

Programme self-help : un nouvel outil pour faciliter l'accès au traitement des joueurs excessifs

Self-help program : a new tool to facilitate the access to treatment for problem gamblers

M. Saeremans¹, X. Noël² et P. Verbanck³

¹Clinique du Jeu et Autres Addictions Comportementales, Service de Psychiatrie et de Psychologie Médicale, C.H.U. Brugmann, ²Laboratoire de Psychologie médicale et d'Addictologie, ULB, ³Service de Psychiatrie et de Psychologie médicale, C.H.U. Brugmann

RESUME

La majorité des joueurs en difficulté avec leurs conduites ludiques n'a pas recours à un traitement médico-psychologique. La honte, la crainte de la stigmatisation, la faible reconnaissance de leurs difficultés, le manque de lieu de traitement, leur éloignement ou encore le coût financier sont autant de facteurs explicatifs d'une demande de soin difficile à formuler. Pour surmonter ces barrières, la Clinique du Jeu et Autres Addictions Comportementales du C.H.U. Brugmann (Bruxelles) a développé son propre programme self-help disponible sur internet à l'intention des joueurs excessifs. Nous souhaitons aider le joueur en difficulté à bâtir une motivation plus solide (meilleure reconnaissance des difficultés, résolution de l'ambivalence, planification des stratégies d'action), laquelle faciliterait l'accès aux traitements cliniques conventionnels (face-à-face). Après six mois d'utilisation, les résultats préliminaires sont encourageants. Parmi les 172 joueurs ayant participé au programme et manifestant une pathologie ludique, 40 % n'avaient jamais eu recours à un professionnel de la santé pour cette problématique, ni même n'avaient tenté d'autoréguler leurs conduites ludiques. Pour certains, cette première étape a évolué vers un programme thérapeutique plus classique en face-à-face. Par conséquent, le self-help sur internet faciliterait l'accès aux traitements conventionnels chez les joueurs excessifs. Les raisons de cet effet sont discutées.

Rev Med Brux 2015 ; 36 : 75-83

ABSTRACT

Shame, fear of stigmatization, denial, accessibility to and the cost of treatment program may explain why only a small proportion of problem gamblers sought clinical treatment. In the hope to overcome these barriers, the Gambling Clinic and Other Behavioral Addictions of C.H.U. Brugmann (Brussels) has developed its own self-help program for excessive gamblers. Our goals were to foster readiness to change gambling behaviors and when appropriate to facilitate the transition from self-help program to classical face-to-face clinical intervention. In a sample of 172 problem gamblers who participated, 40 % had never sought help (e.g., clinical treatment) and/or never attempted quit gambling. Interestingly, for some, internet-based self-help treatment preceded their determination for seeking a traditional face-to-face therapeutic setting. Those results led us to discuss this program as a valid clinical tool within a broader health care setting in excessive gamblers.

Rev Med Brux 2015 ; 36 : 75-83

Key words : barriers to treatment, gambling disorder, self-help program, facilitation access to treatment

INTRODUCTION

Historiquement, l'expression pathologique du jeu est relativement récente. Son apparition officielle dans le DSM-III (Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux de l'Association Américaine de Psychiatrie) date de 1980. Dès 1994, le DSM IV-TR¹ classe le jeu pathologique dans les troubles du contrôle des impulsions, au même titre que la kleptomanie par exemple. En 2013, suite aux similitudes observées entre addictions avec et sans substances² au plan de la phénoménologie clinique (par exemple, perte de contrôle, tolérance), la pathologie du jeu fait son entrée dans la catégorie des addictions et troubles liés. Nous notons deux différences significatives lors de cette récente version du DSM. L'abandon du terme " *pathological gambling* ", au profit de celui de " *gambling disorder* ", supposément moins stigmatisant, et la suppression du critère relatif à l'exercice d'actes illégaux.

Selon l'ultime version du DSM (V³), le jeu excessif reflète une pratique inadaptée, persistante et répétée, comme en témoignent au moins 4 manifestations sur 9 proposées, et à condition que la pratique ludique ne soit pas mieux expliquée par un épisode maniaque. A l'instar des addictions avec substances, nous observons d'une part une perte de contrôle de la pratique ludique, accompagnée de la poursuite du comportement en dépit des conséquences négatives, parfois nombreuses, et pouvant impacter significativement les différentes sphères de l'existence du joueur (financière, psychologique, familiale, conjugale, sociale, professionnelle) ; d'autre part, l'apparition du phénomène de tolérance, impliquant une augmentation progressive de la pratique et le montant des sommes mises. Nous objectivons également des tentatives infructueuses d'arrêt ou de diminution de la pratique ludique, s'accompagnant de manifestations de sevrage lorsque celle-ci ne peut être assouvie (tension, nervosité, irritabilité, agressivité).

Les facteurs étiologiques du jeu excessif sont multiples et renvoient à des facteurs psychologiques, biologiques et sociaux. Dans nos pays européens, la prévalence du jeu excessif se situerait entre 1 et 2 % de la population⁴.

La Clinique du Jeu et Autres Addictions Comportementales du C.H.U. Brugmann assure, depuis de nombreuses années une consultation spécialisée pour le traitement des joueurs excessifs. Cependant, nous ne pouvons éluder qu'en dépit des conséquences négatives d'une dérégulation de leur pratique ludique, peu nombreux sont les joueurs qui expriment une demande d'aide auprès d'un professionnel de santé⁵. En effet, selon les études⁶⁻⁸, moins de 10 % des joueurs excessifs entreprendraient des démarches afin de remédier à leur problématique⁵.

