueurs, les divers contextes, situations ou difficultés pouvant augmenter le risque d'un retour au jeu. Parmi ceux-ci on y retrouve l'exposition au jeu, les problèmes financiers, les problèmes relationnels, la pression sociale, le manque d'occupation et la consommation d'alcool ou de drogues.

Dans le cadre d'une immersion en RV, Bouchard et al. (2017) proposent quant à eux une situation à risque d'un environnement de bar virtuel. Durant l'immersion, le joueur doit porter un casque de RV lui permettant de voir l'environnement et s'y déplacer. À l'aide d'un écran d'ordinateur, le thérapeute peut quant à lui suivre simultanément les déplacements du participant, le questionner et le guider à travers sept étapes hiérarchisées du circuit, conçu pour augmenter graduellement le désir de jouer du joueur : 1) devant le guichet automatique à l'extérieur du bar 2) près de la porte et des fumeurs avant d'entrer dans le bar 3) au coin du bar près de la caisse 4) face au barman 5) au coin de la table de

billard 6) près des ALV et d'un homme qui se fâche et finalement 7) devant un ALV libre. Avant de débiter la séance de prévention de la rechute en RV et avec l'aide du thérapeute, le joueur détermine deux étapes du circuit (parmi les étapes visitées dans la RV), auxquelles il s'exposera afin d'y pratiquer les stratégies de prévention de la rechute apprises au cours du traitement (c.-à-d., une situation à risque de la RV où il est plus facile pour lui de s'abstenir de jouer et une deuxième où il est plus difficile de résister au désir de jouer).

En somme, l'immersion en RV permet d'être exposé à une situation à risque spécifique à un établissement de jeu alors que d'autres études s'intéressant aux stratégies de prévention de la rechute réfèrent davantage à des situations à risque que les joueurs peuvent vivre dans leur vie de tous les jours (Ladouceur, Boutin et al., 2000; Morasco et al., 2007). Il serait donc intéressant de voir de quelle façon l'exposition à ces éléments de la RV peut influencer les différentes stratégies amenées par les joueurs pour vaincre ou mieux gérer le désir de joueur qu'engendre cette situation à risque. La présente étude porte d'ailleurs sur la façon dont l'exposition aux éléments de la RV peut influencer les différentes stratégies abordées par les joueurs pour vaincre ou mieux gérer le désir de jouer. Elle vise à explorer les différentes solutions soulevées par les joueurs pour faire face à des situations à risque. Plus précisément, cette étude vise à identifier et classifier les types de stratégies qui émergent du discours des joueurs lors d'une séance de prévention de la rechute d'une TCC en RV.

Chapitre 1 : Prévention de la rechute en réalité virtuelle : Stratégies pour faire face aux situations à risque

Chanelle Gilbert-Baril, B.A.¹, Stéphane Bouchard, Ph.D.², Isabelle Giroux, Ph.D.¹.

¹École de psychologie, Faculté des sciences sociales, Université Laval

²Département de psychoéducation et de psychologie, Université du Québec en Outaouais et Centre de recherche du Centre Intégré de Santé et de Services Sociaux de l'Outaouais

Note des auteurs :

Cet article dans une version plus succincte a été accepté avec modification à la revue *Journal of Gambling Issues*.

L'étude a été financée par les Fonds pour la prévention et le traitement du jeu ainsi que par une subvention du Fonds de Recherche du Québec – Société et Culture. Numéro d'inscription de l'essai clinique: ISRCTN77484912.

Résumé

Il est d'usage, au cours d'un traitement, d'aider les joueurs pathologiques à développer et mettre en pratique différentes stratégies pour prévenir les rechutes. Le traitement du jeu pathologique a connu des avancées dans les dernières années en utilisant la réalité virtuelle pour exposer les joueurs à leur désir de jouer. Comment cette modalité de traitement influence les stratégies de prévention de rechute reste toutefois à évaluer. La présente étude vise donc à identifier et classifier les stratégies proposées par les joueurs pour gérer leur désir de jouer lorsqu'ils sont confrontés à des situations à risque d'une exposition en réalité virtuelle. Des enregistrements de dix joueurs pathologiques ayant pris part à une séance de prévention de la rechute en réalité virtuelle ont été transformés en verbatim. Le verbatim a par la suite été transformé en thèmes grâce à des analyses qualitatives de type déductif et inductif validées par une procédure d'accord interjuges. Les résultats montrent qu'une diversité de stratégies comportementales et cognitives, habituellement retrouvées dans les thérapies cognitives-comportementales, ont été soulevées telles que d'adopter un discours réaliste, s'abstenir de jouer, penser aux conséquences du jeu ou faire une activité alternative. En étant directement confronté à une situation à risque d'un environnement virtuel de bar, le recours à l'évitement semble être l'une des solutions clés pour les participants. L'effet de la restructuration cognitive en réalité virtuelle sur les stratégies cognitives abordées pendant la séance est également discuté.

Prévention de la rechute en réalité virtuelle : Stratégies pour faire face aux situations à risque

Plusieurs traitements d'approche cognitive-comportementale ont su démontrer leur efficacité pour traiter les joueurs pathologiques (Cowlshaw et al., 2012; Desrosiers & Jacques, 2009; Gooding & Tarrrier, 2009; Smith, Dunn, Harvey, Battersby, & Pols, 2013; Tolchard, 2016). Malgré cela, ces joueurs doivent souvent s'y prendre plus d'une fois pour cesser ou réduire leurs comportements de jeu problématiques. Selon Thygesen & Hodgins (2003), la majorité des joueurs problématiques rechute au moins une fois lorsqu'ils essaient d'arrêter de jouer. Mais de façon générale, que les joueurs s'engagent en traitement ou prennent la décision d'arrêter le jeu par eux-mêmes, environ 90% des joueurs problématiques rechutent, ce qui représente un taux légèrement supérieur aux autres dépendances (Collier, 2008; Hodgins & el-Guebaly, 2004). De plus, selon Larimer et Palmer (1999), une personne possédant des stratégies de prévention de la rechute efficaces est moins susceptible de rechuter par rapport à une personne qui n'a pas ces acquis. D'où l'importance d'enseigner aux joueurs des stratégies efficaces durant le traitement.

Stratégies de prévention de la rechute

Les stratégies de prévention de la rechute se retrouvent dans la majorité des programmes de traitement des joueurs. Cependant, leur efficacité a été peu étudiée. Hing, Nuske et Gainsbury (2011) stipulaient d'ailleurs qu'il n'existe actuellement aucune évidence scientifique permettant de déterminer quels types de stratégies sont efficaces ou non pour les joueurs. Récemment, Rodda et al. (2018) se sont intéressés aux stratégies utilisées par les joueurs pour limiter ou réduire leur comportement de jeu. Ils ont identifié 2 937 stratégies de changement, extraites de 1 370 publications de deux forums en ligne sur le jeu problématique. Les auteurs ont demandé aux joueurs de noter l'utilité perçue des stratégies qu'ils utilisent (sur une échelle de type likert en 5 points). Les stratégies cognitives (p.ex., se rappeler les conséquences négatives du jeu), de rétroaction (p.ex., calculer l'argent et le temps passé au jeu), de planification (p.ex., planifier à l'avance le montant qui sera joué) et de gestion des pulsions (p.ex., se distraire en faisant autre chose) ressortent comme étant les plus utiles selon les joueurs. Littman-Sharp (2001) mentionne quant à elle que les stratégies d'adaptation ont tendance à être plus efficaces lorsqu'il y a

une combinaison équilibrée entre les trois catégories de stratégies cognitives, comportementales et émotionnelles. L'utilisation d'un éventail de stratégies variées semble donc un élément important pour prévenir les rechutes (Littman-Sharp, 2001; Morasco, Weinstock, Ledgerwood & Petry, 2007). Cette recommandation provient également des données sur les traitements d'autres dépendances, qui montrent entre autres que l'abstinence à l'alcool est mieux prédite lorsque les participants utilisent une variété de stratégies plutôt qu'une seule (Moser & Annis, 1996). Il est donc d'usage, au cours d'un traitement, d'aider les joueurs pathologiques à développer et mettre en pratique différentes stratégies pour mieux gérer leur désir de jouer et prévenir les rechutes.

Types de stratégies pour mieux gérer le désir de jouer

Une recension de la littérature permet de faire ressortir certaines études qui se sont appliquées à documenter et explorer les stratégies utilisées par les joueurs et qui ont chacune exploré les stratégies de différentes façons (Hing et al., 2011; Hodgins & el-Guebaly, 2000; Littman-Sharp, 2001; Moore, Thomas, Kyrios, & Bates, 2012; Morasco et al., 2007, Rodda et al., 2018).

La manière dont les stratégies sont utilisées peut varier selon le type de joueur. En effet, Hing et al. (2011) a répertorié les stratégies utilisées pour contrôler le jeu chez des joueurs en traitement (75% avec des problèmes de jeu, 7% à risque modéré, 9% à faible risque et 9% sans problème de jeu) et chez des joueurs sans traitement (11% avec des problèmes de jeu, 25% à risque modéré, 23% à faible risque et 41% sans problème de jeu). Ils ont examiné l'utilisation de neuf stratégies tirées de la littérature scientifique. Les résultats indiquent que les stratégies utilisées variaient en fonction de la gravité des comportements de jeu, avec une plus grande réticence à se fixer un budget pour les dépenses de jeu chez les joueurs problématiques. De plus, les joueurs réguliers cherchaient plutôt à limiter ou mieux contrôler leur jeu alors que les joueurs en traitement utilisaient davantage de stratégies pour cesser leur comportement de jeu.

L'éventail de stratégies utilisées par les joueurs pathologiques peut varier selon l'objectif souhaité (Hodgins & el-Guebaly, 2000; Moore et al. 2012). Par exemple, Hodgins

et el-Guebaly (2000) ont interrogé 43 anciens joueurs pathologiques dont le problème de jeu était résolu afin d'explorer les stratégies entreprises pour limiter ou cesser le jeu ainsi que celles les aidant à maintenir les changements et éviter les rechutes. Les résultats de cette étude montrent que les joueurs utilisent en moyenne 2,2 stratégies pour limiter ou arrêter le jeu. Les plus fréquemment nommées sont l'évitement tel que de se tenir loin des endroits de jeu (49%), s'engager dans de nouvelles activités (47%) et le fait de s'engager dans un traitement tel qu'un programme d'aide ou un groupe d'entraide (28%). D'autre part, les joueurs maintiennent les changements et évitent les rechutes grâce à 2,4 stratégies en moyenne. Les plus fréquentes sont de s'engager dans de nouvelles activités (44%), se souvenir des aspects négatifs ou des conséquences futures possibles en lien avec le jeu (33%) et le soutien social (30%). Ces résultats montrent donc que les stratégies utilisées rapportées et leur nombre peuvent varier selon le but visé.

Moore et al. (2012) se sont plutôt intéressés à la façon dont les joueurs de la population générale s'y prennent pour limiter leur jeu. Ces auteurs ont examiné l'utilisation de 20 stratégies provenant de la littérature scientifique. L'échantillon comprenait 303 joueurs problématiques, sociaux et anciennement joueurs, dont 79% n'avait pas de problème de jeu. Une analyse factorielle a permis de regrouper l'ensemble des stratégies sous cinq catégories comprenant des stratégies cognitives (p.ex., penser aux conséquences négatives du jeu), l'entreprise d'actions directes (p.ex., s'exclure des endroits ou avoir recours à une aide professionnelle), l'évitement (p.ex., éviter des lieux de jeu), faire des activités sociales (p.ex., passer du temps avec des amis) et finalement définir des limites (p.ex., budgétiser ses dépenses de jeu). Les stratégies les plus souvent utilisées étaient de faire des activités alternatives (69%), budgétiser les dépenses de jeu (55%), puis faire un suivi des dépenses de jeu (54%). Cette étude met en relief des stratégies utilisées pour contrôler le jeu excessif pendant le jeu qui sont similaires à celles rapportées par Hodgins et el-Guebaly (2000), telles l'évitement et l'investissement dans d'autres activités, alors que ces derniers ciblaient davantage les stratégies utilisées de façon générale pour modifier les comportements de jeu dans le quotidien ou pour cesser de jouer.

Littman-Sharp (2001) sépare les stratégies selon leur caractère cognitif ou

comportemental, mais y ajoute également la composante émotionnelle. Ainsi, elle divise les stratégies de prévention de la rechute, en trois catégories différentes : les stratégies comportementales, émotionnelles et cognitives (Littman-Sharp, 2001). Le fait d'éviter les établissements de jeu, s'inscrire à un centre de conditionnement physique, établir un budget, parler à des amis qui ne jouent pas, et faire des exercices de relaxation sont des exemples de stratégies comportementales pouvant être utilisées par les joueurs (Littman-Sharp, 2001). Le fait de tenir un journal sur ses émotions, reconnaître les émotions dès qu'on les ressent, se rappeler qu'il est normal de ressentir des émotions ou bien parler de ses états émotionnels à un proche sont des exemples de stratégies émotionnelles nommés par l'auteure (Littman-Sharp, 2001). Pour ce qui est des stratégies cognitives, Littman-Sharp note différents exemples tels que déceler les pensées erronées associées au jeu, planifier les fins de semaine, établir des objectifs à long terme, se rappeler que les envies passent et penser aux conséquences du jeu.

Le choix de stratégies utilisées par les joueurs peut également évoluer en cours de traitement, en fonction des divers apprentissages réalisés. L'étude de Morasco et al. (2007) montre que plus le traitement avance, mieux les participants comprennent les antécédents et les conséquences de leur jeu. Ces apprentissages les aident à développer de nouvelles stratégies mieux adaptées pour composer avec les situations à risque et contrôler leur désir de jouer (Morasco et al., 2007). À la mi-parcours du traitement, soit au terme de la quatrième séance, 45 % des 53 participants rapportent utiliser la distraction comme stratégie (p. ex., faire une activité amusante comme regarder la télévision, rester constamment occupé, etc.) et 40 % rapportent utiliser l'évitement des déclencheurs (p.ex., éviter les magasins où l'on retrouve de la loterie, ne pas avoir d'argent accessible, etc.). Au terme de la huitième et dernière séance, l'utilisation de ces types de stratégies diminue respectivement à 26 % et 19 %. De plus, 67 % des 42 participants rapportent rechercher un soutien social (p. ex., appeler son conjoint, passer du temps avec des amis non-joueurs, etc.) et 43 % rapportent utiliser un soutien professionnel ou paraprofessionnel (p. ex., appeler une ligne d'écoute ou participer à des rencontres chez les Joueurs Anonymes, etc.) à la dernière séance, alors que ces taux étaient respectivement à 26 % et 4 % dans les premières séances. Puis, à la dernière séance, 31 % des participants rapportent utiliser des stratégies

cognitives telles que de considérer les conséquences négatives du jeu ou avoir recours à des techniques de pleine conscience (p.ex., se dire que le désir de jouer et l'envie passera) alors que ce taux était plus faible en début de traitement (21 %). Ces résultats suggèrent que, les composantes de traitement, incluant la psychoéducation, la modification du comportement et la restructuration cognitive, ont pu influencer les différentes stratégies utilisées par les joueurs pendant la TCC. De plus, le développement et l'utilisation de stratégies mieux adaptées comme les stratégies cognitives (p. ex., avoir en leur possession une liste de phrases leur rappelant les raisons pour lesquelles ils ne devraient pas jouer ou des techniques de méditation) sont abordés plus tard dans le traitement (Morasco et al., 2007).

En résumé, ces études montrent que les joueurs rapportent une variété de stratégies pour mieux gérer leur désir de jouer, et que ces stratégies semblent se modifier selon les circonstances, dont celles de la thérapie. Toutefois, à notre connaissance, les études actuelles ne permettent pas de savoir comment ces stratégies varient selon les composantes de la thérapie, dont l'exposition, qu'elle soit in vivo, en imagination ou en réalité virtuelle (RV), par exemple. La RV commence à être utilisée pour traiter les joueurs pathologiques (Bouchard et al., 2017; Chrétien, Giroux, Goulet, Jacques, & Bouchard, 2018), mais il reste à savoir quelles stratégies pour mieux gérer le désir de jouer peuvent découler de cette immersion.

Prévention de la rechute en réalité virtuelle

La RV permet d'exposer le joueur à un grand éventail de situations à risque et permet de générer un fort désir de jouer qui est central pour prévenir la rechute des comportements de jeu une fois la thérapie complétée (Bouchard et al., 2017; St-Pierre, 2015). Les études montrent que la RV permet également d'identifier plus de pensées erronées qu'une condition contrôle (Bouchard et al., 2017; Chrétien et al. 2018), ce qui offre plus de matériel thérapeutique avec lequel travailler lors des séances de traitement. Une identification plus élevée des situations à risque pourrait d'ailleurs mener les individus à générer des stratégies différentes à celles soulevées lors d'une TCC ayant comme composantes thérapeutiques la psychoéducation, la modification du comportement et la restructuration cognitive (Morasco et al., 2007).

Dans le cadre d'une étude de traitement, Bouchard et al. (2017) ont documenté le potentiel thérapeutique que peut induire la réalité virtuelle dans le cadre d'une TCC auprès de joueurs pathologiques. Lors de la quatrième et dernière séance d'exposition en RV, les intervenants de l'étude devaient guider les participants à travers sept étapes préétablies de sorte à augmenter leur désir de jouer. Ainsi, puisque les joueurs ne pouvaient jouer, les intervenants travaillaient à augmenter leur perception d'efficacité personnelle. En utilisant un questionnement socratique, les thérapeutes amenaient les joueurs à évoquer des situations à risque, des émotions et des pensées erronées afin qu'ils pratiquent leurs stratégies de prévention de la rechute. L'objectif de cette séance de thérapie était donc d'exposer les participants à une situation de jeu en RV et mieux les préparer à faire face aux différentes situations à risque de leur quotidien.

La présente étude

La présente étude vise donc à documenter les stratégies rapportées par les joueurs lors d'une séance de prévention de la rechute en RV de l'étude de Bouchard et al (2017). L'objectif de cette étude est d'identifier et classer les types de stratégies qui émergent du discours des joueurs lors d'une séance de prévention de la rechute d'une TCC en RV.

Méthode

Devis de recherche

Cette étude utilise un devis de recherche qualitatif (L'Écuyer, 1990). Ce type de devis de recherche a été priorisé à celui d'un devis de recherche quantitatif puisqu'une telle approche constitue un excellent moyen d'explorer la question des stratégies utilisées à partir des propres mots des joueurs en contexte de traitement. En effet, le traitement du jeu pathologique a connu des avancées dans les dernières années en utilisant la RV pour exposer les joueurs à leur désir de jouer. La manière dont cette modalité de traitement influence les stratégies de prévention de rechute reste toutefois à explorer. Cet article propose une orientation méthodologique d'analyse de contenu thématique du discours des participants.

Échantillon

La présente étude utilise les enregistrements de la dernière séance d'exposition en RV de l'étude de Bouchard et al. (2017), dont l'étude visait à documenter le potentiel de la RV dans la TCC pour les personnes souffrant de problème de jeu en comparant cette exposition à une exposition en imagination (voir Bouchard et al. pour une description détaillée du protocole). L'étude de Bouchard et al. a fait l'objet d'une approbation éthique par le Comité sectoriel d'éthique de la recherche en psychologie et en sciences de l'éducation de l'Université Laval (numéro 2014-024). Les participants ont été recrutés dans deux centres de traitement offrant un service d'hébergement (traitement à l'interne). Dans cette étude, quatorze participants répondant aux critères du jeu d'argent pathologique ont été assignés au groupe de thérapie en RV. Des 14 participants, 10 ont complété la dernière séance de thérapie en RV, qui abordait la prévention de la rechute. Les données de la présente étude proviennent donc de ces 10 enregistrements. L'échantillon comprend des participants de joueurs excessifs au sens de l'ICJE (Ferris & Wynne, 2001), ayant majoritairement complétés leurs études secondaires, composé de femmes (70%), et ayant une moyenne d'âge de 49 ans. Le tableau 1 présente les données sociodémographiques des participants de l'étude.

Insérer tableau 1 ici

Matériel

Les enregistrements audio sur disque de la quatrième et dernière séance de traitement d'immersion en RV de Bouchard et al. (2017) ont été utilisés.

Procédure

Les enregistrements audio des participants ($n = 10$) ont été retranscrits sous forme de verbatim en format Word par une étudiante au doctorat en psychologie ainsi que par trois étudiants au baccalauréat en psychologie. Les dix verbatims ont été anonymisés et uniformisés selon un guide de transcription conçu par la première auteure de l'étude et une

étudiante au doctorat en psychologie (Annexe A).

Analyses

Une analyse de contenu de type thématique a été utilisée vu le caractère descriptif et exploratoire de l'objectif de la présente étude (Braun & Clarke, 2006; Trudel, Simard & Vonarx, 2007). Ce type d'analyse a été priorisé puisqu'il a pour fonction essentielle d'interpréter les résultats de sorte à faire le relevé et la synthèse des thèmes présents dans un corpus (Kazdin, 2003). L'analyse thématique comprenait une composante déductive ainsi qu'une composante inductive. Premièrement, des catégories préexistantes ont été tirées de la littérature scientifique. De ce fait, des catégories inspirées des types de stratégies des études de Littman-Sharp (2001), Morasco et al. (2007), et Moser & Annis (1996) ont d'abord été utilisées pour la partie déductive de l'analyse. L'analyse inductive a également été utilisée puisqu'elle permet d'identifier des dimensions encore inexplorées sur une problématique précise (Blais & Martineau, 2006). L'analyse thématique inductive et déductive permet donc de faire émerger des catégories en lien avec l'objectif de l'étude (Thomas, 2006) et de générer des hypothèses pour des études futures (Trudel et al., 2007). L'analyse des données a été effectuée l'aide du logiciel QDA Miner version 4.1.9 (Provalis Research) en suivant cinq étapes inspirées des travaux de Blais et Martineau (2006) et l'Écuyer (1990) : (1) retranscription sous forme de verbatim; (2) lecture attentive et approfondie du matériel; (3) segmentation thématique des transcriptions où le contenu des verbatim est séparé en segments thématiques (c.-à.-d. une unité textuelle qui ne parle que d'un seul et même sujet ou d'une seule idée; Labadié, 2008). Pour l'accord-interjuge, il a été entendu qu'un segment soit composé d'une seule dyade entre l'intervenant et le participant; (4) Procéder à l'identification et à la description des premières catégories; (5) Révision et raffinement des catégories induites. Les catégories dont les significations semblaient similaires ont été combinées afin d'éviter la redondance. Un schéma de l'arbre thématique ainsi qu'une description détaillée de chacune des catégories ont par la suite été inclus à un guide d'analyse et illustré à l'aide d'exemples, ne provenant pas des verbatim, par la première auteure de l'étude (Annexe B).

Proportion des thèmes soulevés. Suite à la codification des verbatims, la

proportion de chacune des stratégies (thèmes) verbalisées sur l'ensemble de l'échantillon fut calculée afin de fournir une idée générale quant à la manière dont se sont distribuées les stratégies sur l'ensemble des verbatim analysés. La proportion de chaque stratégie est calculée selon le calcul suivant :

$$\frac{\text{Nombre de verbalisations associées à la catégorie x}}{\text{Nombre total de verbalisations associées aux stratégies}} \times 100$$

Validation. Afin d'assurer une bonne validité externe des résultats, la technique de saturation a été utilisée. Les données ont donc été analysées jusqu'à ce qu'elles n'assurent plus aucun élément nouveau à la recherche (Drapeau, 2004). De plus, comme le proposent Poupart et al. (1997), une procédure d'accord interjuges a permis d'assurer une bonne fidélité des résultats. Ainsi, une fois le guide d'analyse complété, la première auteure de l'étude et l'auxiliaire de recherche ont assigné, en parallèle et de façon individuelle, les catégories du guide d'analyse à des segments du texte. La procédure d'accord interjuge a été effectuée sur 50% des verbatim. Les évaluatrices se sont rencontrées pour réviser et raffiner les catégories jusqu'à l'obtention d'un accord interjuges final de 84,9 % (coefficient S de Bennett 0,698), évalué à l'aide du logiciel QDA Miner. Cet accord interjuge a été calculé selon les critères suivants : les mêmes codes devaient être sélectionnés pour chacun des segments et les absences communes n'étaient pas considérées comme des accords. Puisque ce niveau d'accord était jugé satisfaisant selon les critères de Neuendorf (2002), la première auteure de l'étude a ensuite complété l'assignation des catégories à l'ensemble des données à l'aide du guide d'analyse final. **Crédibilité.** Lors de l'interprétation, les résultats furent confrontés à la littérature, tel que recommandé par Drapeau (2004), mais ils n'ont pu être présentés aux participants, puisque le traitement d'où proviennent les enregistrements était déjà terminé lors de la réalisation de cette étude.

Résultats

Dans le but d'alléger le texte, les verbatim illustrant les propos des participants se retrouvent en tableau. Les résultats sont présentés sous forme de thèmes ayant émergé du discours des participants. L'analyse des verbatim révèle des stratégies cognitives (1), comportementales (2) et d'autres thèmes n'étant pas liés à l'utilisation de stratégies (3). La figure 1 présente de façon graphique le pourcentage de chaque catégorie de thèmes ainsi

que le pourcentage de verbalisations associé aux stratégies cognitives ou comportementales.

Insérer Figure 1 ici

Les résultats montrent que 18,3% des verbalisations totales pour faire face aux situations à risque représentent des stratégies comportementales, 16,4% indiquent des stratégies cognitives alors que 65,3% du contenu des verbatim n'était pas lié à des stratégies de prévention de la rechute. Ces verbalisations autres portent sur un contenu trop imprécis pour être codifié autrement ou sur des échanges pertinents à la thérapie, mais à propos d'autres objectifs attendus lors d'une séance de prévention de la rechute en RV (information sur le déroulement de la séance, exploration des pensées erronées au sujet du jeu ou des situations à risque, évaluation du désir de jouer, de la perception de contrôle ainsi que la perception d'efficacité personnelle). Puisque ces verbalisations étaient liées à la façon d'intervenir par les thérapeutes, à la procédure de la thérapie comme telle, et non à des stratégies, elles ne seront pas discutées davantage. Parmi les différentes stratégies verbalisées pour faire face aux situations à risque, environ la moitié (52,7%) représentaient des stratégies comportementales. En moyenne, 9,6 (Écart-type = 1,5, médiane = 9) stratégies ont été verbalisées par les participants et celles-ci comprenaient des stratégies comportementales et cognitives. Le tableau 2 présente la fréquence des stratégies verbalisées par les participants pour faire face aux situations à risque.

Insérer tableau 2 ici

Stratégies comportementales

Six stratégies comportementales liées aux situations à risque se retrouvent dans le discours des participants : faire une activité alternative, se protéger en évitant des déclencheurs, s'abstenir de jouer lorsqu'un déclencheur est rencontré, limiter son

accessibilité à l'argent, chercher du soutien auprès de ses proches et chercher du soutien auprès des professionnels. Ces stratégies sont discutées ci-dessous et illustrées par des extraits de verbatim dans le tableau 3.

Activité alternative. Lorsque confronté à une situation qui les mettait à risque de jouer, une solution proposée consiste à se distraire à l'aide d'une activité. Cette stratégie prend plusieurs formes telles que s'engager dans une activité sportive (jouer aux hockey, soccer, basketball, etc.) ou dans une activité de divertissement (aller au cinéma, faire de la lecture ou apprendre à jouer de la guitare). Faire une activité sociale pour ne pas rester seul avec l'envie de jouer s'y retrouve également (p. ex., discuter avec quelqu'un ou jouer à un jeu de société). Certaines activités alternatives proposées montrent une démarche impliquant une plus grande introspection, telles que la prière, la méditation et les techniques de relaxation. En bref, l'idée derrière cette stratégie est de développer un intérêt envers d'autres activités afin d'organiser les journées ou les temps libres comme si le jeu n'était pas une option. Le fait de s'engager dans des activités plus intéressantes, voire même plus bénéfiques que le jeu fut donc soulevé.

Se protéger en évitant les déclencheurs du désir de jouer. Cette stratégie vise essentiellement à ne pas mettre à l'épreuve ses capacités de contrôle et se protéger d'une rechute en évitant simplement d'être confronté à certains déclencheurs du désir de jouer. Cette protection prend différentes formes telles que d'éviter les endroits avec des ALV, de passer du temps avec des amis joueurs ou de consommer de l'alcool afin de ne pas perdre le contrôle sur les comportements de jeu. Des actions telles que faire certains détours ou changer de trajet pour éviter de passer devant des endroits de jeu sont également des exemples de comportements énoncés pour se protéger des rechutes.

S'abstenir de jouer lorsqu'un déclencheur est rencontré. Lorsqu'un déclencheur semble impossible à éviter, comme un endroit de jeu par exemple, l'idée de quitter la situation rapidement est nommée (p.ex., quitter le bar, faire demi-tour, ou passer tout droit). La façon de s'abstenir de jouer diffère également selon l'endroit où le déclencheur survient lors de l'immersion en RV. Par exemple, faire demi-tour devant le guichet automatique, à

l'extérieur du bar, pour ne pas être tenté de retirer de l'argent et entrer dans le bar pour y jouer. Une fois à l'intérieur du bar, ne pas s'approcher des ALV pour éviter d'être tenté de jouer se retrouve également proposé. De façon générale, cette stratégie vise à s'abstenir de jouer en ne restant pas dans une situation à risque où un déclencheur pourrait faire monter un désir de jouer et les mettre à risque de rechuter.

Limiter son accessibilité à l'argent. Se protéger financièrement en limitant l'accessibilité à l'argent est proposé. Cette protection prend plusieurs formes allant du contrôle d'accès à de l'argent liquide jusqu'à la gestion des finances personnelles. Le contrôle de l'argent liquide se fait par exemple en évitant d'avoir de l'argent comptant sur soi, en évitant d'avoir sa carte de débit/crédit en sa possession ou encore en mettant une limite de retrait à son dossier. La gestion des finances personnelles fut également évoquée pour se protéger financièrement. Par exemple, le fait de conserver le minimum nécessaire dans son compte en banque pour ne pas être tenté de retirer fut évoqué. Le fait de demander que la gestion des finances soit prise en charge par un proche ou une fiduciaire fut aussi nommé pour limiter l'accessibilité à l'argent. Ainsi, un filet de sécurité pouvait être mis en place pour protéger les finances personnelles, limiter les pertes financières importantes et les tentations de jouer déclenchées par l'accès rapide à de l'argent.

Soutien social. Lorsque confronté à une situation qui les mettait à risque de jouer, demander de l'aide à une personne extérieure pour ne pas aller jouer ou être aidé par un proche pour passer à travers le désir de jouer fut nommé. Appeler un ami, un collègue ou un proche qui aiderait à exprimer ou extérioriser les difficultés vécues ou les émotions ressenties représentent des exemples de cette stratégie. La recherche d'une personne extérieure pour être encouragé à reprendre le dessus sur le désir de jouer et d'être dissuadé de jouer s'y retrouve également. Passer du temps avec des amis et rechercher du soutien auprès de ses pairs permet d'éviter d'être seul avec une envie de jouer, augmentant possiblement ainsi le sentiment de sécurité envers ses capacités de contrôle.

Soutien professionnel. Avoir recours à l'aide d'un professionnel de la santé, d'un groupe d'aide ou de toute autre personne offrant un service de relation d'aide se retrouve

proposé. Cette demande d'aide prend plusieurs formes telles que d'aller dans une rencontre pour les Joueurs Anonymes (JA) lorsque le désir de jouer se fait ressentir, appeler un membre ou un parrain des JA, appeler une ligne d'écoute téléphonique, ou bien avoir un suivi au centre de réadaptation en dépendance pour poursuivre son cheminement thérapeutique. Les joueurs étant présentement en traitement, l'idée d'aller chercher l'aide ou les compétences d'un professionnel est une stratégie déjà connue pour eux.

Insérer tableau 3 ici

Stratégies cognitives

Sept stratégies cognitives ressortent du discours des participants : penser aux conséquences négatives que les comportements de jeu ont occasionnées par le passé, dont les conséquences financières, émotionnelles et familiales, avoir un discours réaliste, avoir un discours encourageant ainsi qu'éviter de penser au jeu. Ces stratégies sont énumérées ci-dessous et illustrées par des extraits de verbatim dans le tableau 4.

Penser aux conséquences financières du jeu. Lorsqu'un désir de jouer se fait sentir, l'idée de se rappeler les conséquences financières que les comportements de jeu ont occasionnées est soulevée. Plusieurs exemples de conséquences financières ont été évoqués tels que des pertes financières importantes, le manque d'argent pour les besoins essentiels, les dettes, devoir faire des emprunts, de l'impossibilité de faire des économies, ou des gains au jeu qui sont ensuite reperdus. Penser aux conséquences financières du jeu vise à reprendre le contrôle sur l'envie de jouer et encourage les dépenses d'argent dans des besoins plus importants que ne le sont les jeux de hasard et d'argent.

Penser aux conséquences émotionnelles négatives du jeu. Soulever les répercussions émotionnelles négatives que le jeu a entraînées par le passé se retrouve également proposé pour ne pas aller jouer. Ces conséquences émotionnelles prennent différentes formes telles que de se souvenir des symptômes anxieux et dépressifs vécus, de la déception face à soi-même ou encore du sentiment de culpabilité, de honte, de frustration, de colère ou de découragement qu'accompagnaient le jeu. Un discours

dévalorisant face à soi-même et ses comportements de jeu s’y retrouvent également. La tristesse qui accompagnait le fait d’avoir passé autant de temps à jouer ou l’impression de se sentir constamment jugé par les autres en ce qui a trait leur problème de jeu fut aussi énoncé comme des conséquences émotionnelles du jeu qui les empêcherait de jouer. En bref, se remémorer les conséquences émotionnelles négatives vécues, l’impression d’une perception négative des autres ou encore d’une vision négative de soi-même face aux comportements de jeu se voit proposée comme stratégie visant à diminuer le désir de jouer.

Penser aux conséquences familiales du jeu. Se rappeler les conséquences familiales que les problèmes de jeu occasionnent sur les membres de la famille est nommé pour surmonter le désir de jouer. Différentes conséquences familiales ont été soulevées telles que d’attrister les membres de la famille, perdre un partenaire amoureux ou inquiéter les membres de la famille. Somme toute, le choix de relever les torts que la personne a fait subir aux proches vise à rappeler aux participants les raisons d’être en traitement et de reconsidérer le choix de jouer ou non.

Penser aux autres conséquences négatives du jeu. Penser aux torts que les comportements de jeu ont occasionnés par le passé est une stratégie nommée. Cette stratégie prend des formes plus générales que les conséquences financières, émotionnelles et familiales énumérées plus haut : se rappeler les mensonges ou la manipulation déployés pour cacher les difficultés, penser au risque possible d’un retour au jeu, de devoir recommencer à zéro ou de vivre une rechute. Se rappeler la perte de temps ou le sentiment de perte de contrôle sont d’autres exemples de conséquences négatives vécues visant à convaincre de rebrousser chemin et de ne pas aller jouer.

Avoir un discours réaliste. Se parler à soi-même de façon réaliste vise à aider à prendre le dessus sur le désir de jouer. Ce discours réaliste consiste en la confrontation de certaines pensées erronées à l’égard du jeu, à remettre en doute la véracité de certains faits, propos ou idées préconçues à l’égard du jeu afin d’avoir une réflexion plus nuancée et éclairée dans le choix de jouer ou non. L’idée de se rappeler tout le chemin parcouru jusqu’à maintenant pour cesser le jeu s’y retrouve également pour aider l’individu à ne pas

aller jouer. L'adoption de pensées plus nuancées et réfléchies telles que d'utiliser son argent pour payer ses comptes ou ses dettes plutôt que de dépenser son argent automatiquement dans le jeu ou encore l'idée de travailler pour gagner son argent plutôt que d'attendre après un gain peu probable sont des exemples de pensées réalistes qui ont été soulevés pour ne pas jouer. En bref, le fait d'avoir un discours réaliste sous la forme d'une pensée ou d'un questionnement permettant d'enrichir le processus réflexif vise à se ramener à l'ordre et avoir un meilleur contrôle sur les comportements de jeu.

Avoir un discours encourageant. Lorsque confronté à un déclencheur, se dire des phrases encourageantes et positives face au rétablissement ou à l'avenir fut soulevé. L'idée de se rappeler ou s'imaginer les bienfaits d'un arrêt de jeu (p.ex., utiliser l'argent pour se récompenser de ne pas avoir joué ou se rappeler la fierté ressentie d'être abstinent) s'y retrouve également. Avoir des pensées méditatives ou réciter la prière de la sérénité¹ est aussi une forme de pensées encourageantes évoquées permettant de se recentrer sur soi, de s'encourager et de s'aider à maîtriser l'envie de jouer. L'adoption d'un discours encourageant vise ainsi à maintenir l'objectif d'abstinence ou de réduction des comportements de jeu en encourageant le participant à ne pas jouer.

Éviter de penser au jeu. Cette stratégie prend plusieurs formes telles que de ne pas penser au jeu, utiliser la technique du 4 secondes (c.-à-d. ne pas penser positivement au jeu plus de 4 secondes), ne pas regarder les ALV et rester concentré à sa tâche lorsque le joueur remarque la présence d'ALV dans la pièce ou bien s'imaginer l'image d'un arrêt « STOP » pour les empêcher de jouer. Cette stratégie prend donc la forme d'un évitement cognitif allant de la simple intention de ne pas penser au jeu à l'utilisation d'une image ou d'une distraction mentale visant à freiner l'envie de jouer.

Insérer tableau 4 ici

¹ La prière de la sérénité propose d'obtenir la sagesse de faire la différence entre ce que l'on peut changer et ce que nous ne pouvons. Il s'agit d'une prière initialement utilisée dans le regroupement des Alcoolique Anonymes : « Mon Dieu, donnez-moi la sérénité d'accepter les choses que je ne puis changer, le courage de changer les choses que je peux, et la sagesse d'en connaître la différence » (Sifton, 2005).

Discussion

Cette étude avait pour but d'explorer les différentes stratégies proposées par les joueurs pour vaincre ou mieux gérer leur désir de jouer lorsqu'ils sont confrontés à des situations à risque en RV. Afin d'atteindre ce but, les verbatim d'une séance de prévention de la rechute en RV de dix joueurs en traitement ont fait l'objet d'une analyse thématique. À partir d'une analyse inductive et déductive, les résultats ont permis d'identifier des stratégies cognitives et comportementales diversifiées.

Selon les connaissances actuelles, le nombre et la diversité des stratégies utilisées semblent être deux éléments importants à considérer pour prévenir les rechutes (Littman-Sharp, 2001; Moser & Annis, 1996; Morasco et al., 2007). Les résultats de la présente étude montrent qu'une séance de prévention de la rechute en RV semble répondre positivement à ces deux éléments, car près de 10 stratégies différentes ont été verbalisées par les participants pour affronter les situations à risque et celles-ci se répartissent également entre des stratégies comportementales et des stratégies cognitives. Certaines de ces stratégies s'interpréteraient également comme des stratégies émotionnelles. Par exemple, la relaxation et la méditation ressemblent à des stratégies de type pleine conscience (Mindfulness), qui vise à prendre conscience de son expérience interne ou externe du moment présent, sans la juger, dans un esprit d'observation et d'acceptation (Kabat-Zinn, 2005). Une grille d'analyse en trois catégories aurait pu faire davantage ressortir les stratégies comprenant une forte composante de gestion des émotions.

D'abord, les participants génèrent un éventail de stratégies diversifiées pour réduire leur comportement de jeu puisque treize grandes catégories de stratégies émergent de la dernière séance d'exposition aux situations à risque en RV. Comparativement à la présente étude, six types de stratégies ont été soulevées dans l'étude de Rodda et al. (2017) lors d'une séance de conseil en ligne et cinq ont été discutés lors d'une TCC de huit séances dans l'étude de Morasco et al. (2007), ce qui représente environ deux fois moins de variété de stratégies par rapport à la dernière séance de traitement en RV. Les résultats pourraient s'expliquer de par la composante d'exposition en RV. En effet, comme Bouchard et al. (2017) le mentionne dans leur étude, l'exposition en RV permet de générer davantage de

situations à risque que ne le fait la condition en imagination. Il est donc possible de croire qu'un nombre plus important de situations à risque ait pu favoriser l'émergence de stratégies de prévention de la rechute diversifiées, telle que retrouvées dans la présente étude. Ainsi, les composantes thérapeutiques de traitement ou d'aide thérapeutique pourraient introduire une variété de stratégies qui leur sont propres. Toutefois, d'autres circonstances pourraient expliquer ce résultat tel qu'un effet du thérapeute ou le contexte de thérapie fermée de la présente étude. Cependant, seul un groupe de comparaison permettrait de répondre à cette hypothèse.

Ensuite, le nombre de stratégies soulevées dans le cadre d'une séance en RV semble être environ cinq fois supérieur à ce qui a été soulevé dans d'autres études. En effet, les ex-joueurs pathologiques, interrogés par Hodgins & el-Guebaly (2000), utilisaient une moyenne de deux stratégies pour limiter ou arrêter le jeu et au moins une stratégie a été soulevée dans les deux tiers des séances de conseils en ligne de l'étude de Rodda et al. (2017). Ici, l'évaluation des stratégies directement dans une séance de thérapie axée sur la prévention de la rechute explique probablement ces résultats. Néanmoins, ce nombre élevé de stratégies verbalisées par les participants pour cesser des comportements problématiques ne peut qu'être bénéfique pour leur rétablissement. En effet, une étude a montré qu'une stratégie supplémentaire ajoutée augmentait de 7,61 fois la probabilité de rester abstinents lors de dépendance à l'alcool (Moser & Annis, 1996), et il est possible de penser que ce résultat est véridique pour les JHA également, quoiqu'il est nécessaire de le vérifier.

Stratégies cognitives

Environ la moitié des stratégies générées pendant la séance représentent des stratégies cognitives. D'ailleurs, ces résultats concordent avec les recherches antérieures indiquant que les joueurs utilisent une gamme de stratégies cognitives pour prévenir les rechutes (Hodgins & el-Guebaly, 2000; Moore et al., 2012; Rodda et al., 2017, 2018). Ces stratégies, les plus utilisées pour limiter ou réduire le jeu selon Rodda et al. (2018) comprennent l'identification de pensées erronées sur le jeu ou sur les chances de gagner qui était utilisée par 84 % de leurs participants. Ce résultat concorde avec ceux de la présente étude par le fait qu'*avoir un discours réaliste* est retrouvé comme étant l'une des stratégies

les plus verbalisées au sein de l'échantillon (17%) et qu'elle est nommée par tous les participants de l'étude. La stratégie *avoir un discours réaliste* comprend des stratégies comme la confrontation des pensées erronées au sujet du jeu qui consiste, dans un premier temps, à déceler les pensées erronées au sujet du jeu et, dans un deuxième temps, à les modifier pour des pensées alternatives plus réalistes et adaptées. Le choix de verbaliser cette stratégie cognitive pourrait être expliqué par le fait que la thérapie offerte aux participants comprenait deux séances de restructuration cognitive en RV. Il est envisageable que ces rencontres puissent avoir influencé les types de stratégies rapportés par les joueurs lors de la séance de prévention de la rechute.

Ensuite, la stratégie cognitive rapportée de penser aux conséquences négatives du jeu représentait 21 % de l'ensemble des stratégies verbalisées par les joueurs et 90 % des 10 participants l'ont soulevé dans leur séance. Ces résultats sont cohérents avec la littérature qui montre que celle-ci est l'une des stratégies cognitives la plus fréquemment utilisées pour arrêter ou diminuer les comportements de jeu (Hodgins & el-Guebaly, 2000; Rodda et al., 2018). Comparativement aux autres études s'étant intéressées aux stratégies utilisées par les joueurs pour mieux gérer leur désir de jouer (Hodgins & el-Guebaly, 2000; Moore et al., 2012; Morasco et al., 2007; Rodda et al., 2017, 2018), la présente étude a précisé les types de conséquences verbalisés par les joueurs pour mieux gérer leur désir de jouer, soit les conséquences financières, émotionnelles et familiales. Parmi les conséquences négatives soulevées par les participants, moins de 1% ont nommé des conséquences familiales. Par conséquent, il est interpellant que cette stratégie ne soit pas plus abordée par les joueurs étant donné que plusieurs campagnes publicitaires ciblent ces conséquences pour amener le joueur à consulter (MSSS, 2015). Toutefois, d'autres explications pourraient conduire à la faible utilisation des conséquences familiales comme stratégie de prévention de la rechute. D'abord, le fait de penser aux conséquences négatives sur la famille n'est peut-être pas un motivateur pour tous les joueurs, car tous n'ont peut-être pas d'enfants ou de conjoint(e). Ensuite, les joueurs ont peut-être de la difficulté à accepter que leurs comportements de jeu puissent affecter leur famille. En effet, le fait d'inclure des éléments sur les conséquences familiales du jeu dans les campagnes publicitaires ne fait pas l'unanimité chez des joueurs pathologiques, vu le sentiment de culpabilité que leur procure ce genre de publicité

(Faucher-Gravel, 2015). De plus, aucun élément de la RV ne rappelle la famille alors que d'autres indices ont pu rappeler les finances (p.ex., le guichet automatique) ou les émotions (p.ex., voir un joueur s'emporter à un ALV). En ce sens, certains indices de la RV ont pu stimuler l'émergence de conséquences financières et émotionnelles, mais non pas de conséquences familiales. Il serait pertinent d'insérer un élément qui rappelle la famille dans la RV, comme une affiche par exemple, et voir si l'inclusion d'un tel élément aurait un impact sur l'émergence de pensées liées aux conséquences familiales dans le discours des joueurs.

Stratégies comportementales

Pour ce qui est des stratégies comportementales, différents types d'évitement de stimuli qui déclenchent un désir de jouer ont été soulevés dans la séance de prévention de la rechute en RV. En effet, lorsque le participant cherchait à éviter un stimulus, celui-ci pouvait le faire de différentes manières : se protéger en évitant des déclencheurs, s'abstenir de jouer lorsqu'un déclencheur était rencontré et limiter son accessibilité à l'argent. Huit participants sur dix soulèvent cette stratégie d'évitement, et environ le tiers des stratégies comportementales en prévention de la rechute ont visé l'évitement, dont le fait d'éviter d'entrer dans le bar lorsqu'ils y étaient confrontés ou bien en fuyant l'environnement lorsqu'ils étaient confrontés à un ALV ou un autre déclencheur. Cette stratégie d'évitement a déjà été répertoriée dans la littérature, où 40 % des joueurs de l'étude de Morasco et al. (2007) (n=53) endossait la stratégie d'évitement. Plusieurs éléments pourraient expliquer le choix de verbaliser une stratégie comportementale d'évitement. D'abord, le fait de vouloir éviter un stimulus qui déclenche un désir de jouer a pu être influencé par la RV puisque l'on expose les individus à un environnement de bar, où ils sont immergés dans une situation de jeu. Effectivement, puisque la RV demande aux joueurs d'entrer dans un environnement de bar et d'y être confronté malgré leur intention première de ne pas y être exposé, quitter l'endroit semble la solution la plus logique, plutôt qu'une autre stratégie comportementale. Ensuite, il est envisageable que le contexte de thérapie fermée dans lequel les joueurs de la présente étude se sont engagés puisse avoir encouragé l'utilisation plus importante de l'évitement. En effet, l'utilisation de l'évitement des déclencheurs est souvent encouragée en début de traitement pour réduire la fréquence des comportements de

jeu ainsi que pour déconditionner les stimuli associés aux comportements de jeu du participant (Eraldi-Gackiere & Graziani, 2007; Morasco et al., 2007). De plus, il est important de souligner que les participants de la présente étude sont des joueurs pathologiques d'ALV ayant pris part à un programme de traitement dans un contexte de thérapie fermée offrant un hébergement de 28 jours. L'utilisation plus importante de l'évitement comme stratégie de prévention de la rechute pourrait donc être spécifique à un échantillon de joueurs qui participent à ce type de programme et dont la gravité des problèmes de jeu est susceptible d'être plus importante. En effet, Hing et al. (2011) notent que les stratégies utilisées par les joueurs diffèrent selon la gravité de leurs problèmes de jeu, et ils rapportent également une grande utilisation de l'évitement chez leurs participants. Toutefois, cette décision de quitter le bar plutôt que de tolérer la présence des ALV ne permet pas de diminuer le désir de jouer à moyen ou à long terme grâce au principe d'habituation de l'exposition (Rankin et al., 2009; Tolchard, 2016; Tompson & Spencer, 1966).

Forces et limites de l'étude

La présente étude comprend certaines forces importantes à souligner. D'abord, cette étude est la première à s'intéresser aux stratégies de prévention de la rechute utilisées par les joueurs durant un traitement en réalité virtuelle. De plus, l'exploration du verbatim d'une session d'exposition à un environnement de bar a permis d'avoir accès aux stratégies émises sur le moment par les joueurs, lorsqu'ils sont confrontés à une situation à risque. Les études antérieures portant sur le sujet ont, quant à elles, utilisé des questionnaires autorapportés comprenant une énumération de stratégies ou encore des entrevues structurées où les joueurs devaient se remémorer les stratégies qu'ils avaient tentées d'utiliser par le passé pour gérer leur désir de jouer. Par conséquent, la présente étude permet de limiter ce biais de rappel. Finalement, l'accord interjuge réalisé lors de l'analyse thématique constitue également une force à l'étude compte tenu du fait qu'il permet d'augmenter la rigueur scientifique de l'étude et des résultats qui s'y rattachent.

L'étude comporte toutefois certaines limites. D'abord, les stratégies émotionnelles n'ont pas été explorées en tant que telles, compte tenu de la grille de départ qui s'inspirait

des études précédentes sur le sujet. Également, le contenu analysé représentait une interaction entre un intervenant et un client, ce qui fait que certaines stratégies soulevées pendant la séance pouvaient parfois être influencées par les questions de l'intervenant. Ensuite, le style d'intervention du thérapeute peut avoir eu un impact sur l'importance accordée ou le temps alloué à l'exploration de certaines stratégies. Certains intervenants ciblaient davantage le besoin derrière l'envie de jouer du joueur et s'assuraient que la stratégie utilisée répondait bien au besoin ciblé. Une standardisation des interventions liées à l'exploration des stratégies de prévention de la rechute pourrait être réalisée afin de limiter ce biais.

Conclusion

Cette étude visait à explorer et identifier les types de stratégies qui émergent du discours des joueurs lors d'une séance de prévention de la rechute d'une TCC en RV. Les résultats de l'étude ont permis de soulever six stratégies comportementales et sept stratégies cognitives. En moyenne, près de 10 stratégies différentes ont été verbalisées par chacun des joueurs et celles-ci se répartissent également entre des stratégies comportementales et cognitives. De façon générale, les stratégies cognitives montrent l'influence possible des deux sessions précédentes de restructuration cognitive en RV. De plus, une bonne partie des stratégies comportementales abordées pendant la séance visait des stratégies d'évitement, ce qui laisse supposer une influence de l'environnement de bar sur les stratégies verbalisées. Cette étude appuie le potentiel de la RV en prévention de la rechute. Des études futures comprenant un suivi à plus long terme auprès des participants seraient nécessaires afin de voir l'utilisation et l'efficacité des stratégies abordées en séance de RV.

Références

- Blais, M., & Martineau, S. (2006). L'analyse inductive générale : Description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Recherches qualitatives*, 26(2), 1–18. Repéré à [http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/edition_reguliere/numero26\(2\)/blais_et_martineau_final2.pdf](http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/edition_reguliere/numero26(2)/blais_et_martineau_final2.pdf)
- Bouchard, S., Robillard, G., Giroux, I., Jacques, C., Loranger, C., St-Pierre, M., ... Goulet, A. (2017). Using virtual reality in the treatment of gambling disorder: The development of a new tool for cognitive behavior therapy. *Frontiers in Psychiatry*, 8(27). doi:10.3389/fpsyt.2017.00027
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Chrétien, M., Giroux, I., Goulet, A., Jacques, C., & Bouchard, S. (2018). Using virtual reality to elicit dysfunctional thoughts in individuals with gambling disorder. *Journal of Gambling Issues*, 38, 169-189. <https://doi.org/10.4309/jgi.2018.38.9>
- Collier, R. (2008). Gambling treatment options: a roll of the dice. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 179(2), 127–128. <https://doi.org/10.1503/cmaj.080959>
- Cowlshaw, S., Merkouris, S., Dowling, N., Anderson, C., Jackson, A., & Thomas, S. (2012). Psychological therapies for pathological and problem gambling. *The Cochrane Library*, 11, 1-73. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008937.pub2>
- Desrosiers, P., & 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*. Rapport préparé pour l'Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec. Montréal, Canada. Repéré à https://aidq.org/wp-content/uploads/2013/06/Guide_Jeu_Pathologique.pdf
- Drapeau, M. (2004). Les critères de scientificité en recherche qualitative. *Pratiques psychologiques*, 10(1), 79-86. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2004.01.004>
- Eraldi-Gackiere, D., & Graziani, P. (2007). *Exposition et désensibilisation en thérapie comportementale et cognitive*. Paris: Dunod.
- Faucher-Gravel, A. (2015). *Comment favoriser l'utilisation des ressources d'aide chez les joueurs problématiques?* (Mémoire doctoral inédit). Université Laval.
- Gooding, P., & Tarrier, N. (2009). A systematic review and meta-analysis of cognitive-behavioural interventions to reduce problem gambling: Hedging our bets? *Behaviour Research and Therapy*, 47(7), 592-607. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.04.002>

- Hing, N., Nuske, E., & Gainsbury, S. (2011). *Gamblers at-risk and their help-seeking behaviour*. Melbourne, Australia: Gambling Research Australia. Repéré à https://www.responsiblegambling.nsw.gov.au/__data/assets/pdf_file/0019/225802/Gamblers-at-risk-and-their-help-seeking-behaviour.pdf
- Hodgins, D. C., & el-Guebaly, N. (2000). Natural and treatment-assisted recovery from gambling problems: A comparison of resolved and active gamblers. *Addiction*, *95*, 777–789. <https://doi.org/0443.2000.95577713.x>
- Hodgins, D. C., & el-Guebaly, N. (2004). Retrospective and prospective reports of precipitants to relapse in pathological gambling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *72*(1), 72-80. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.72.1.72>
- Kabat-Zinn, J. (2005). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness (15th anniversary ed.)*. Delta Trade Paperback/Bantam Dell.
- Kazdin, A. E. (2003). *Research design in clinical psychology* (4^e éd.). Boston: Allyn and Bacon.^[1]_[SEP]
- Labadié, A. (2008). *Segmentation thématique de texte linéaire et non-supervisée: Détection active et passive des frontières thématiques en Français*(Thèse de doctorat non publié) Université Montpellier II, France.
- Larimer, M. E., & Palmer, R. S. (1999). Relapse prevention: An overview of Marlatt's cognitive-behavioral model. *Alcohol research and Health*, *23*(2), 151-160.
- L'Écuyer, R. (1990). *Méthodologie de l'analyse développementale de contenu: méthode GPS et concept de soi*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Littman-Sharp, N. (2001). Teaching clients skills for change and relapse prevention. In R.D. Murray (Ed.), *Helping the Problem Gambler*. Toronto: Centre for Addiction and Mental Health.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec. (2015). *Campagne sur le jeu de hasard et d'argent*. Repéré sur le site web du MSSS du Québec : <http://www.msss.gouv.qc.ca/documentation/campagnes/jeu.php#camp-ant>
- Moore, S. M., Thomas, A. C., Kyrios, M., & Bates, G. (2012). The self-regulation of gambling. *Journal of Gambling Studies*, *28*(3), 405– 420. <https://doi.org/10.1007/s10899-011-9265-x>.
- Morasco, B.J., Weinstock, J., Ledgerwood, D.L., & Petry, N.M. (2007). Psychological factors that promote and inhibit pathological gambling. *Cognitive and Behavioral Practice*, *14*, 208–217. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2006.02.005>

- Moser, A. E., & Annis, H. M. (1996). The role of coping in relapse crisis outcome: A prospective study of treated alcoholics. *Addiction*, *91*(8), 1101-1114. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.1996.91811013.x>
- Neuendorf, K. A. (2002). *The Content Analysis Guidebook*. Cleveland, Ohio: Sage Publications.
- Poupart, J., Deslauriers, J.P., Groulx, L., Laperrière, A., Mayer, R., Pirès, A., 1997. La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques. Gaetan Morin, Montréal 454 p. ^[L]_[SEP]
- Rankin CH, Abrama T, Barry RJ, Bhatnagar S, Clayton D, Colombo J, Coppola G, Geyer MA, Glanzman DL, Marsland S, McSweeney F, Wilson DA, Wu C-F & Thompson RF (2009) Habituation revisited: An updated and revised description of the behavioral characteristics of habituation, *Neurobiology of learning and memory* *92*(2), 135–138. <https://doi.org/10.1016/j.nlm.2008.09.012>.
- Rodda, S. N., Hing, N., Hodgins, D. C., Cheetham, A., Dickins, M., & Lubman, D. I. (2017). Change strategies and associated implementation challenges: An analysis of online counselling sessions. *Journal of Gambling Studies*, *33*, 955–973. <http://dx.doi.org/10.1007/s10899-016-9661-3>.
- Rodda, S. N., Bagot, K. L., Cheetham, A., Hodgins, D. C., Hing, N., & Lubman, D. I. (2018). Types of change strategies for limiting or reducing gambling behaviors and their perceived helpfulness: A factor analysis. *Psychology of Addictive Behaviors*, *32*(6), 679. <https://doi.org/10.1037/adb0000393>.
- Sifton, E. (2005) *The Serenity Prayer: Faith and Politics in Times of Peace and War*, New York: W. W. Norton & Company.
- Smith, D. P., Dunn, K. I., Harvey, P. W., Battersby, M. W., & Pols, R. G. (2013). Assessing Randomised Clinical Trials of Cognitive and Exposure Therapies for Gambling Disorders : A Systematic Review, *Behaviour Change*, *30*(3), 139-158. <https://doi.org/10.1017/bec.2013.15>
- St-Pierre, M. (2015). *L'utilité de la réalité virtuelle pour prévenir la rechute des comportements de jeu pathologiques* (Mémoire doctoral inédit). Université du Québec en Outaouais.
- Thomas, D. R. (2006). A general inductive approach for analyzing qualitative evaluation data. *American journal of evaluation*, *27*(2), 237-246. <https://doi.org/10.1177/1098214005283748>
- Thompson R.F. & Spencer W.A. (1966) Habituation: a model phenomenon for the study of neuronal substrates of behavior, *Psychological review*, *73*(1), 16-43. <https://doi.org/10.1037/h0022681>

Thygesen, K. L., & Hodgins, D. C. (2003). Quitting again: Motivations and strategies for terminating gambling relapses. *Journal of Gambling Issues*, 9. <https://doi.org/10.4309/jgi.2003.9.11>

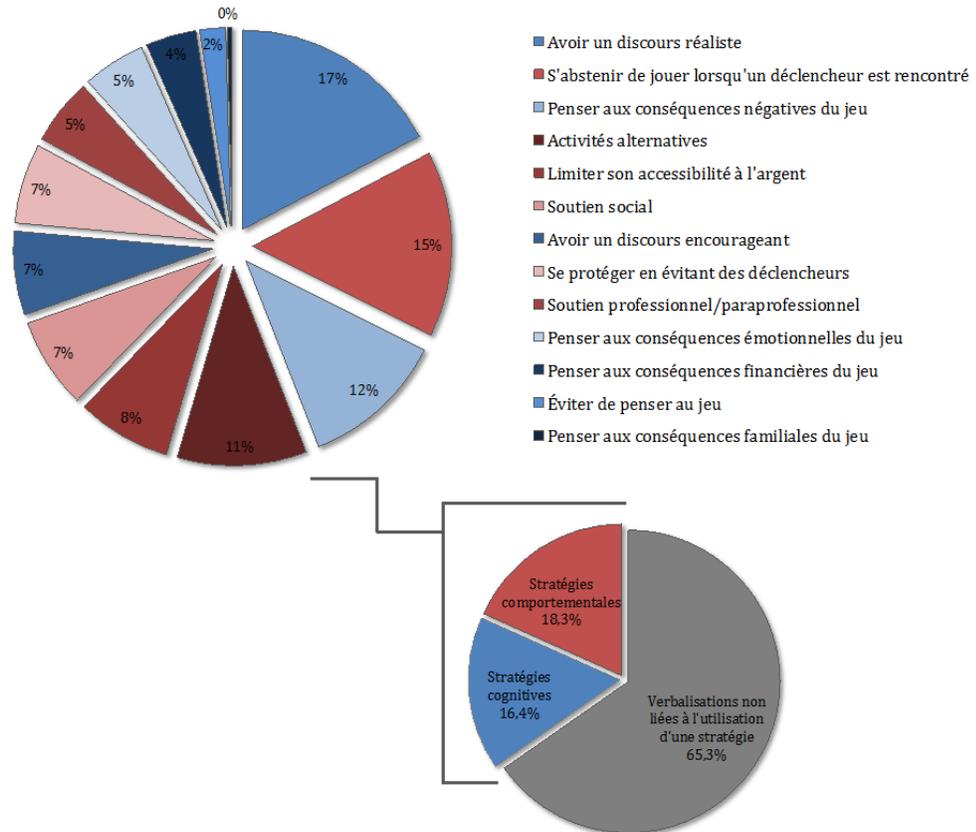
Tolchard, B. (2016). Cognitive-behavior therapy for problem gambling: a critique of current treatments and proposed new unified approach. *Journal of Mental Health*, 26(3), 1-8. <https://doi.org/10.1080/09638237.2016.1207235>.

Trudel, L., Simard, C., & Vonarx, N. (2007). La recherche qualitative est-elle nécessairement exploratoire?. *Recherches qualitatives*, 5, 38-55.

Figure

Figure 1

Pourcentage des catégories de stratégies verbalisées pour faire face aux situations à risque dans la séance en RV



Tableaux

Tableau 1

Données sociodémographiques des participants.

Numéro de participant	Sexe	Âge	Niveau scolaire complété	Revenu	Travail	État civil
P1	H	43	Secondaire	Moyen	Autre	Célibataire
P2	F	40	Cégep	Moyen	Aide sociale	Séparé
P5	F	27	DEP	Moyen	Temps plein	Conjoint de fait
P8	F	51	Cégep	Élevé	Chômage	Conjoint de fait
P9	H	37	DEP	Faible	Aide sociale	Célibataire
P10	F	64	Cégep	Moyen	Chômage	Séparé
P13	F	62	Secondaire	Faible	Invalidité	Séparé
P16	F	64	Université	Moyen	Retraite	Célibataire
P18	H	35	Primaire	Très élevé	Temps plein	Célibataire
P24	F	65	Secondaire	Moyen	Retraite	Séparé

Tableau 2

Fréquences des stratégies verbalisées par participant, leur nombre de stratégies différentes verbalisées et pourcentage de l'échantillon ayant verbalisé chaque stratégie.

	Participants										% de l'échantillon ayant verbalisé la stratégie
	P10	P8	P16	P2	P9	P1	P13	P18	P24	P5	
Stratégies comportementales											
Activité alternative	3	14	20	10	14	6	5	4	1	10	100
Se protéger en évitant des déclencheurs	7	6	17	4			4	5	3	8	80
S'abstenir de jouer lorsqu'un déclencheur est rencontré	14	27	14	33	10	6	8	2	4	7	100
Limiter son accessibilité à l'argent	16	14		16		1	5	1	6	5	80
Soutien social		22	8		18	4	2		2	5	70
Soutien professionnel/para-professionnel		20			15	2	4		4		50
Stratégies cognitives											
Penser aux conséquences financières du jeu		2		6	8		7	5	5	1	70
Penser aux conséquences émotionnelles du jeu	4	12	6		6		4	4	6		70
Penser aux conséquences familiales du jeu							2			1	20
Penser aux autres conséquences du jeu	25	4	15	18	8		5	5	10	7	90
Éviter de penser au jeu			9		1	3			2	2	50
Avoir un discours réaliste	8	13	43	18	28	4	4	10	9	6	100
Avoir un discours encourageant	15	3	22	6		3	3	1	3		80
Nombre de stratégies différentes abordé	8	11	9	8	9	8	12	9	12	10	

Tableau 3

Stratégies comportementales émergeant du discours des participants lors d'une séance de prévention de la rechute en RV

Stratégies comportementales	Description	Exemples tirés du verbatim
Activités alternatives	<ul style="list-style-type: none"> • Faire une activité pour se divertir (cinéma, théâtre, lecture, faire des emplettes, manger au restaurant, prendre un café, apprendre à jouer de la guitare) • S'engager dans une activité sportive (jouer au hockey, soccer, basket, planche à neige, marche, parachutisme, taïchi) • Faire une activité sociale avec des amis/de la famille (jeux de société, billard prendre un café, discuter avec quelqu'un) • Se reposer / Techniques de relaxation • Prier • Méditer • S'occuper/ planifier sa journée • Faire une activité pour se faire plaisir 	<ul style="list-style-type: none"> • Intervenant (I): Fait que t'aurais pas ta carte de guichet ((Toux de la participante)) Participant 8, Femme (P8F) : Là je m'en retournerais à la maison puis euh j'irais probablement prendre un café chez ma sœur. • I : Par journée. Ça ça te protège. Puis si tu as une forte envie d'aller jouer la, puis la je sais pas tu es chez toi tu ferais quoi? ? Comment tu te changerais les idées euh as-tu pensé à des moyens à mettre en place ? P5F : Bien j'ai la forte intention de commencer les sports que je faisais avant, recommencer en fait.
Se protéger en évitant des déclencheurs	<ul style="list-style-type: none"> • Éviter les endroits avec des ALV (bars, restaurants ou autres endroits de jeu) • Éviter de passer du temps avec des amis joueurs • Ne pas se tester • Faire des détours ou changer de trajet pour éviter de passer devant les endroits de jeu • Éviter de consommer de l'alcool 	<ul style="list-style-type: none"> • I : Oui oui oui... P16F : Au lieu de rentrer près du bar parce qu'il y a comme différentes entrées la, c'est peut-être rentrer par l'autre côté. • I : Oui ? P13F : Puis je l'ai déjà fait pendant un an et demi que j'ai pas joué, j'évitais tout simplement de d'aller aux endroits de passer près des endroits où j'avais joué.
S'abstenir de jouer lorsqu'un déclencheur est rencontré	<ul style="list-style-type: none"> • Quitter le bar ou l'endroit où il y a des ALV • Ne pas rentrer dans un bar avec des ALV lorsqu'il en croise un sur son chemin (faire demi-tour, s'éloigner du bar, ne pas le regarder, passer tout droit) • Éviter de s'approcher des ALV lorsqu'il est dans le bar • Éviter de passer devant un guichet automatique 	<ul style="list-style-type: none"> • I : Oui ? P13F : Je pense que c'est en voyant quasiment le guichet automatique que je déciderais de tourner de bord puis de m'en aller. • I : Qu'est ce que tu pourrais faire P1H : Bien sortir du bar, carrément sortir du bar, sortir du bar puis pas penser, pas regarder en arrière (..) c'est ça ((clic de souris)) c'est-à-dire prendre la décision de sortir du bar rentrer dans l'auto et partir de la

Limiter son accessibilité à l'argent	<ul style="list-style-type: none"> • Retirer seulement le nécessaire pour les courses • Éviter d'avoir de l'argent comptant sur soi • Éviter de retirer de l'argent près d'un bar • Payer les factures avec une carte plutôt qu'en argent comptant • Ne pas trainer sa carte de guichet ou de crédit sur soi/ Ne pas posséder de cartes • Garder le minimum nécessaire dans son compte de banque • Mettre une limite de retrait à son dossier • Gestion des finances par des proches ou une fiduciaire • Avoir des cartes cadeaux d'épicerie pour payer ses factures 	<ul style="list-style-type: none"> • I : Puis comment tu vas te protéger financièrement parce que la on a vu le guichet tantôt, puis euh...c'est l'accès à l'argent. Puis qu'est-ce que tu vas faire justement parce que toi tu disais que tu étais à pourboire fait que la tu ferais quoi avec ton pourboire ? P5F : C'est c'est ma gérante qui qui va faire ma gestion, qui va empiler tous mes pourboires puis à coup de 500 elle va me donner un chèque. Comme ça, quand je vais déposer le chèque je pourrai pas retirer comme je veux, j'ai une limite de retrait. • I : Tu retires pas ? P5F : Non.
Soutien social	<ul style="list-style-type: none"> • Appeler quelqu'un • Appeler un ami, un collègue ou un proche pour l'aider à ne pas rechuter • Éviter d'être seul (s'entourer d'amis, passer du temps avec des amis) • Parler à quelqu'un pour ventiler 	<ul style="list-style-type: none"> • I : Oui! P24F : dire euh « Regarde je suis mal pris la, j'ai envie de jouer, est-ce que je peux aller te voir? » Ça je vais me me trouver un ami. • I : Fait que tu vas être bien entouré au bar, ils sont au courant c'est ça ? P5F : Ma co-loc aussi la ça fait 2 ans qu'elle est abstinent. Elle m'a dit appelle moi n'importe quand, quand ça va pas bien.
Soutien professionnel ou paraprofessionnel	<ul style="list-style-type: none"> • Aller à un meeting de JA (Joueurs Anonymes) • Appeler un membre ou un parrain des JA • Appeler une ligne d'écoute • Avoir un suivi au centre de réadaptation • Se trouver un parrain 	<ul style="list-style-type: none"> • I : Puis la tu ferais quoi ? (..) tu ferais tu la même chose que tu m'as dit tantôt ? P8F : Probablement que oui j'irais à un meeting. • I : Ah ça pourrait être de téléphoner à quelqu'un. P13F : Je peux téléphoner à quelqu'un, jaser ou euh bien maintenant quand je vais sortir d'ici je vais aller à la GA tout ça, je vais téléphoner à quelqu'un dans mon coin qui fait partie de GA

Tableau 4

Stratégies cognitives émergeant du discours des participants lors d'une séance de prévention de la rechute en RV

Stratégies cognitives	Description	Exemples tirés du verbatim
Penser aux autres conséquences négatives du jeu	<ul style="list-style-type: none"> • Énoncé général par rapport aux conséquences négatives du jeu • Mensonges et manipulation • Perte de temps • Sentiment de perte de contrôle, incapacité de s'arrêter • Faire des choses à l'encontre d'eux-mêmes • Penser au risque possible d'un retour au jeu (fragile de perdre le contrôle, vivre une rechute, devoir recommencer à zéro) 	<ul style="list-style-type: none"> • Intervenant (I): Non c'est comme un peu une illusion c'est ça hein ? Participant 16, Femme (P16F): Ouais c'est une illusion puis tu crois que ça va amener le bonheur, que tu vas être heureuse, mais c'est le contraire. • I : Pas capable du tout du tout de partir. P13F : Non, mais ça c'est des bonnes choses à se rappeler aussi. De me rappeler toutes les fois où j'étais fatigué la, que je n'étais pas capable de m'en aller. • I : Ah allez-y. P13F : Je me disais regarde donc tout ce beau temps que j'ai perdu à aller m'enfermer là dedans à jouer sur des machines. La la je suis assis à une terrasse en train de prendre un café au beau soleil la puis tout ce temps là que j'ai perdu. Je le vois vraiment, pas juste comme une perte de temps, une perte d'argent euh pas juste comme une perte d'argent.
Penser aux conséquences financières du jeu	<ul style="list-style-type: none"> • Manque d'argent • Besoin de faire des emprunts d'argent • Perte financière importante • Dépenser de l'argent dans le jeu alors qu'il aurait besoin de cet argent pour autre chose • Se rappeler toutes les fois où il est sorti et qu'il n'avait plus d'argent • Impossibilité de faire des économies • Remise des gains gagnés • Dettes importantes 	<ul style="list-style-type: none"> • I : « Je devrais peut-être passer drette » (..) ok passer tout droit puis qu'est-ce que tu te dis aussi passer tout droit pour quelle raison passer tout droit ? P2F : Bien c'est ça c'est parce que si je m'assis la je risque de passer la beaucoup de temps dépenser beaucoup d'argent puis probablement que je vais ressortir de la encore comme d'habitude avec pu une criss de cenne. • I : Ça ça serait un bon moyen hein de penser à ces fois la puis les fois où vous avez perdu de l'argent vous aviez perdu combien les fois que vous vous rappelez ? P13F : Ah mon dieu ça c'est difficile à dire la je peux avoir perdu euh je peux avoir perdu une fois 50 dollars bien l'autre fois ça je peux aller... il y a toujours le fameux guichet ATM la.

Penser aux conséquences émotionnelles du jeu	<ul style="list-style-type: none"> • Vécu de symptômes anxieux et dépressifs en lien avec les problèmes de jeu • Déception face à soi-même • Sentiment de culpabilité • Frustration et colère envers soi-même • Sentiment de honte de devoir avouer qu'il a fait une rechute • Sentiment d'être jugé par les autres • Dévalorisation/diminution de l'estime de soi • Éviter de jouer par crainte de revivre des remords, de la culpabilité et de la honte • Tristesse d'avoir gaspillé autant de temps dans les machines à sous • Découragement 	<ul style="list-style-type: none"> • I : Là au lieu de me dire « bon je vais me contrôler sur le montant que je vais jouer », « juste un 100 », euh « si elle paye je vais miser plus », « elle va payer » tsé toutes les pensées qu'on a vu un peu ensemble, qu'est-ce que vous pourriez vous dire pour euh des pensées qui vous redonne le contrôle, votre sentiment de contrôle la. P16F : Ouais ok bien c'est de penser je vais je vais-je vais penser à, regarde comment ça ta amené quasiment à la déchéance, bien c'est gros là, mais à la dépression presque tsé. • I : Ok. P24F : Ça a commencé à descendre, je commence à me dire que (.) que je vais pleurer, puis que je vais être déçue de moi ((Voix basse)). Puis je vais dire euh toute cette belle thérapie-là que j'ai faite pour rien ((Voix émue)).
Penser aux conséquences familiales du jeu	<ul style="list-style-type: none"> • Attrister les membres de sa famille • Inquiéter les membres de sa famille • Perte d'un partenaire amoureux 	<ul style="list-style-type: none"> • I : Qu'est-ce que tu vas te dire comme conséquence ? P5F : J'ai assez perdu d'argent, j'ai assez perdu de toute que je suis même rendu au point célibataire à cause de ça fait que c'est assez la. • I : Puis de vous dire que finalement que vous avez plus de probabilités de perdre, hein finalement ? P13F : Bien c'est ça, puis dans le fond ça vaut tu la peine de faire de la peine à mes sœurs la je le sais que je ne gagnerais pas.

Avoir un discours réaliste	<ul style="list-style-type: none"> • Confrontation des pensées erronées au sujet du jeu (dépendance des tours, chance de gagner, jeu comme libérateur des états négatifs, intuition d'être capable de se contrôler, être dû pour gagner, machine qui est dû, jour de chance) • Être réaliste par rapport à ses comportements de jeu (remise des gains même s'il gagne un gros montant, difficulté à se contrôler, trop tôt pour se tester) • Utiliser son argent pour payer ses comptes, rembourser ses dettes plutôt que de l'utiliser pour jouer • S'arrêter et se questionner (Qu'est-ce que mon amie me dirait ? Qu'est-ce que je pourrais me dire ?) • Travailler pour gagner son argent • Être réaliste par rapport au remboursement de ses finances • Pensées qui lui permet de se ramener à l'ordre (p.ex., se rappeler tout le chemin parcouru jusqu'à maintenant) 	<ul style="list-style-type: none"> • I : Ok. Puis la réalité c'est quoi? P9H : C'est qu'il n'y en a pas de chanceuse. C'est le hasard la. Puis qu'il n'y en a pas une qui paye plus que l'autre ou peu importe la. • I : Ok tu vas lui demander si ça, ça payé un petit peu ? P2F : Ah je peux bien vérifier, mais de toute façon c'est comme on a dit hein ça vaut pas grand chose même si ils ont payé ils peuvent repayer comme ils peuvent aussi bien pas payer pendant X temps. • I : 60-70 puis si on regarde un peu tes pensées alternatives la qu'est ce que tu te dirais la avec ce qu'on a vu la « je vais aller mettre un petit 20 » ça te dit quoi ça ? P2F : Regarde je me dis je serais bien mieux si je serais bien mieux de revirer de bord ça va être encore repartir à zéro, ça va être tsé je veux dire, j'essaye à toutes les fois de même quand je m'arrête de jouer pendant X temps je le sais que si je mets un 20 la, même si je voudrais rien que mettre un 20, j'en suis convaincue que je m'arrêterai pas là. Ça veut dire je vais être encore sur la rechute, je vais encore retomber. • I : À 0 ? P9H : Tsé je sais que c'est le hasard la. Puis anyway c'est ça, je pourrais gagner la. Ça se peut que je gagne, ça se peut que je ne gagne pas la, mais même si je gagnais, je le remettrais. Fait que j'en suis conscient aujourd'hui tsé. Je me, je ne me vends pas l'idée que, que si je fais deux cents, je m'en vais la, parce que ça, je me suis basé longtemps, longtemps, longtemps sur cette idée la.
Avoir un discours encourageant	<ul style="list-style-type: none"> • Se convaincre de ne plus jouer en ayant des pensées encourageantes • Se parler à soi-même ou se recentrer sur soi pour s'encourager à ne pas jouer/ méditer • Se réciter la prière de la sérénité • S'imaginer ou se rappeler les bienfaits d'un arrêt de jeu • S'encourager avec de petites victoires personnelles • Être positif face à son rétablissement ou à l'avenir • Se rappeler la fierté ressentie d'être abstinent • Se récompenser de ne pas avoir jouer 	<ul style="list-style-type: none"> • I : Bien oui à tous les matins vous vous répétez ça en vous levant ? P16F : Euh presque, souvent bien je lis la feuille puis je l'accroche « ah je ne joue plus » ou euh. • I : Ok. Fait que c'est quoi que tu vas te dire dorénavant qui va t'empêcher d'y aller. P18H : Bien je vais me dire dorénavant que je mérite mieux que ça puis la vie est bien plus belle que d'être enfermé dans une taverne. • I : Autre chose que vous voyez qui pourrait vous aider aussi à vous redonner justement le contrôle sur votre goût de jouer quand vous passez devant vos bars favoris la ? P13F : ((..)) Bien de me dire bien la la ça fait tant de temps-là que je suis abstinent je suis tellement fière de ça, je n'ai pas envie de gâcher ça

Éviter de penser
au jeu

- Technique du 4 secondes (ne pas penser positivement au jeu plus de 4 secondes)
 - Ne pas penser au jeu
 - Ne pas regarder les machines à sous, rester concentré à sa tâche
 - S'imaginer un arrêt « STOP » (avoir l'image du «STOP» en tête)
- I : Mais est-ce que tu te rappelles que, tser, en les voyant qu'est-ce tu te disais qui te donnait le goût de jouer? P24F : C'est ça, j'ai pas intérêt à les regarder, tser, elles sont, quand je danse la, elles sont en arrière.
 - I : Oui hein le 4 secondes hein c'est de de pas penser positivement au jeu plus que 4 secondes... P16F : Ouais c'est ça ouais c'est ça pas plus que 4 secondes.
 - I : Puis advenant la que tu sois resté pareil la ok, la tes chums te disent ah c'est, puis tu vas voir c'est un bar, il est agréable là on va juste jouer les machines regarde on va te faire changer les idées il n'y aura pas de problèmes. Puis la tu décides que tu t'en vas aux toilettes parce que la tu as envie tu avais oublié d'y aller, la approches des machines. Tu as envie la, ok. Ouin la tu as envie, mais regardes à gauche. Tu viens de voir qu'il y a une machine de libre (...) tu fais quoi ? P5F : Bien je m'en allais aux toilettes.
-

Conclusion générale

Le présent mémoire visait à explorer les différentes manières dont les joueurs s'y prennent pour vaincre ou mieux gérer leur désir de jouer lorsqu'ils sont confrontés à des situations à risque. L'objectif de cette étude était d'identifier et classer les types de stratégies qui émergent du discours des joueurs lors d'une séance de prévention de la rechute d'une TCC en RV. L'article empirique inclus dans ce mémoire permet de soulever toute la gamme de stratégies de prévention de la rechute utilisée par les joueurs lors d'une séance de prévention de la rechute en RV. Les résultats révèlent une diversité de stratégies comportementales et cognitives, habituellement retrouvée dans les TCC (Littman-Sharp, 2001; Morasco et al., 2007; Rodda et al., 2017, 2018).

Premièrement, certaines stratégies cognitives soulevées dans les études antérieures (Littman-Sharp, 2001; Morasco et al., 2007; Rodda et al., 2018) comme le fait de déceler les pensées erronées au sujet du jeu, de penser aux conséquences négatives du jeu, ou se rappeler les conséquences positives liées au fait de ne pas jouer ont également été énoncées par les joueurs qui prenaient part à une séance de prévention de la rechute en RV. Cette étude vient donc supporter ce qui a été soulevé dans la littérature puisqu'une variété de stratégies cognitives se voit nommée par les participants. Certaines études (Hing, Nuske, & Gainsbury, 2011; Morasco et al., 2007) suggèrent d'ailleurs que les joueurs ont davantage de difficulté à intégrer des stratégies cognitives, mais il est intéressant de voir que les joueurs de la présente étude énoncent spontanément des stratégies cognitives et que celles-ci semblent bien élaborées. En effet, les joueurs de l'étude étaient portés à adopter un discours réaliste ou encourageant, à penser aux conséquences négatives du jeu ainsi qu'à éviter de penser au jeu. Les résultats concordent avec ceux de Morasco et al. (2007) suggérant plusieurs niveaux de stratégies où certaines semblent plus évoluées que d'autres. En effet, à mesure que les joueurs progressent dans leur traitement, mieux ils comprennent les antécédents de leurs difficultés ainsi que les conséquences de leurs comportements de jeu, ce qui les amène à développer des stratégies plus évoluées pour faire face aux situations à risque et pallier leur désir de jouer (Morasco et al., 2007). Il aurait été intéressant de comparer les stratégies nommées à la dernière rencontre de traitement (la

prévention de la rechute) aux stratégies en début de thérapie pour voir si chez les participants de l'étude il y avait également une évolution. Les rencontres précédentes en RV ne visaient cependant pas à générer des stratégies, mais à identifier les situations et pensées à risque (rencontre en RV 1) et à restructurer les pensées (rencontres en RV 2 et 3). Il est cependant possible d'analyser le niveau de complexité des stratégies envisagées.

D'abord, le fait de déceler ses pensées erronées au sujet du jeu et d'avoir un discours réaliste pourrait être une stratégie plus évoluée que celle d'avoir un discours encourageant comprenant des pensées positives face à l'avenir ou au rétablissement. Wood, Perunovic & Lee (2009) définissent les pensées positives comme des pensées qui visent à changer les attitudes d'une personne vis-à-vis elle-même ou en regard d'une situation spécifique. Malgré le fait que les pensées positives soient socialement encouragées et souvent perçues comme une manière d'améliorer l'humeur et l'estime de soi, leur efficacité n'a jamais été démontrée selon Wood et al. (2009). Ils suggèrent même que les pensées positives peuvent être nuisibles chez les individus ayant une faible estime d'eux-mêmes où l'absence de changements positifs sur leur état, malgré les tentatives d'avoir des pensées positives, pourrait ajouter une déception supplémentaire au fait de ne pas se sentir mieux (Wood et al., 2009). Il est possible de croire qu'un sentiment d'échec ou de culpabilité pourrait également s'ajouter au fait de ne pas être en mesure de se projeter positivement dans l'avenir, ajoutant ainsi un poids supplémentaire à leur estime d'eux-mêmes déjà fragile. Somme toute, avoir un discours encourageant peut être bénéfique pour certains ayant une meilleure perception d'eux-mêmes et de leur valeur (Wood et al., 2009), mais il serait nécessaire d'être vigilant de l'impact qu'un tel discours pourrait avoir sur les joueurs pathologiques puisqu'il a été démontré dans plusieurs études que le jeu problématique s'accompagnait d'une fragilité au plan de l'estime de soi (Ho, 2017; Sencartier, Edgerton & Roberts, 2018; Volberg, Reitzes & Boles, 1997). De plus, le fait d'avoir un discours encourageant peut être réconfortant pour l'individu, mais l'utilisation de cette stratégie peut également avoir pour effet de minimiser l'ampleur des problèmes de jeu ou sous-estimer le risque réel, ce qui ne permet pas à l'individu de bien se préparer aux situations à risque pour éviter les rechutes. Bref, tel que vu dans plusieurs études portant sur les troubles anxieux, il est nécessaire d'avoir un discours réaliste et d'affronter ses difficultés pour

pouvoir les surmonter (Dugas, Ladouceur, Brillon, Savard & Turcotte, 2013; Podina, Cosmoiu, Rusu, & Chivu, 2020)

L'utilisation importante de la stratégie *avoir un discours réaliste* au sein de l'échantillon laisse supposer que les joueurs ont intégré les concepts présentés dans le cadre de la thérapie. L'émergence importante de cette stratégie a pu être influencée par plusieurs éléments. Premièrement, l'exposition en RV génère un désir de jouer chez le joueur où celui-ci verbalise davantage de pensées erronées associées au jeu (Bouchard et al., 2017; Chrétien et al., 2017; Sévigny & Ladouceur, 2003). Cette verbalisation plus importante de pensées erronées pourrait donc permettre au joueur d'en prendre davantage conscience et de les corriger. Deuxièmement, l'exploration et la confrontation des pensées erronées de la part des intervenants dans les sessions précédentes en RV pourraient également expliquer cette utilisation importante. En effet, l'objectif premier des deux rencontres précédant cette séance de prévention de la rechute était de faire de la restructuration cognitive pour travailler les pensées erronées du joueur en RV. Les joueurs semblent donc avoir poursuivi leur travail cognitif dans la même logique que les rencontres précédentes. Ainsi, il est préférable pour la réussite du traitement que les joueurs aient choisi de corriger leurs perceptions erronées en nommant une pensée plus réaliste et fonctionnelle puisqu'un joueur abstinent qui maintient des pensées erronées au sujet du jeu est plus à risque de rechuter (Chrétien et al., 2017). Certains auteurs suggèrent également que de se concentrer d'abord sur le travail cognitif pourrait être une stratégie plus efficace que de se concentrer sur les solutions comportementales étant donné que les pensées erronées prédisent fortement les comportements de jeu (Yakovenko et al., 2016). Il est donc possible que le travail des intervenants ait favorisé la verbalisation de la stratégie *avoir un discours réaliste* chez les participants en poursuivant le travail de restructuration cognitive déjà entamé depuis les premières séances. Cependant, cette stratégie continuera-t-elle d'être utilisée par les participants une fois la thérapie terminée? Seul un suivi auprès des participants permettrait de répondre à cette question et de savoir si cette stratégie sera adoptée par les participants après la thérapie.

Ensuite, la stratégie cognitive d'*éviter de penser au jeu* comprend une technique

spécifique d'arrêt de la pensée qui ne semble pas avoir été documentée dans les études antérieures portant sur le jeu (Ladouceur, Sylvain et al., 2000; Littman-Sharp, 2001; Morasco et al., 2007; Rodda et al., 2017, 2018). Cette technique consiste à ne pas penser positivement au jeu plus de 4 secondes de sorte à freiner le désir de jouer du joueur. Par contre, il n'était pas précisé ce que les participants faisaient pendant ce temps, ni même par quoi ils pouvaient remplacer leurs pensées positives. Il est possible que l'utilisation de cette stratégie soit encouragée et enseignée dans les centres d'hébergement de thérapie fermée et qu'elle soit spécifique à ce contexte. En effet, les techniques d'arrêt de la pensée ont longtemps été privilégiées chez les individus ayant une propension à la rumination pour les aider à freiner leurs pensées envahissantes et les aider à reprendre le dessus sur leurs inquiétudes, toutefois leur efficacité n'a jamais été validée empiriquement (Dantin, 2005). Cette technique de distraction mentale peut permettre un temps d'arrêt où le joueur peut se recentrer sur lui-même et faire consciemment le choix de ne pas penser au jeu pour diminuer son désir de jouer. Par contre, il aurait été intéressant que les intervenants explorent par quoi ces pensées positives liées au jeu peuvent être remplacées ou bien qu'ils explorent la manière dont ils peuvent mettre cette stratégie en place. Doivent-ils combiner cette stratégie à des exercices de respiration pleine conscience ou bien la remplacer par une autre stratégie cognitive ? Il serait également intéressant de se questionner à savoir si cette stratégie à elle seule peut être réellement efficace pour le joueur. En effet comme il l'a été soulevé dans plusieurs études s'intéressant au maintien des troubles anxieux, le fait de ne pas vouloir penser à quelque chose peut, au contraire, accentuer cette pensée et les émotions qui s'y rattachent (Dugas et al., 2013; Sauteraud, 2005). Il serait donc possible de croire qu'un joueur qui tente de ne pas penser aux ALV pourrait davantage être porté à y penser et ressentir un désir de jouer. Cette stratégie pourrait se rapprocher d'une neutralisation de la pensée, c'est-à-dire tout comportement ou pensée ayant pour but de diminuer l'anxiété dans une situation d'exposition. Par contre, tel que vu dans les études portant sur l'anxiété, la neutralisation pourrait permettre de diminuer l'anxiété à court terme, mais ne permettrait pas au joueur d'apprendre qu'ils sont capables de faire face aux situations à risque, que ces pensées ne sont pas dangereuses et que l'envie de jouer finit par diminuer après un certain temps (Dugas et al., 2013).

D'autre part, une diversité de conséquences financières, émotionnelles et familiales a été soulevée par les joueurs lorsqu'il était question de penser aux conséquences négatives du jeu pour gérer leur désir de jouer. Le fait de penser aux conséquences négatives du jeu a été bien documenté dans la littérature (Hodgins & el-Guebaly, 2000 ; Littman-Sharp, 2001; Moore, Thomas, Kyrios & Bates, 2012; Morasco et al., 2007; Rodda et al., 2017, 2018) et ces résultats sont cohérents avec ceux de Hodgins et el-Guebaly (2000) indiquant que l'une des stratégies cognitives les plus fréquemment utilisées pour arrêter ou diminuer les comportements de jeu est de penser aux aspects négatifs ou les conséquences futures possibles du jeu. Puisque c'est par l'accumulation de conséquences négatives qu'un problème de jeu est identifié (APA, 2013), il est possible que le fait de penser aux conséquences négatives du jeu vienne naturellement à l'esprit des joueurs pour les aider à gérer leur envie de jouer. De plus, Rodda et al. (2018) montrent que le fait de penser aux conséquences négatives du jeu est l'une des stratégies de changement les plus fréquemment utilisées pour aider les individus à se remettre d'un problème de jeu. Toutefois, peu d'études se sont intéressées à l'efficacité des stratégies utilisées. Il serait donc intéressant de savoir si cette stratégie est réellement efficace pour cesser ou modifier les comportements de jeu des joueurs. En effet, cette stratégie pourrait être à double tranchant puisque le fait de penser à ses dettes de jeu pourrait, par exemple, amener la personne à vouloir se refaire en rejouant pour tenter de récupérer l'argent perdu. Également, comme Miller et Thomas (2017) l'ont souligné dans leur étude, le sentiment de honte et de culpabilité que les joueurs peuvent ressentir à l'égard de leur comportement de jeu pourrait contribuer au problème de jeu. En effet, le fait de se rappeler les conséquences négatives du jeu pour s'empêcher de jouer pourrait avoir un effet inverse, où le joueur pourrait être tenté de jouer pour se soulager du sentiment de honte ou de culpabilité que lui ferait vivre le rappel de ces conséquences. De plus, il est possible que les joueurs ne soient pas devenus des joueurs pathologiques si cette stratégie avait fonctionné. En ce sens, puisque l'accumulation de conséquences négatives du jeu est souvent utilisée comme une motivation à changer ou à entrer en traitement (Prochaska, Diclemente & Norcross, 1992), il serait intéressant de se questionner à savoir s'il ne s'agit pas plutôt d'une stratégie qui motive à prendre des actions pour arrêter de jouer plutôt qu'une stratégie qui permet de freiner le désir de jouer.

Ensuite, pour ce qui est des stratégies comportementales, les résultats permettent de mettre en lumière la grande utilisation de la stratégie d'évitement lorsque les joueurs sont confrontés à des situations à risque de la RV. Il semble que l'évitement de l'environnement de bar soit une solution-clé pour les participants. Toutefois, l'évitement des situations à risque ne permet pas d'outiller le joueur à faire face à ces situations ou de l'aider à tolérer la présence des ALV. Il pourrait donc être intéressant de travailler l'exposition de manière différente. L'exposition répétée permet de briser le lien automatique (désir de jouer) qui s'est créé entre un stimulus (voir un ALV) et le comportement problématique comme de jouer au ALV (Eraldi-Gackiere & Graziani, 2007; Tolchard, 2016, Tompson & Spencer, 1966). Selon Tolchard (2016), l'exposition encourage la personne à s'exposer à des stimuli de jeu et à rester dans cette situation jusqu'à ce que le désir de jouer diminue. L'un des buts de l'exposition peut donc être d'augmenter la perception d'efficacité personnelle du joueur à se contrôler et à résister à une occasion de jouer (Echeburua et al., 1996). Toutefois, Bouchard et al. (2017) utilisent la RV pour mettre de l'avant des situations à risque et solliciter des croyances erronées au sujet du jeu, afin, entre autres, de les corriger, plutôt que d'axer l'exposition sur le désir de jouer et travailler à le tolérer pour augmenter la perception d'efficacité personnelle. En effet, l'idée d'être confronté à un ALV n'est pas une expérience souhaitée par les joueurs de la présente étude et leur intention d'éviter ce type d'endroits se voit nommée lors de la séance de prévention de la rechute en RV. Par conséquent, puisque l'accent était mis sur le travail cognitif, à chaud, alors que le joueur expérimente un désir de jouer, une discussion entourant le fait que le désir de jouer peut naturellement diminuer par lui-même lorsqu'on s'y expose de manière répétée, n'a probablement pas été abordée directement. Il pourrait ainsi être intéressant de travailler l'exposition en RV de façon différente afin que le joueur apprenne à tolérer son désir de jouer en présence d'ALV. Une façon d'optimiser l'exposition consisterait à favoriser l'apprentissage inhibitoire auprès des joueurs (Grillon, 2008; Wolpe, 1958). En effet, vu l'accessibilité facile et rapide aux ALV dans plusieurs lieux publics (bar, restaurant, casino, salon de quille), il est facile de tomber sur un ALV malgré le souhait premier de vouloir les éviter ou de ne pas y être confronté. Pouvoir rester en contrôle en leur présence est un élément important sur lequel les joueurs pourraient travailler (Thériault et al., 2015). Plus le joueur sera exposé à un environnement de bar sans jouer aux ALV, plus son désir de jouer

s'estompera au fil du temps, ce qui lui permettra de prévenir les rechutes en ayant une meilleure perception d'efficacité personnelle en présence d'ALV (Bandura, 1997; Echeburua et al., 2000; Eraldi- Gackiere & Graziani, 2007; Thompson & Spencer, 1966). Ainsi, des interventions visant à encourager le joueur à rester dans l'environnement de bar malgré le fort désir de jouer pourraient permettre d'optimiser l'exposition, comme en anxiété, où l'apprentissage inhibitoire est favorisé (Grillon, 2008; Tolchard, 2016; Wolpe, 1958).

D'autre part, certaines stratégies soulevées dans les études antérieures (Littman-Sharp, 2001; Morasco et al., 2007; Rodda et al., 2017, 2018) n'ont pas été abordées par les participants dans la RV telles que d'établir des objectifs à long terme ou se dire que l'envie passera. Ce résultat permet de soulever l'hypothèse comme quoi la RV vise davantage l'utilisation de stratégie à court terme tel que l'évitement plutôt que l'élaboration de stratégies à long terme comme l'établissement d'objectifs futurs. L'étude ne permettant pas de répondre à cette hypothèse, seule une étude future comparant la RV à une modalité de traitement différente permettrait d'y répondre. De plus, Bouchard et al. (2017) utilisent la RV pour solliciter des croyances erronées au sujet du jeu et tenter de les travailler, plutôt que de mettre l'accent sur l'exposition et la tolérance au désir de jouer. Par conséquent, cette façon de travailler, pourrait expliquer la raison pour laquelle se dire que l'envie passera n'a pas été soulevé dans le cadre des séances de prévention de la rechute en RV. De plus, Hing et al. (2011) suggèrent que les stratégies utilisées par les joueurs peuvent différer selon la gravité de leurs problèmes de jeu où les joueurs en traitement sont portés à utiliser davantage l'évitement que d'autres types de stratégies. Il est donc possible que les joueurs de la présente étude, qui participent à une thérapie fermée, soient plus fragiles et moins enclins à se placer dans une situation qui pourrait les mettre à risque de rechute.

Il est également intéressant de soulever certaines différences entre les stratégies verbalisées par les joueurs lors d'une séance de prévention de la rechute en RV et celles suggérées dans certains outils de recherche. En effet, en se référant au questionnaire utilisé dans l'étude de Rodda et al. (2018), *The Change Strategy Questionnaire-Version 1(CSQ-1)*, la majorité des stratégies de cet outil se voit nommé par les joueurs qui prennent part à une

séance de prévention de la rechute en RV. Par contre, certaines d'entre elles n'ont pas été soulevées telles que les stratégies liées au contrôle du jeu (p.ex., prendre des pauses pendant le jeu, fixer une limite de dépenses pour le jeu, etc.). Ces résultats suggèrent que le but des joueurs en traitement visait davantage l'abstinence plutôt que des comportements de jeu responsable. En effet, les joueurs qui sortent d'une thérapie fermée ne semblent pas enclins à vouloir tester leur perception de contrôle. Plusieurs participants ont mentionné ne pas se sentir prêts à retourner dans un environnement de jeu par peur d'être trop tentés et de rechuter. Il est donc possible que les joueurs de l'étude ne soient pas encore rendus à l'étape de retourner au jeu et d'avoir des comportements de jeu responsable, et peut-être qu'ils ne le désirent pas non plus. De plus, bien que l'immersion en RV ne permette pas au joueur de jouer à un ALV, ces stratégies liées au contrôle du jeu seraient peut-être nommées par les participants si on leur donnait la possibilité d'y jouer. De plus, le questionnaire utilisé dans l'étude de Rodda et al. (2018) suggère une catégorie de stratégie liée au bien-être pour limiter ou réduire les comportements de jeu, qui n'a pas été soulevée dans la présente étude (p.ex., avoir une alimentation saine, essayer des méthodes pour améliorer le sommeil, exprimer ses émotions sans causer du tort aux autres, etc.). Ce résultat pourrait s'expliquer par le fait qu'il s'agit davantage de stratégies préventives liées aux saines habitudes de vie, qui bien souvent doivent être mise en place en amont, bien avant que le joueur se retrouve dans un environnement de bar. Il est possible que les joueurs qui prennent part à une séance de prévention de la rechute en RV, qui se retrouvent face avec à un ALV, soient spontanément portés à nommer des stratégies de dernier recours, pour les aider à diminuer rapidement leur envie de jouer. Il est également surprenant que les stratégies liées à la gestion émotionnelle ne se retrouvent pas dans les verbatim des participants puisque les comportements de dépendance comme les comportements de jeu problématiques sont souvent conceptualisés comme le symptôme d'une difficulté de régulation émotionnelle (Cooper, 1994; Shead, Callan & Hodgins, 2008). Il est toutefois possible que des stratégies liées au bien-être ou à la régulation émotionnelle aient été discutées avec les participants à un autre moment dans le cadre de la thérapie fermée, en dehors de l'immersion en RV. Mais, en cas contraire, des enseignements sur la gestion des émotions et l'importance d'avoir de saines habitudes de vie pourraient être ajoutés et travaillés avec le participant. En effet, la RV comprend des

éléments intéressants qui pourraient encourager l'apprentissage de certaines stratégies soulevées par Rodda et al. (2018), telles que celle d'exprimer ses émotions sans causer de tort aux autres. Par exemple, lorsque les participants sont immergés dans l'environnement de RV, il est possible de voir un homme qui se met en colère devant les ALV suite à une possible perte financière. Par conséquent, cet élément pourrait être utilisé de façon spécifique pour introduire et enseigner des techniques de gestion de la colère pour aider les participants à mieux gérer les émotions négatives qui agissent souvent à titre de déclencheur des comportements de jeu (Ladouceur, Sylvain et al., 2000; Littman-Sharp, 2001; Morasco et al., 2007). Une autre avenue pourrait être de ne pas compléter entièrement les sept étapes du circuit et faire le choix, par exemple, de rester devant le bar et travailler des stratégies pour ne pas y entrer. L'intégration d'enseignements psychoéducatifs quant aux bienfaits d'une saine alimentation et d'une saine hygiène de sommeil pourrait alors être introduite à ce moment afin d'aider les joueurs à ne pas céder à la tentation d'entrer dans le bar. Il n'est toutefois pas possible de savoir si ses stratégies seront efficaces pour les joueurs, mais considérant l'importance de diversifier les stratégies pour prévenir les rechutes (Littman-Sharp, 2001; Moser & Annis, 1996; Morasco et al., 2007), ces enseignements pourraient ajouter une corde de plus à leur arc.

Dans un autre ordre d'idée, les résultats de la présente étude permettent de soulever certaines réflexions quant au travail des intervenants. D'abord, les résultats suggèrent une fréquence quasi équivalente entre le nombre de stratégies cognitives et comportementales verbalisées pendant la séance, ce qui constitue un premier pas intéressant quant à l'influence possible de la condition en RV sur la variété des stratégies utilisées par les joueurs. Par contre, ces résultats doivent être mis en contexte avec la procédure et les interventions réalisées dans le cadre de la séance d'exposition en RV (Bouchard, Loranger & Robillard, 2013). En effet, les intervenants questionnaient les joueurs de l'étude en soulevant le rôle des cognitions et comportements dans les stratégies possibles, selon la situation à risque travaillée (p.ex., qu'est-ce que tu pourrais te dire? qu'est-ce que tu pourrais faire ?). Puisque les questions orientaient implicitement le joueur vers un comportement ou une pensée, il est possible que les intervenants aient cherché à balancer, volontairement ou non, les stratégies cognitives et comportementales et que ces

interventions aient pu participer à l'émergence de stratégies cognitives et comportementales presque équivalentes. D'un point de vue clinique, cette façon d'intervenir est idéale puisque les joueurs pathologiques sont moins à risque de rechute lorsqu'ils utilisent une variété de stratégies comportementales et cognitives (Littman-Sharp, 2001; Moser & Annis, 1996; Morasco et al., 2007). De plus, il existe des évidences claires comme quoi les stratégies de prévention de la rechute enseignées lors d'un traitement garantissent le maintien des gains thérapeutiques une fois la thérapie terminée (Tolchard, 2016; Tolchard & Battersby, 2014).

D'autre part, une séance de prévention de la rechute habituelle comprend généralement plusieurs éléments pour préparer les joueurs à faire face aux défis du quotidien : une identification des situations à haut risque, une identification des pensées erronées qui sont associées à ces situations, aider les joueurs à se doter de stratégies efficaces pour surmonter leur désir de jouer et éviter les rechutes, et finalement une description des échecs passés (Echeburua et al., 2000; Ladouceur et al., 2001; Marlatt & Donovan, 2008). Les résultats de la présente étude ont permis de montrer que plusieurs de ces éléments ont été discutés avec les joueurs. D'ailleurs, les intervenants ne s'en tenaient pas uniquement à la situation à risque de l'environnement de bar pour pratiquer les stratégies de prévention de la rechute. En effet, ils utilisaient des situations à risque de la vie de tous les jours pour créer un désir de jouer chez le joueur (lorsqu'il s'ennuie/se sent seul, qu'il a vécu une contrainte dans la journée, quand il a ses pourboires dans ses poches, etc.). Cette simulation plus large des situations à risque suggère que plusieurs situations du quotidien ont pu être pratiquées dans la séance en RV en plus des situations à risque spécifiques à un contexte de bar. Toutefois, la description des échecs passés n'est pas un élément qui semble avoir été discuté dans le cadre de cette séance de prévention de la rechute en RV. Cependant, cet élément a peut-être été discuté à un autre moment pendant le traitement, en dehors des 20 minutes d'exposition en RV, mais il serait important de s'assurer que cet élément soit discuté afin que les participants ne reproduisent pas les mêmes erreurs du passé. De plus, il est intéressant de voir que les intervenants questionnaient également la faisabilité des stratégies nommées par les joueurs :

I : [...] Puis si tu as une forte envie d'aller jouer la, puis la je sais pas tu es chez toi tu ferais quoi ? Comment tu te changerais les idées euh as-tu pensé à des moyens à mettre en place ?

P5 : Bien j'ai la forte intention de commencer les sports que je faisais avant, recommencer en fait.

I : Ok.

P5 : Sports que j'aime, bien d'aller marcher, je me compte des histoires ça ne marchera pas ça.

I : Ça marchera pas ça.

P5 : Je vais jouer au soccer, jouer au basket, refaire du snow ça va être de bouger la.

I : Ça tu aimais ça jouer au soccer ?

P5 : Ouais.

I : Puis as-tu l'occasion exemple...

P5 : Oui oui...

I : D'y aller assez régulièrement ?

P5 : J'ai des amis qui jouent, c'est moi qui a débarqué de l'équipe la.

I : Parfait. La tu vas rembarquer dans une équipe cet été ?

P5 : Ouais.

Par conséquent, comme plusieurs auteurs le recommandent, cette façon d'intervenir est encouragée puisqu'elle permet d'augmenter les chances que les clients s'outillent de stratégies efficaces, mais surtout faisables pour surmonter leur désir de jouer et éviter les rechutes (Echeburua et al., 2000; Ladouceur et al., 2001; Marlatt & Donovan, 2008). Toutefois, il aurait été intéressant que l'intervenante explore davantage l'impression première de la participante que l'activité alternative d'aller marcher ne fonctionnerait pas pour elle. En effet, le fait de mettre des mots sur cette impression pourrait aider la cliente à pousser ses réflexions et mieux comprendre ce qui rend cette stratégie inefficace pour elle. Cette stratégie a-t-elle, sans succès, déjà été utilisée par le passé ? S'agit-il d'une activité

alternative qui ne concorde pas avec les intérêts de la participante ? Cette discussion aurait pu permettre de mettre des mots sur les ingrédients actifs ou inactifs d'une diminution des comportements de jeu ainsi qu'aider la participante à mieux se comprendre pour éviter les erreurs du passé. En résumé, la majorité des éléments devant être abordés dans une séance de prévention de la rechute semblent avoir été travaillés et amenés par les intervenants de l'étude, mais il serait intéressant dans une étude future d'explorer cet aspect en notant comment certaines interventions pourraient être améliorées.

En plus d'ouvrir la discussion sur l'influence possible de l'exposition en RV pour permettre de générer un éventail de stratégies variées pour réduire les comportements de jeu des joueurs, les résultats du présent mémoire soulèvent des pistes de réflexion et des questionnements qui permettront d'alimenter les recherches futures en JHA. D'ailleurs, à partir des résultats de la présente étude, il est impossible de se positionner quant au lien de causalité possible entre la condition en RV et l'émergence de stratégies variées et diversifiées. Seule une étude comparative permettant de comparer les stratégies retrouvées dans la condition en RV avec une condition contrôle permettrait de confirmer ou infirmer cette hypothèse. De plus, le nombre et la diversité des stratégies utilisées par les individus semblent être des éléments importants à considérer pour prévenir les rechutes (Littman-Sharp, 2001; Morasco et al., 2007; Moser & Annis, 1996) et les résultats de la présente étude permettent de mettre en lumière qu'une séance de prévention de la rechute en RV permet de répondre positivement à ces deux éléments. Par contre, des études subséquentes seraient nécessaires pour voir si les joueurs maintiennent l'utilisation de ces stratégies et les appliquent dans leur vie de tous les jours pour prévenir les rechutes. Des résultats en faveur de ces hypothèses ajouteraient un poids supplémentaire à la pertinence et aux avantages d'utiliser la RV pour prévenir les rechutes. Dans le cas inverse, il pourrait être intéressant de s'attarder aux barrières ayant fait obstacle à l'utilisation ou la mise en place de ses stratégies dans le quotidien de la personne. D'ailleurs Rodda et al. (2017) se sont intéressés aux différents problèmes de mise en œuvre de stratégies utilisées pour limiter ou réduire les comportements de jeu et quatre thèmes ont été identifiés : une inadéquation entre le besoin et le choix de la stratégie qui est utilisée; l'importance et la facilité de la stratégie par rapport au coût de mise en œuvre; les transitions médiocres ou les imprévus qui surviennent entre les stratégies ainsi que l'absence d'une évaluation quant à l'utilité de la stratégie qui

entraîne un abandon prématuré ou une application prolongée qui est inutile. En bref, ces pistes de réflexion pourraient être des avenues importantes à considérer pour les recherches futures. Ensuite, comme Rodda et al. (2017) le soulignent dans leur étude, il est nécessaire de savoir la nature exacte des stratégies utilisées par les joueurs pour se pencher sur la question d'utilité ou d'efficacité des stratégies utilisées. La présente étude a donc permis de réaliser l'une des premières étapes à cette recommandation, soit celle de soulever et préciser l'éventail de stratégies abordées par les joueurs qui prennent part à une séance de prévention de la rechute en RV. Il pourrait être intéressant que des études qualitatives ou autres se penchent sur la question de l'utilisation et de l'efficacité des stratégies une fois la thérapie terminée. En effet, il serait intéressant de faire un suivi auprès des participants afin de voir, en rétrospective, si les stratégies, préalablement abordées, ont été utilisées par le joueur, de quelle manière elles ont été mises en application et si elles ont finalement été efficaces pour le joueur. De tels résultats permettraient de bonifier les traitements actuels en enseignant aux joueurs des stratégies de prévention de la rechute efficaces pour mieux maîtriser leur désir de jouer et les aider à prévenir les rechutes.

En conclusion, ce mémoire a permis de documenter la manière dont les joueurs s'y prennent pour réduire ou cesser leurs comportements de jeu lorsqu'ils prennent part à une séance de prévention de la rechute en RV. D'ailleurs, la présente étude est la première à identifier les stratégies de prévention de la rechute dans un tel contexte. Elle permet de mettre en lumière qu'une diversité des stratégies comportementales et cognitives est nommée par les participants qui prennent part à cette séance, ce qui appuie le potentiel de la RV en prévention de la rechute. De plus, les différentes réflexions incluses dans ce mémoire fournissent des pistes intéressantes quant aux éléments à ajouter ou à travailler dans le cadre d'une séance de prévention de la rechute en RV et permettent de fournir des pistes intéressantes pour les recherches futures. Ces différentes réflexions pourraient permettre d'améliorer les traitements actuels de sorte à diminuer les taux de rechutes auprès d'une clientèle de joueurs pathologiques.

Bibliographie

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5* (5e éd.). Arlington, VA : American Psychiatric Publishing
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W. H. Freeman and Co.
- Barrault, S., & Varescon, I. (2012). Cognitive distortions and gambling behavior : State of the question. *Psychologie française*, 57(1), 17-29. doi:10.1016/j.psfr.2012.01.002
- Blais, M., & Martineau, S. (2006). L'analyse inductive générale : Description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Recherches qualitatives*, 26(2), 1–18. Repéré à [http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/edition_reguliere/numero26\(2\)/blais_et_martineau_final2.pdf](http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/edition_reguliere/numero26(2)/blais_et_martineau_final2.pdf)
- Bouchard, S., Loranger, C., Fournier, P. M., Fortin Gagnon, É., Jacques, C. Giroux, I., ... Poirier, L. (2013). *Guide d'utilisation des environnements virtuels pour les problèmes de jeu pathologique (version 1.5)*. Laboratoire de Cyberpsychologie de l'UQO, Gatineau, Québec.
- Bouchard, S., Loranger, C., & Robillard, G. (2013). *Manuel de traitement en réalité virtuelle pour les problèmes de jeu pathologique (version 2.0)*. Laboratoire de Cyberpsychologie de l'Université du Québec en Outaouais (UQO), Gatineau, Québec.
- Bouchard, S., Robillard, G., Giroux, I., Jacques, C., Loranger, C., St-Pierre, M., ... Goulet, A. (2017). Using Virtual reality in the Treatment of gambling Disorder: The Development of a new Tool for cognitive Behavior Therapy. *Frontiers in Psychiatry*, 8(27). doi:10.3389/fpsyt.2017.00027
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>.
- Bujold, A., Ladouceur, R., Sylvain, C., & Boisvert, J. M. (1994). Treatment of pathological gamblers: An experimental study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 25(4), 275-282. doi:10.1016/0005-7916(94)90035-3
- Casey, L. M., Oei, T. P., Melville, K. M., Bourke, E., & Newcombe, P. A. (2008). Measuring self-efficacy in gambling: The gambling refusal self-efficacy questionnaire. *Journal of Gambling Studies*, 24(2), 229-246. doi:10.1007/s10899-007-9076-2.
- Chrétien, M., Giroux, I., Goulet, A., Jacques, C., & Bouchard, S. (2017). Cognitive restructuring of gambling-related thoughts: A systematic review. *Addictive Behaviors*, 75, 108-121. doi:10.1016/j.addbeh.2017.07.001.
- Chrétien, M., Giroux, I., Goulet, A., Jacques, C., & Bouchard, S. (2018). Using virtual reality to elicit dysfunctional thoughts in individuals with gambling disorder. *Journal of Gambling Issues*, 38, 169-189. <https://doi.org/10.4309/jgi.2018.38.9>.
- Chevalier, S., & Allard, D. (2001). *Pour une perspective de santé publique des jeux de hasard et d'argent*. Repéré sur le site de l'Institut national de santé publique du Québec : <https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/054-PerspectiveJeuxHasard.pdf>
- Chou, K., & 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(11), 1289-1297.

doi:10.1093/aje/kwr017

- Collier, R. (2008). Gambling treatment options: a roll of the dice. *CMAJ : Canadian Medical Association Journal*, 179(2), 127–128. <https://doi.org/10.1503/cmaj.080959>.
- Cooper, M. L. (1994). Motivations for alcohol use among adolescents: Development and validation of a four-factor model. *Psychological Assessment*, 6(2), 117–128. 10.1037/1040-3590.6.2.117
- Costes, J.-M., Pousset, M., Eroukmanoff, V., Le Nezet, O., Richard, J.-B., Guigard, R., ... Arwidson, P. (2011). Les niveaux et pratiques des jeux de hasard et d'argent en 2010. *Tendances*, 77, 1-8. Repéré à <http://inpes.santepubliquefrance.fr/30000/pdf/tendances77.pdf>
- Coté, S., & Bouchard, S. (2009). Cognitive mechanisms underlying virtual reality exposure. *Cyberpsychology & Behavior*, 12(2), 121-129. doi:10.1089/cpb.2008.0008
- Cowlishaw, S., Merkouris, S., Dowling, N., Anderson, C., Jackson, A., & Thomas, S. (2012). Psychological therapies for pathological and problem gambling. *The Cochrane Library*, 11, 1-73. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008937.pub2>.
- Dantin, L. (2005). La technique d'arrêt de la pensée ou penser l'arrêt de la technique?. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 15(3), 114-118.
- Desrosiers, P., & 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*. Rapport préparé pour l'Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec. Montréal, Canada. Repéré à https://aidq.org/wp-content/uploads/2013/06/Guide_Jeu_Pathologique.pdf
- Devynck, F., Giroux, I., & Jacques, C. (2012). Les distorsions cognitives. In M. Grall-Bronnec (Ed.), *Le jeu pathologique : Comprendre, prévenir, traiter* (pp. 75-80). Issy-les-Moulineaux, France: Elsevier Masson.
- Drapeau, M. (2004). Les critères de scientificité en recherche qualitative. *Pratiques psychologiques*, 10(1), 79-86. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2004.01.004>
- Dugas, M. J., Ladouceur, R., Brillon, P., Savard, P., & Turcotte, J. (2013). Traitement cognitivo-comportemental du Trouble d'anxiété généralisée: Manuel du thérapeute. *Manual developed following a research grant from the CIHR*.
- Echeburua, E., Baez, C., & Fernandez-Montalvo, J. (1996). Comparative effectiveness of three therapeutic modalities in the psychological treatment of pathological gambling: Long-term outcome. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 24, 51-72. doi:10.1017/S1352465800016830
- Echeburua, E., Fernandez-Montalvo, J., & Baez, C. (2000). Relapse prevention in the treatment of slot machine pathological gambling: Long-term outcome. *Behavior Therapy*, 31, 351- 364. doi:10.1016/S0005-7894(00)80019-2
- Ellison, L. J., Vale, K., & Ladouceur, R. (2017). Disordered Gambling: The Effects of a Brief, Online Cognitive Intervention in an Australian Sample. *Open Access Library Journal*, 4(1), doi: 10.4236/oalib.1103288.
- Eraldi-Gackiere, D., & Graziani, P. (2007). *Exposition et désensibilisation en thérapie comportementale et cognitive*. Paris: Dunod.
- Faucher-Gravel, A. (2015). *Comment favoriser l'utilisation des ressources d'aide chez les joueurs problématiques?* (Mémoire doctoral inédit). Université Laval.

- Ferris, J., & Wynne, H. (2001). *The Canadian problem gambling index: Final report*. Ottawa: Canadian Centre on Substance Abuse.
- Fong, T. W. (2005). The biopsychosocial consequences of pathological gambling. *Psychiatry (Edgmont)*, 2(3), 22-30.
- Gendron, A., Dufour, M., Brunelle, N., & Leclerc, D. (2010). Tour d'horizon sur les principales approches de traitement du jeu pathologique chez les adultes et les adolescents [Overview of the main treatment approaches for pathological gambling among adults and adolescents]. *Drogues, santé et société*, 9(1), 37- 76.
- Giroux, I., Faucher-Gravel, A., St-Hilaire, A., Boudreault, C., Jacques, C., & Bouchard, S. (2013). Gambling exposure in virtual reality and modification of urge to gamble. *Journal of CyberPsychology and Social Networking*, 16, 224- 231. doi:10.1089/cyber.2012.1573.
- Goodie, A. S., & Fortune, E. E. (2013). Measuring cognitive distortions in pathological gambling: Review and meta-analyses. *Psychology of Addictive Behaviors*, 27, 730-743. doi:10.1037/a0031892
- Gooding, P., & Tarrier, N. (2009). A systematic review and meta-analysis of cognitive-behavioural interventions to reduce problem gambling: Hedging our bets? *Behaviour Research and Therapy*, 47(7), 592-607. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.04.002>
- Grillon, C. (2008). Models and mechanisms of anxiety: evidence from startle studies. *Psychopharmacology*, 199(3), 421-437. <http://dx.doi.org/10.1007/s00213-007-1019-1>.
- Hing, N., Nuske, E., & Gainsbury, S. (2011). *Gamblers at-risk and their help-seeking behaviour*. Melbourne, Australia: Gambling Research Australia. Repéré à https://www.responsiblegambling.nsw.gov.au/__data/assets/pdf_file/0019/225802/Gamblers-at-risk-and-their-help-seeking-behaviour.pdf
- Ho, K. W. (2017). Risk factors of adolescent pathological gambling: Permissive gambling culture and individual factors. *Deviant behavior*, 38(5), 533-548. 10.1080/01639625.2016.1197031
- Hodgins, D. C., & el-Guebaly, N. (2000). Natural and treatment-assisted recovery from gambling problems: A comparison of resolved and active gamblers. *Addiction*, 95, 777-789. <https://doi.org/0443.2000.95577713.x>
- Hodgins, D. C., & el-Guebaly, N. (2004). Retrospective and prospective reports of precipitants to relapse in pathological gambling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(1), 72-80. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.72.1.72>
- Kabat-Zinn, J. (2005). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness (15th anniversary ed.)*. Delta Trade Paperback/Bantam Dell.
- Kairouz, S., Nadeau, L., & Robillard, C. (2014). *Enquête ENHJEU-Québec : Portrait du jeu au Québec: Prévalence, incidence et trajectoires sur quatre ans*. Montréal: Canada, Université de Concordia.
- Kalischuk, R.G., Nowatzki, N., Cardwell, K., Klein, K., & Solowoniuk, J. (2006). Problem gambling and its impact on families: A literature review. *International Gambling Studies*, 6, 31-60. doi:10.1080/14459790600644176
- Kazdin, A. E. (2003). *Research design in clinical psychology* (4^e éd.). Boston: Allyn and Bacon.^[1]_{SEP}

- Labadié, A. (2008). *Segmentation thématique de texte linéaire et non-supervisée: Détection active et passive des frontières thématiques en Français*(Thèse de doctorat non publié) Université Montpellier II, France
- Ladouceur, R., Boutin, C., Lachance, S., Doucet, C., & Sylvain, C. (2000). *Programme d'évaluation et de traitement des joueurs excessifs*. Centre Québécois d'Excellence pour la Prévention et le Traitement du Jeu de l'Université Laval Québec, Canada.
- Ladouceur, R., Sylvain, C., Boutin, C., & Doucet, C. (2000). *Le jeu excessif : Comprendre et vaincre le gambling*. Montréal: Les Éditions l'Homme.
- Ladouceur, R., Sylvain, C., Boutin, C., Lachance, S., Doucet, C., Leblond, J., & Jacques, C. (2001). Cognitive treatment of pathological gambling. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 189(11), 774-780.
- Ladouceur, R., Sylvain, C., Boutin, C., & Doucet, C. (2002). *Understanding and treating the pathological gambler*. West Sussex, England: Wiley.
- Ladouceur, R., Jacques, C., Chevalier, S., Sévigny, S., Hamel, D. & Allard, D. (2004). *Prévalence des habitudes de jeu et du jeu pathologique au Québec en 2002*. Repéré sur le site de l'Institut national de santé publique du Québec : <https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/266-PrevalenceHabitudesJeu.pdf>
- Larimer, M. E., & Palmer, R. S. (1999). Relapse prevention: An overview of Marlatt's cognitive-behavioral model. *Alcohol research and Health*, 23(2), 151-160.
- Leblond, J. (2007). *Dangerosité des appareils électroniques de jeu et mesures de protection*. Repéré sur le site de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale nationale : http://www.jeu-compulsif.info/documents/Leblond_Jean_2007_Dangerosite_des_AEJ_et_Mesures_d_e_pro.pdf
- L'Écuyer, R. (1990). *Méthodologie de l'analyse développementale de contenu: méthode GPS et concept de soi*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Ledgerwood, D. M., & Petry, N. M. (2006). What do we know about relapse in pathological gambling ?, 26(2), 216-228. doi:10.1016/j.cpr.2005.11.008
- Lee, J. H., Kwon, H., Choi, J., & Yang, B. H. (2007). Cue-exposure therapy to decrease alcohol craving in virtual environment. *Cyberpsychology & Behavior*, 10(5). 617-623.
- Littman-Sharp, N. (2001). Teaching clients skills for change and relapse prevention. In R.D. Murray (Ed.), *Helping the Problem Gambler*. Toronto: Centre for Addiction and Mental Health.
- Loranger, C., Bouchard, S., Boulanger, J., & Robillard, G. (2011) Validation of two virtual environments for the prevention and treatment of pathological gambling. *Journal of CyberTherapy and Rehabilitation*, 4(2), 233–234.
- Lorains, F.K., Cowlishaw, S., Thomas, SA. (2011) Prevalence of comorbid disorders in problem and pathological gambling: systematic review and meta-analysis of population surveys. *Addiction*, 106(3), 490–498. doi: 10.1111/j.1360-0443.2010.03300.x.
- Malbos, E., Rapee, R.M., & Kavakli, M. (2013). A controlled study of agoraphobia and the independent effect of virtual reality exposure therapy. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 47(2), 160-168. doi:10.1177/0004867412453626
- Marlatt, G. A., & Donovan, D. M. (2008). *Prévention de la rechute: stratégies de maintien en thérapie des conduites addictives*. Chêne-Bourg : Médecine et Hygiène.
- Marlatt, G.A., & Gordon, J.R. (1985). *Relapse prevention*. New York: The Guilford Press.

- Merkouris, S. S., Thomas, S. A., Browning, C. J., & Dowling, N. A. (2016). Predictors of outcomes of psychological treatments for disordered gambling: A systematic review. *Clinical Psychology Review, 48*, 7-31. doi:10.1016/j.cpr.2016.06.004.
- Miller, H. E., & Thomas, S. (2017). The “walk of shame”: a qualitative study of the influences of negative stereotyping of problem gambling on gambling attitudes and behaviours. *International journal of mental health and addiction, 15*(6), 1284-1300.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec. (2015). *Campagne sur le jeu de hasard et d'argent*. Repéré sur le site web du MSSS du Québec : <http://www.msss.gouv.qc.ca/documentation/campagnes/jeu.php#camp-ant>
- Moore, S. M., Thomas, A. C., Kyrios, M., & Bates, G. (2012). The self-regulation of gambling. *Journal of Gambling Studies, 28*(3), 405– 420. <https://doi.org/10.1007/s10899-011-9265-x>.
- Morasco, B.J., Weinstock, J., Ledgerwood, D.L., & Petry, N.M. (2007). Psychological factors that promote and inhibit pathological gambling. *Cognitive and Behavioral Practice, 14*, 208–217. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2006.02.005>
- Moser, A. E., & Annis, H. M. (1996). The role of coping in relapse crisis outcome: A prospective study of treated alcoholics. *Addiction, 91*(8), 1101-1114. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.1996.91811013.x>
- Neuendorf, K. A. (2002). *The Content Analysis Guidebook*. Cleveland, Ohio: Sage Publications.
- Pallesen, S., Mitsem, M., Kvale, G., Johnsen, B., & Molde, H. (2005). Outcome of psychological treatments of pathological gambling: a review and meta-analysis. *Addiction, 100*(10), 1412-1422. doi:10.1111/j.1360-0443.2005.01204.x
- Park, C. B., Park, S. M., Gwak, A. R., Sohn, B. K., Lee, J. Y., Jung, H. Y., ... Choi, J. S. (2015). The effect of repeated exposure to virtual gambling cues on the urge to gamble. *Addictive Behaviors, 41*, 61-64. doi:10.1016/j.addbeh.2014.09.027
- Petry, N. M., Ammerman, Y., Bohl, J., Doersch, A., Gay, H., Kadden, R., ... Steinberg, K. (2006). Cognitive-behavioral therapy for pathological gamblers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*(3), 555. doi:10.1037/0022-006X.74.3.555
- Podina, I. R., Cosmoiu, A., Rusu, P., & Chivu, A. (2020). Positive Thinking is Not Adaptive Thinking: A Cognitive-Behavioral Take on Interpretation Bias Modification for Social Anxiety. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy, 1*-21. doi : 10.1007/s10942-020-00344-5
- Poupart, J., Deslauriers, J.P., Groulx, L., Laperrière, A., Mayer, R., Pirès, A., 1997. La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques. Gaetan Morin, Montréal 454 p. ^[1]_{SEP}
- Pratt, D.R., Zyda, M., & Kelleher, K. (1995). Virtual reality: In the mind of the beholder. *IEEE Computer, 28*(7), 17-19.
- Price, M., Mehta, N., Tone, E.B., & Anderson, P.L. (2011). Does engagement with exposure yield better outcomes? Components of presence as a predictor of treatment response for virtual reality exposure therapy for social phobia. *Journal of Anxiety Disorders, 25*(6), 763- 770. doi:10.1016/j.janxdis.2011.03.004
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist, 47*(9), 1102–1114. <https://doi.org/doi:10.3109/10884609309149692>
- Rankin CH, Abrama T, Barry RJ, Bhatnagar S, Clayton D, Colombo J, Coppola G, Geyer MA, Glanzman DL, Marsland S, McSweeney F, Wilson DA, Wu C-F & Thompson

- RF (2009) Habituation revisited: An updated and revised description of the behavioral characteristics of habituation, *Neurobiology of learning and memory* 92(2), 135–138. <https://doi.org/10.1016/j.nlm.2008.09.012>.
- Rash, C. J., & Petry, N. M. (2014). Psychological treatments for gambling disorder. *Psychology research and behavior management*, 7, 285-295. doi: 10.2147/PRBM.S40883
- Riva, G. (1998). Virtual environment for body image modification: Virtual reality system for the treatment of body image disturbances. *Computers in Human Behavior*, 14(3). 477-490.
- Riva, G., Bacchetta, M., Baruffi, M., Rinaldi, S., & Molinari, E. (1999). Virtual reality based experiential cognitive treatment of anorexia nervosa. *Journal of Behavior Therapy*, 30(3), 221-230. doi:10.1016/S0005-7916(99)00018-X
- Rodda, S. N., Hing, N., Hodgins, D. C., Cheetham, A., Dickins, M., & Lubman, D. I. (2017). Change strategies and associated implementation challenges: An analysis of online counselling sessions. *Journal of Gambling Studies*, 339661-3.
- Rodda, S. N., Bagot, K. L., Cheetham, A., Hodgins, D. C., Hing, N., & Lubman, D. I. (2018). Types of change strategies for limiting or reducing gambling behaviors and their perceived helpfulness: A factor analysis. *Psychology of Addictive Behaviors*, 32(6), 679. <https://doi.org/10.1037/adb0000393>.
- Sanscartier, M. D., Edgerton, J. D., & Roberts, L. W. (2018). A latent class analysis of gambling activity patterns in a Canadian university sample of emerging adults: Socio-demographic, motivational, and mental health correlates. *Journal of gambling studies*, 34(3), 863-880. doi :10.1007/s10899-017-9734-y
- Sauteraud, A. (2005). *Le TOC : le manuel du thérapeute*. Paris : Odile Jacob.^[1]_{SEP}
- Sévigny, S., & Ladouceur, R. (2003). Gamblers' irrational thinking about chance events: The 'double switching' concept. *International Gambling Studies*, 3(2), 149-161.
- Shead, N. W., Callan, M. J., & Hodgins, D. C. (2008). Probability discounting among gamblers: Differences across problem gambling severity and affect-regulation expectancies. *Personality and Individual Differences*, 45(6), 536-541. 10.1016/j.paid.2008.06.008
- Sifton, E. (2005) *The Serenity Prayer: Faith and Politics in Times of Peace and War*, New York: W. W. Norton & Company.
- Smith, D. P., Dunn, K. I., Harvey, P. W., Battersby, M. W., & Pols, R. G. (2013). Assessing Randomised Clinical Trials of Cognitive and Exposure Therapies for Gambling Disorders: A Systematic Review, *Behaviour Change*, 30(3), 139-158. <https://doi.org/10.1017/bec.2013.15>
- St-Pierre, M. (2015). *L'utilité de la réalité virtuelle pour prévenir la rechute des comportements de jeu pathologiques* (Mémoire doctoral inédit). Université du Québec en Outaouais.
- Sylvain, C., Ladouceur, R., & Boisvert, J. (1997). Cognitive and behavioral treatment of pathological gambling: A controlled study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 727-732. doi:10.1037/0022-006X.65.5.727
- Thériault, A., Nadon, S., & Fafard A., (2015). *Portrait de l'offre d'appareils de loterie vidéo dans la région des Laurentides*. Repéré sur le site du Centre Intégré de Santé et de Services Sociaux des Laurentides : <https://collectif-jeu.ca/sites/default/files/media/351/Portrait%20ALV%20Laurentides%202010.pdf>

- Thomas, D. R. (2006). A general inductive approach for analyzing qualitative evaluation data. *American journal of evaluation*, 27(2), 237-246.
<https://doi.org/10.1177/1098214005283748>
- Thompson R.F. & Spencer W.A. (1966) Habituation: a model phenomenon for the study of neuronal substrates of behavior, *Psychological review*, 73(1), 16-43.
<https://doi.org/10.1037/h0022681>
- Thygesen, K. L., & Hodgins, D. C. (2003). Quitting again: Motivations and strategies for terminating gambling relapses. *Journal of Gambling Issues*, 9.
<https://doi.org/10.4309/jgi.2003.9.11>
- Tolchard, B. (2016). Cognitive-behavior therapy for problem gambling: a critique of current treatments and proposed new unified approach. *Journal of Mental Health*, 26(3), 1-8. <https://doi.org/10.1080/09638237.2016.1207235>.
- Tolchard, B., & Battersby, M. (2014). Treatment completion in a cognitive behaviour therapy service for problem gamblers: Clinical outcome study. *Journal of Addiction Research & Therapy*, 4(5), 165-171.
- Toneatto, T., & Millar, G. (2004). Assessing and treating problem gambling: Empirical status and promising trends. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49(8), 517-525. doi:10.1177/070674370404900803.
- Trudel, L., Simard, C., & Vonarx, N. (2007). La recherche qualitative est-elle nécessairement exploratoire?. *Recherches qualitatives*, 5, 38-55.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford: Stanford University Press.
- Wood, J.V., Elaine Perunovic, W.Q., & Lee, J.W. (2009). Positive self-statements: Power for some, peril for others. *Psychological Science*, 20(7), 860-866. doi : 10.1111/j.1467-9280.2009.02370.x
- Volberg, R. A., Reitzes, D. C., & Boles, J. (1997). Exploring the links between gambling, problem gambling, and self-esteem. *Deviant Behavior*, 18(4), 321-342. doi: 10.1080/01639625.1997.9968065
- Yakovenko, I., Hodgins, D. C., el-Guebaly, N., Casey, D. M., Currie, S. R., Smith, G. J., . . . Schopflocher, D. P. (2016). Cognitive distortions predict future gambling involvement. *International Gambling Studies*, 16, 175-192. doi:10.1080/14459795.2016.1147592

Annexe A

Instructions pour la transcription de verbatim

Matériel

- Un poste de travail du Centre québécois d'excellence pour la prévention et le traitement du jeu (CQEPTJ)
- Une paire d'écouteurs
- Il est conseillé de travailler dans un endroit calme, confidentiel et silencieux sans être trop interrompu.
- Il est conseillé d'utiliser un logiciel permettant l'écoute, tout en pouvant contrôler la vitesse du son pour l'adapter à votre vitesse de transcription, comme Express Scribe, disponible en ligne gratuitement pour une version d'essai. D'autres logiciels d'essai sont également disponibles tels que Otranscribe qui est une application en ligne ne requérant pas de téléchargement au <http://otranscribe.com/>
- Une pédale de transcription peut être utilisée au besoin.

Principe de base

1) Retranscrire les propos de l'intervenant et du participant de manière claire, fidèle, compréhensible pour le lecteur et respectueuse pour l'orateur.

- a) Rester aussi près de la grammaire correcte, tout en restant fidèle au discours du participant et de l'intervenant.

Par exemple : « a m'a dit » deviendra « elle m'a dit » ; « ch'sais po » deviendra « Je sais pas »

- b) Indiquer le ton ou les émotions lorsque cela semble significatif, selon le protocole détaillé à la page suivante.
- c) Il peut être utile d'utiliser le ralentisseur de la vitesse de lecture pour la transcription, puis arrêter régulièrement l'enregistrement.

2) Confidentialité

- a) Enlever tous les noms de personne, de lieu ou d'institution. Par exemple si le participant parle du Dr. Boisvert qui est son médecin de famille, ne pas mettre le nom et écrire entre crochets [médecin de famille] ; s'il est question d'un hôpital (ou d'une autre institution) indiquer [hôpital de Québec]
- b) Utiliser le code ou le numéro du participant pour le désigner et ne pas identifier le sexe du participant. Par exemple : « Bonjour Monsieur Gilbert » deviendra « Bonjour (participant 3)

***Essayer le plus possible de rendre le discours neutre, mais il se peut que dans l'enregistrement l'intervenant mentionne un adjectif qui nous donne le sexe de la personne, à ce moment vous pouvez le laisser. Ex : Elle vous a donc dit que vous étiez **gentille** ou vous êtes donc arrivée la **première** ***

- c) Afin d'identifier la personne qui parle, utiliser « P » pour identifier le participant et « I » pour identifier l'intervenant.

Par exemple :

I : Comment s'est passée votre semaine ?

P : Bien ! Je suis pas allé jouer cette semaine.

I : Ok et qu'est-ce qui vous a convaincu de ne pas aller jouer cette semaine ?

- d) Les fichiers audios et les documents de transcription doivent demeurer sur les postes de travail désignés à cet effet au CQEPTJ. Les entrevues et les séances de thérapies sont hautement confidentielles.

3) Format du document

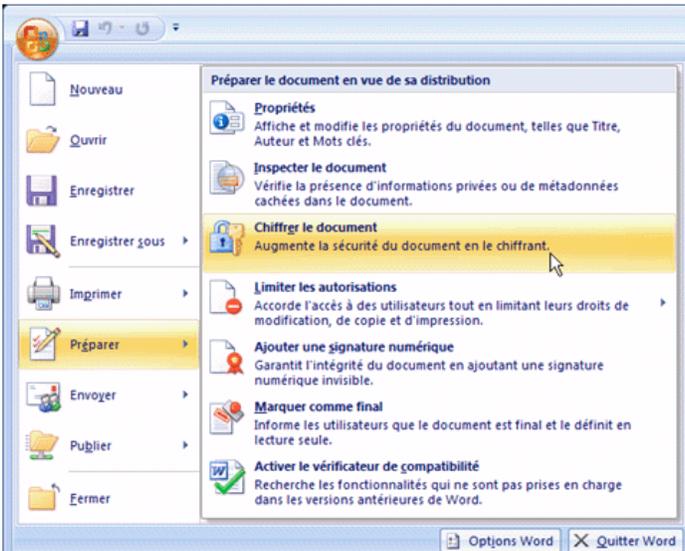
- a) Transcrire les verbatims sous format Word et chiffrer chaque document du mot de passe suivant : [REDACTED]

Marche à suivre pour chiffrer un document :

Définir un mot de passe dans un document Word

Pour chiffrer votre fichier et définir un mot de passe permettant de l'ouvrir :

1. Cliquez sur le **bouton Microsoft Office**  , pointez sur **Préparer**, puis cliquez sur **Chiffrer le document**.



2. Dans la boîte de dialogue **Chiffrer un document**, dans la zone **Mot de passe**, tapez un mot de passe, puis cliquez sur **OK**.

AVERTISSEMENT : Nous vous conseillons de garder votre mot de passe en lieu sûr. Si vous le perdez ou si vous l'oubliez, vous ne pourrez pas le récupérer.

Vous pouvez taper jusqu'à 255 caractères. Par défaut, cette fonctionnalité utilise le chiffrement avancé AES 128 bits. Le chiffrement est une méthode standard permettant d'améliorer la sécurité de votre fichier.

3. Dans la boîte de dialogue **Confirmer le mot de passe**, dans la zone **Retaper le mot de passe**, tapez à nouveau le mot de passe, puis cliquez sur **OK**.
4. Pour enregistrer le mot de passe, enregistrez le fichier.

- b) Le nom du document Word doit être nommé de la même façon que l'enregistrement audio. Par exemple si l'enregistrement audio est nommé « A5_EM1 » nommer le document Word « A5_EM1 »
- c) Utiliser la police Times New Roman, 12 pt, interligne simple.
- d) Toujours indiquer qui prend la parole.
- e) Changer de ligne lors du changement d'interlocuteur.

Protocole

- | | |
|----------------------|--|
| (()) | Tout ce qui est entre parenthèses double a le transcripteur comme auteur. Par exemple, « Je sais pas ((rire nerveux)) » |
| (.) | Silence : un point par seconde entre parenthèses. Par ex. : (...) = un silence de 3 secondes. |
| ! | Intonation significative. Par exemple « Ah oui ! » |
| MAJUSCULE | Les mots en majuscules ont été dits avec une voix plus forte. Par ex. : « BEN VOYONS DONC » |
| ? | Intonation interrogative. Par exemple : « Ah non ? » |
| ((??, min : sec)) | Incompréhensible. Indiquer le temps précis de l'entrevue : en minutes et en secondes
Par exemple : ((??, 6 : 04)) |
| ((mot ?; min : sec)) | Énoncé transcrit approximativement (manque de clarté). Indiquer le temps précis de l'entrevue : en minutes et en secondes
Par exemple : ((la cassette ? : 3 : 33)) |
| ((min, sec)) | Inscrire le temps à quelques endroits pour vous aider à réviser votre transcription |

...	Lorsque le participant parle en même temps que l'intervenant et vice et versa. Par exemple : I : C'est plus facile pour vous... P : Exactement! I : d'aller prendre une marche P : Oui oui oui.
.	Mettre un point à la fin d'une phrase
« J'vais », « J'sais pas », « jm'en fou »	Ne pas utiliser les contractions. Utiliser plutôt « Je vais », « Je sais pas », « Je m'en fou »
((rire)), ((sourir)), ((surpris)) etc.	Le transcripteur doit noter les réactions non verbales qu'il entend comme les soupirs, les rires, les changements d'intonation. Les sons doivent aussi être notés par exemple : ((Clic de souris d'ordinateur))
Ça ça ça	Répétitions. Transcrire les mots qui se répètent dans le discours. Par exemple : « Je lui euh lui lui avait dit hier »
Hum hum	Affirmation
Euh	Hésitation
Pu	Devient « plus »
« J'suis pu capable »	Devient « Je ne suis plus capable » pour ne pas que le lecteur comprenne « Je suis plus capable » dans le sens d'un degré plus élevé
	IMPORTANT : il faut ajouter le <i>ne</i> que lorsque le sens de la phrase pourrait être mal interprété. Ainsi « J'sais pas » devient « Je sais pas » alors que « J'sais plus » devient « Je ne sais plus » car avec le mot <i>plus</i> le sens de la phrase peut changer.
« Pi là je suis partie »	Devient « Puis là je suis partie »
« Y'est pas capable »	Devient « Il est pas capable »
« Y pense pas à ça »	Devient « Il pense pas à ça »
« Feck j'ai dit »	Devient : « Fait que j'ai dit »
« Ouais, Ouin et Oui »	Ce sont trois mots différents. Il faut distinguer le bon et l'écrire toujours de cette façon (pas de ouain, ouai...)

« C'est ça **la** / Donc **la** j'ai » Transcrire les la et là. Le là doit être utilisé que lorsqu'il désigne un endroit, une période de temps ou la présence par exemple « Viens là » « Il est là ».

«T'as l'intention de faire ça» Les « t'as » deviennent des tu as

«**Bin** oui » ou «**Ben** laisse moi y penser » Devient « **Bien** oui » et « **Bien** laisse-moi y penser »

«**Bin** oui » ou «**Ben** laisse moi y penser »

«Ahhhh c'est tellement long »

Les Ah ou Oh doivent être écrit avec un seul « h ». Si la réaction est exagérée et mérite d'être soulignée vous pouvez mettre un « ! » ou bien inscrire la réaction non verbale. Par exemple : « Ah c'est tellement long ! ((découragement)) »

Expression que l'on peut laisser telle quelle :

« Hein »

« Eille »

« Tsé »

« Ça t'as tu aidé »

« En s'en allant »

Anglicisme exemple : « Je bypass ça », « Alright,

Annexe B

Guide d'analyse

Segmentation :

- La segmentation doit être faite sous la forme d'une dyade Intervenant (I)-Participant (P). Elle commence toujours par une intervention de l'intervenant et se termine par une réponse du participant. Un segment est donc une seule dyade I-P. Le verbatim sera donc constitué de plusieurs segments.

Ex : Segment 1 :

I : Ok. « Peut-être un petit 20 », « Peut-être que ça te ferait du bien ». Puis la c'est quoi les émotions que tu as la ? Tu es pas loin, tu es en maudit, tu as eu une chicane, qu'est-ce que tu te dis ? (...) Dans ta tête ?

P : Ce qui est le pire dans le fond c'est ((rire)) c'est que la si je joue c'est encore moi dans le fond qui va manger de la merde.

- Exceptionnellement, si le verbatim termine avec une intervention de l'intervenant sans qu'il n'y ait de réponse du participant, cette intervention deviendra un segment à elle seule.

Codification :

- Un ou plusieurs codes devront être attribués à chacun des segments
- Le code doit être attribué en fonction de l'interaction Intervenant-Participant et non seulement en fonction de ce que le participant rapporte.
- Le ou les codes permettent donc de catégoriser l'interaction en thèmes (voir le livre de codes un peu plus bas). Le diagramme décisionnel un peu plus bas peut également aider le codeur dans sa codification. Dans l'exemple plus haut le codeur devra se poser les questions suivantes :

- L'interaction reflète-t-elle une stratégie qui aide le participant à vaincre ou mieux gérer son désir de jouer et qui l'aide à ne pas jouer ? Oui

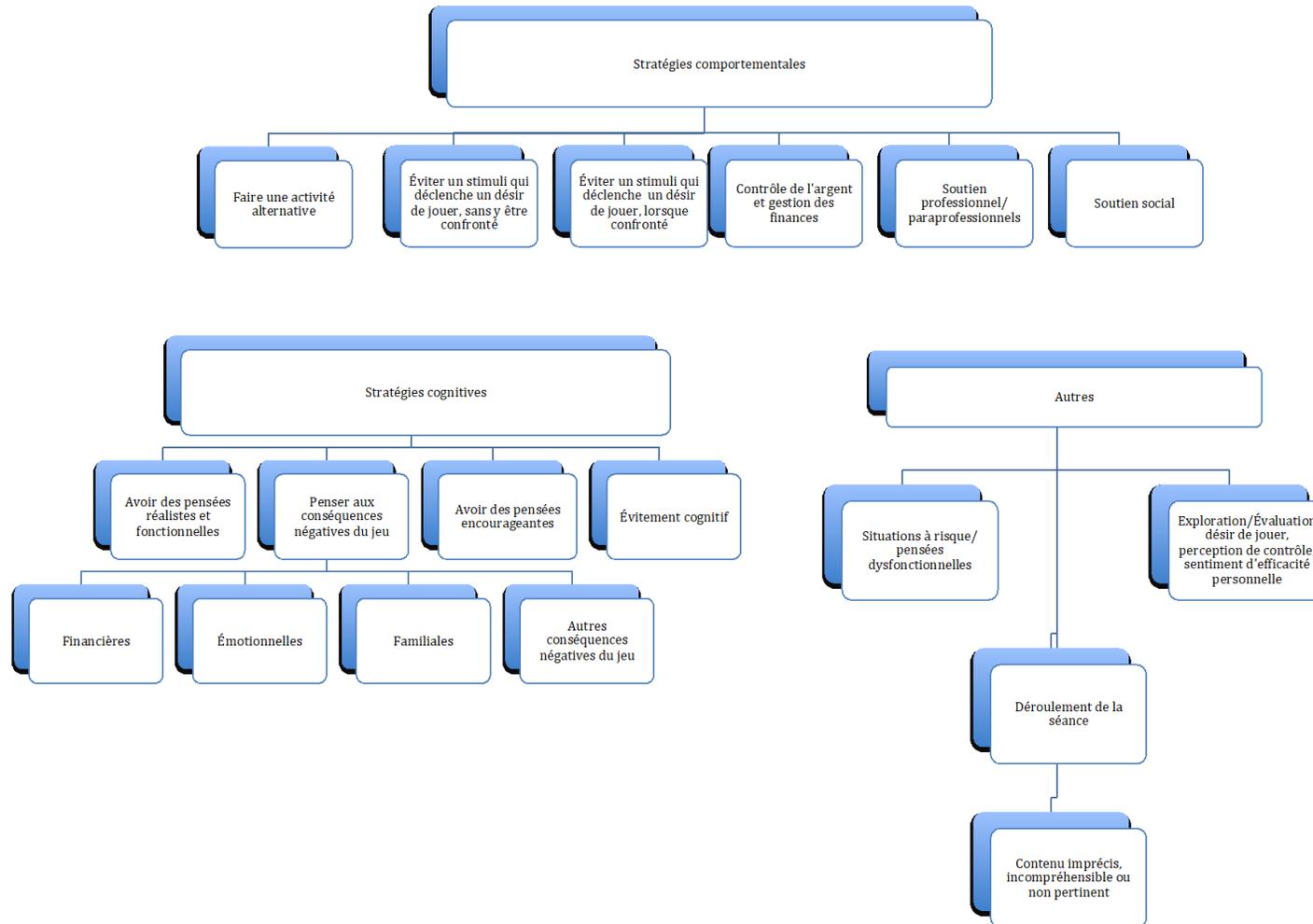
S'agit-il d'une stratégie comportementale ? Non

S'agit-il d'une stratégie cognitive ? Oui

S'agit-il de penser aux conséquences négatives financières, émotionnelles ou familiales du jeu, d'avoir des pensées réalistes/fonctionnelles/constructives, d'avoir des pensées motivationnelles ou d'un évitement cognitif/distraction mentale? Il pense aux conséquences négatives du jeu, mais l'énoncé manque de précision et est plutôt général donc, le codeur devrait lui attribuer le code « stratégie cognitive – penser aux conséquences négatives du jeu - autres »

- Si l'interaction ne représente pas une stratégie, le codeur devra lui attribuer un/des code(s) de la catégorie «Autres».
 - Les codes « situations à risque/pensée dysfonctionnelle » et « exploration/évaluation du désir de jouer, perception de contrôle et perception d'efficacité personnelle » sont les seuls codes de la catégorie «Autres» à pouvoir être codé en même temps dans un même segment.
 - S'il ne s'agit pas du code « situations à risque/pensée dysfonctionnelle » ou « exploration/évaluation du désir de jouer, perception de contrôle et perception d'efficacité personnelle », le codeur devra attribuer le code « Déroulement de la séance » ou « Contenu imprécis/incompréhensible/non pertinent » au segment.
- À partir du moment où un code « Stratégie comportementale ou cognitive » est attribué à un segment, aucun code de la catégorie «Autres» ne peut être ajouté à ce segment.
- Les codes de la catégorie « Stratégie comportementale » et « Stratégie cognitive » peuvent être codés dans un même segment
 - Exemple : Les codes «Penser aux conséquences émotionnelles négatives» et «Confronter/travailler les pensées dysfonctionnelles» peuvent être attribués à un même segment
 - Exemple : Les codes « Penser aux conséquences négatives autres » et « Éviter l'accès à l'argent » peuvent être attribués à un même segment
- Le codeur a également la liberté de créer un nouveau code s'il voit un autre sens à ce qui est décrit
- Le mot de passe des documents Word comprenant les verbatim est CQEPTJ2017

Arbre de thèmes :



Livre de codes :

Codes	Définition	Exemples
Stratégie comportementale	Action ou comportement fait par l'individu ou mentionné par le thérapeute pour vaincre ou mieux gérer le désir de jouer du participant et le dissuader à jouer	Faire une activité distrayante dans le but de se changer les idées Quitter le bar ou la situation qui déclenche des comportements de jeux
Distraction/Activités distrayantes	Action de se distraire, de se changer les idées en faisant autre chose pour vaincre ou mieux gérer le désir de jouer et empêcher les comportements de jeu.	Regarder la télévision ou faire du sport dans le but de se distraire et ne pas aller jouer Faire une activité qui permet à l'individu d'entrer en contact avec d'autres individus ou de s'occuper à autre chose. Rester constamment occupé
Évitement du déclencheur 1) Fuir/échapper le déclencheur sans y être confronté 2) Fuir/échapper le déclencheur lorsque confronté 3) Éviter l'accès à l'argent	Action de fuite pour ne pas se trouver confronté à un déclencheur ou une situation qui déclenche normalement des comportements de jeux. Fuir ou échapper le déclencheur avant même d'y être confronté. Dans un but de prévention, fuir les situations à risque/déclencheurs qui déclenchent normalement des comportements de jeu Fuir ou échapper le déclencheur alors que le participant y est confronté. Fuir les situations à risque/déclencheurs lorsque la personne entre en contact réel avec ceux-ci Éviter d'avoir accès à de l'argent afin d'éviter les comportements de jeu	Anticiper et éviter de visiter des endroits qui ont des ALV ou éviter de passer du temps avec des amis joueurs « I : Qu'est-ce que tu pourrais faire dans la vie de tous les jours pour t'aider ? P : M'arranger pour ne pas passer en avant des bars avec des ALV » Ne pas regarder les ALV, quitter l'endroit « I : Tu as envie de jouer, tu te promènes dans une ville que tu connais pas et sans le savoir tu passes devant un bar qui a des ALV. Qu'est-ce que tu pourrais faire ? P : Je rentre pas dans le bar »

		<p>Gestion de l'argent accessible à l'individu.</p> <p>Ne pas trainer d'argent comptant ou de cartes sur soi</p> <p>Éviter les guichets ou ne retirer que le nécessaire pour subvenir aux besoins.</p>
Soutien social	Demander de l'aide à des amis, des proches ou à des membres de la famille pour vaincre ou mieux gérer le désir de jouer	<p>Appeler son conjoint ou son ami,</p> <p>« I : Qu'est-ce que tu pourrais faire ? P : Je pourrais appeler quelqu'un »</p>
Soutien professionnel ou paraprofessionnel	Utiliser l'aide d'un professionnel de la santé, d'un groupe d'aide ou d'une personne effectuant de la relation d'aide pour vaincre ou mieux gérer le désir de jouer	<p>Participer à des rencontres pour Joueurs Anonymes</p> <p>Appeler une ligne d'écoute</p> <p>Parler avec un «parrain»</p>
Stratégies cognitives	Ensemble de pensées ou de réflexions émis par l'individu ou l'intervenant pour vaincre ou mieux gérer le désir de jouer du participant et le dissuader à jouer	<p>Penser aux conséquences négatives que le jeu a occasionnées</p> <p>Se dire que le désir de jouer et l'envie passeront</p>
<p>Penser aux conséquences négatives du jeu</p> <p>1) Conséquences financières</p>	<p>Penser aux conséquences négatives que les comportements de jeu occasionnent ou ont occasionnées par le passé, afin de dissuader le joueur à jouer. Implique souvent une perte ou un état émotionnel négatif qui relève du passé ou du présent.</p> <p>Penser aux conséquences négatives financières que les comportements de jeu occasionnent ou ont occasionnées par le passé, afin de dissuader le joueur à jouer.</p> <p>Penser aux conséquences négatives émotionnelles que</p>	<p>Avoir perdu de grandes sommes d'argent à cause du jeu</p> <p>« I : Qu'est-ce que tu pourrais te dire ? P : Je n'ai plus une cenne à cause de ça alors ça ne me tente plus d'y aller. »</p>

<p>2) Conséquences émotionnelles</p> <p>3) Conséquences familiales</p> <p>4) Autres</p>	<p>les comportements de jeu occasionnent ou ont occasionnées par le passé, afin de dissuader le joueur à jouer.</p> <p>Penser aux conséquences négatives familiales que les comportements de jeu occasionnent ou ont occasionnées par le passé, afin de dissuader le joueur à jouer</p> <p>Énoncé général où le participant tente de se dissuader à jouer en pensant aux conséquences négatives que les comportements de jeu occasionnent ou ont occasionnés par le passé, mais qui manque de précision ou qu'on ne peut inclure dans les 3 autres catégories (familiales, émotionnelles ou financières)</p>	<p>Avoir vécu une dépression suite aux problèmes de jeu ou ressentir de la culpabilité face aux comportements de jeu.</p> <p>« I : Ok comme quoi ? P : Ça n'a pas de bon sens, j'ai tellement honte de moi. »</p> <p>Avoir vécu un divorce suite aux problèmes de jeu</p> <p>« I : Ah oui ? P : Oui mes parents ont arrêté de me parler pendant un an à cause de mes problèmes, alors je ne veux pas les perdre encore. »</p> <p>« I : Ok. P : Le jeu m'a tellement amené des affaires plates dans ma vie. »</p> <p>« I : Qu'est-ce que tu veux dire ? P : Ça va être une perte de temps encore une fois et je risque de perdre le contrôle comme toutes les autres fois »</p> <p>« I : Ok. P : Je ne veux vraiment pas revivre ça »</p>
<p>Avoir des pensées réalistes/fonctionnelles/constructives</p>	<p>Avoir des pensées réalistes/fonctionnelles/constructives pour dissuader le joueur à jouer. Implique des pensées qui sont orientées vers le présent ou le futur</p> <p>Comprend des pensées ou des réflexions en lien avec des éléments qui ont pu être appris dans le cadre de la thérapie ou des faits objectifs. Ses pensées permettent de dissuader le joueur à jouer ou peuvent l'aider à modifier ou confronter ses croyances dysfonctionnelles au sujet du jeu telle que les pensées dysfonctionnelles sur les chances de gagner, les pensées dysfonctionnelles liées au plaisir, au jeu comme divertissement/libérateur des états négatifs, celles liées au prétexte (p.ex., l'intuition d'être capable de se contrôler, être dû), etc.</p>	<p>« Ah oui ? Jusqu'à quel point tu penses que c'est vrai cette pensée la de te dire que le prochain tour va être payant ? P : Ouin ça veut rien dire, c'est le hasard au final et c'est tout indépendant ses affaire là »</p> <p>« I : Qu'est-ce que tu te dis ? P : Je me dis que j'pourrais continuer à jouer pour me refaire, mais je sais bien que ses machines là sont faites pour faire du profit»</p> <p>« I : Tu penses quoi de ça ? P : Il y a d'autres façons de gagner de l'argent que les machines à sous »</p> <p>« I : Qu'est-ce que tu pourrais te dire ? Regarde la, j'suis bien mieux de ne pas jouer. »</p>

Avoir des pensées motivationnelles	Pensée motivationnelle où l'individu considère ou imagine les bienfaits d'un arrêt ou d'une diminution des comportements de jeu ou se recentre sur lui même dans le but de l'encourager à ne pas jouer. Implique des pensées qui sont orientées vers le présent ou le futur	<p>« I : Tu te dis quoi la ? P : Je mérite une belle vie, c'est assez ! »</p> <p>« I : Tu vas pouvoir faire des choses agréables avec ton argent au lieu de gaspiller dans les machines ? P : Ouais »</p> <p>« I : Tu te dis « J'arrête de jouer ? » P : Exactement oui »</p>
Évitement cognitif/distraction mentale	Distraction mentale pour éviter de penser au jeu ou pour éviter d'avoir des pensées qui éveilleraient un désir de jouer. Stratégie cognitive qui n'implique pas une activité ou un comportement	<p>Penser à autre chose, faire comme si de rien était, rester cognitivement concentré à sa tâche ou à son but premier</p> <p>« I : Tu passes à côté des machines, qu'est-ce que tu fais ? P : J'y pense pas et je fais comme si je les avait pas vu »</p>
Autres	Tout autre discours qui n'est pas relié à l'utilisation de stratégies cognitives ou comportementales pour vaincre ou mieux gérer le désir de jouer du participant et le dissuader à jouer	
Situations à risque/pensées dysfonctionnelles	Lorsque le participant ou l'intervenant mentionne ou simule une situation à risque ou une croyance dysfonctionnelle susceptible d'encourager les comportements de jeu et le mettre à risque de jouer. Mise en contexte d'une situation à risque ou d'une pensée/croyance dysfonctionnelle qui précède le désir de jouer. Elles peuvent être en lien avec le contenu du virtuel ou bien faire référence à une situation/contexte de la vie courante, mais ne se limite pas seulement qu'à être dans l'une des 7 étapes du circuit qui représentent les 7 situations à risque du virtuel.	<p>« I : Ok tu as de l'argent liquide sur toi et tu passes devant un ALV. P : Oui ok. »</p> <p>« I : Qu'est-ce que tu te dis ? P : Que je suis dû pour gagner bientôt »</p> <p>« I : Qu'est-ce que tu veux dire ? P : Jouer me permet de me libérer de mes problèmes»</p> <p>« I : Ton patron t'as mis en colère aujourd'hui et t'as envie d'aller te défouler sur la machine, qu'est-ce que tu pourrais faire ? P : Hum je pourrais euh »</p>
Exploration/ Évaluation du désir de jouer, perception de contrôle et sentiment d'efficacité personnel	Lorsque l'interaction vise à évaluer ou explorer le désir de jouer du participant, sa capacité de contrôle (c.-à-d., jusqu'à quel point il est ou pense être en mesure de se contrôler, s'abstenir de jouer) ou son sentiment d'efficacité personnel (c.-à-d., croyances de l'individu	<p>Exploration de sa capacité de contrôle à travers les 7 étapes du circuit : « I : Quand tu es au coin du bar près de la caisse ? P : Je te dirais que c'est pire. »</p> <p>« I : Comment tu te sens ? P : Je suis content j'ai réussi à me</p>

	<p>sur sa capacité à atteindre ses objectifs ou à faire face à une situation) lorsqu'il est confronté aux éléments de la réalité virtuelle.</p> <p>Ce code est aussi utilisé lorsqu'il y a une exploration/évaluation des émotions/états négatifs ou positifs, que peut vivre le participant lorsqu'il est confronté à des éléments de la réalité virtuelle et qui sont étroitement liés à la capacité de contrôle, au désir de jouer ou au sentiment d'efficacité personnel de l'individu.</p> <p>Cette évaluation/exploration du désir de jouer, de la perception de contrôle ou du sentiment d'efficacité personnel peut passer par l'évaluation/ l'exploration de la pensée ou de l'efficacité de la stratégie.</p>	<p>contrôler dans le virtuel alors je me dis que ça devrait bien aller pour la suite, dans la vraie vie » (sentiment d'efficacité personnelle)</p> <p>« I : Sur une échelle de 0 à 10, ou est-ce que tu situes ton désir de jouer ? P : À 5. »</p> <p>« I : À 95 % ? P : À 95 ouais »</p> <p>Lorsque l'individu fait preuve d'ambivalence</p> <p>« I : Ça pourrait diminuer votre niveau d'anxiété ? P : Oui »</p> <p>« I : Vous êtes fier ? P : Oh oui ! »</p> <p>« I : Ok donc ça vous enlèverait totalement le goût de jouer ? P : C'est sûr que oui. »</p> <p>« I : À quel point tu y crois à ça ? P : À 100 % »</p> <p>« I : C'est un bon moyen ça ? P : Oui »</p>
<p>Déroulement de la séance</p>	<p>Lorsqu'il est clair que le contenu du discours est en lien avec le contenu de la réalité virtuelle :</p> <p>Lorsque l'interaction comprend des informations ou des explications concernant le déroulement de la séance, les objectifs des dernières séances et de celle-ci ou lorsqu'il y a un retour qui est effectué sur la façon que la séance s'est déroulée</p> <p>Lorsque l'interaction comprend essentiellement des ordres ou des instructions entourant les déplacements dans l'environnement virtuel et qu'elle n'implique pas la mise en contexte d'une situation à risque ou d'une croyance dysfonctionnelle</p> <p>Lorsque le participant et l'intervenant interagissent</p>	<p>« I : Aujourd'hui tu vas pouvoir expérimenter à nouveau l'environnement virtuel. P : Ok »</p> <p>« I : On va regarder ensemble ce que tu pourrais faire si jamais tu fais face à quelque chose qui te donnerait le goût de jouer P : Ok. »</p> <p>« I : Tourne à droite. P : À droite ? »</p> <p>Déplacements à travers les 7 étapes du circuit qui représentent les 7 situations à risque</p> <p>1) devant le guichet automatique à l'extérieur du bar 2) près de la porte et des fumeurs avant d'entrer dans le bar 3) au coin du bar près de la caisse 4)</p>

	avec l'environnement virtuel ou élaborent par rapport à ce qu'ils voient dans l'environnement virtuel	face au barman 5) au coin de la table de billard 6) près des ALV et d'un homme qui se fâche et finalement 7) devant un ALV libre « I : La barmaid est encore derrière son comptoir. P : Ouais »
Contenu imprécis, incompréhensible ou non pertinent	Lorsque l'interaction manque de précision ou qu'elle n'est pas pertinente pour être incluse dans l'une des catégories mentionnées plus haut, ne fait pas de sens ou ne veut rien dire. Ce code est utilisé lorsque l'intervenant et/ou le participant cherchent leurs mots, hésitent ou réfléchissent Ce code est utilisé lorsque l'intervenant tente de stimuler un élément de réponse, mais où le participant n'offre aucun élément de réponse cohérent ou qui offre de la matière pour être codifié (sauf si elle comprend une situation à risque ou une pensée dysfonctionnelles)	« P : Ok. I : Hum, ouais peut-être que (..) hum. » « I : Qu'est-ce que tu pourrais te dire comme pensées qui te donnerait le goût de jouer quand tu es en face du bar ? P : Oui. » « I : Bravo tu fais du bon travail P : Ouais » Passation du questionnaire sur les cybermalaises : I : « Est-ce qu'en ce moment tu as mal à la tête ? P : Non. »