Les obstacles au traitement sont nombreux et de nature diverse^{9,10}. Pour beaucoup de joueurs, le désir reposant sur la croyance de pouvoir s'en sortir seul

domine. La honte, la crainte de la stigmatisation, le déni, la minimisation de la problématique, les préoccupations au sujet de l'efficacité du traitement ou la méconnaissance de son existence, les pressions externes qui incitent à poursuivre la pratique ludique, le manque de soutien, le coût financier ou encore le refus de délaissier les bénéfices du jeu ou d'aborder ses difficultés personnelles avec un tiers, sont autant de barrières qui empêchent les joueurs de franchir le pas et de s'adresser à une structure d'aide.

Face à ce constat, comment faire pour faciliter l'accès au traitement des personnes en difficulté avec leur pratique ludique ? Premièrement, il nous semblait évident de proposer une alternative à l'abstinence, celle consistant à aider le joueur à recouvrer le contrôle sur ses conduites ludiques¹¹. La clinique nous enseigne que les objectifs thérapeutiques ne doivent pas être amenés au patient par son thérapeute, mais se développer tout au long de l'analyse dynamique de sa problématique, en élaboration conjointe avec lui. Par ailleurs, un objectif de pratique ludique contrôlée peut permettre aux moins convaincus de chercher une aide thérapeutique, et de favoriser par la suite la concrétisation d'un objectif orienté vers l'arrêt complet de la pratique si l'expérience s'est avérée peu concluante. Cette alternative, bien qu'efficace, nécessite toutefois que le patient se présente dans la structure d'aide. Or, le pourcentage de joueurs en difficulté en demande de soins est particulièrement faible^{6,12}. Ce constat a suscité la mise en place d'un service psychologique accessible par le joueur sans recours, dans un premier temps, à un psychothérapeute. Une approche self-help d'inspiration cognitivo-comportementale, couplée à une intervention favorisant le développement de la motivation¹³, nous a semblé être une première étape.

En effet, accroître la motivation de la personne dépendante est un facteur déterminant dans la prise en charge des assuétudes¹³. L'approche motivationnelle est une méthode directive centrée sur le patient avec pour objectif d'augmenter sa motivation au changement par l'exploration et la résolution de son ambivalence¹³. En effet, les joueurs excessifs sont souvent ambivalents à l'égard de la nécessité de mettre fin ou de diminuer leurs habitudes de jeu. Par définition, l'ambivalence se traduit par la coexistence d'émotions, de sentiments et d'attitudes contradictoires, lesquels entraînent une situation d'indécision¹³. Ainsi, les joueurs sont tiraillés entre le désir de poursuivre la pratique suite aux avantages qu'elle procure et la nécessité d'y mettre un terme suite aux conséquences désastreuses qui en découlent.

Selon le modèle trans-théorique du changement de Prochaska et DiClemente¹⁴, la personne dépendante parviendra à réaliser un changement, à la condition de bâtir une motivation solide, laquelle n'est pas binaire (absence ou présence) mais multiple et séquentielle. Nous différencions généralement les étapes suivantes : la pré-contemplation (absence de reconnaissance d'un problème), la contemplation (ambivalence à l'égard

de la nécessité de changer), la préparation (planification d'un changement), l'action (entreprendre un programme de changement), le maintien (stabilisation de ce programme de changement) et la rechute (échec du programme de changement). La reconnaissance de ces stades permettra à l'intervenant clinique d'appréhender la motivation de la personne, de pouvoir la situer dans sa démarche de changement, et par conséquent, d'adapter ses interventions thérapeutiques au rythme adéquat. Le passage d'un stade à l'autre n'est pas linéaire et la régression d'un stade à l'autre est fréquente. La rechute, quant à elle, fait partie intégrante du processus de changement et ne doit pas être considérée comme pathologique¹⁴. De surcroît, l'approche motivationnelle s'avère efficace afin de favoriser l'engagement des personnes dépendantes dans un traitement, favoriser son observance et diminuer le comportement addictif¹⁵.

Le choix des techniques cognitivo-comportementales lors de l'élaboration de notre projet s'appuie sur les travaux portant sur l'efficacité de ce type d'approche dans les interventions self-help dans le domaine de la santé mentale¹⁶.

En parallèle, il nous fallait penser les modalités de mise en place d'un tel programme. C'est naturellement vers internet que nous nous sommes tournés, où l'apparition d'outils self-help adaptés aux conditions psychopathologiques s'accroît avec l'émergence des nouvelles technologies¹⁷. Les caractéristiques inhérentes à ce média que sont la facilité, l'accessibilité et l'anonymat, pouvant lever certaines barrières au traitement rencontrées chez les joueurs.

De surcroît, ce type de programme informatisé et connecté à internet s'est montré efficace dans le traitement des troubles de l'humeur¹⁸, avec une réduction des scores de sévérité dépressive, du nombre de cognitions dysfonctionnelles et une augmentation des connaissances des moyens de traitements disponibles. Dans le domaine des troubles anxieux¹⁹, une diminution du nombre d'attaques de panique, et des symptômes liés au stress post-traumatique (PTSD)²⁰ a été objectivée. D'autres données suggèrent une bonne efficacité de ce type de programme dans le traitement des troubles du sommeil^{21,22} (par exemple, diminution des réveils nocturnes avec un maintien des effets à 6 mois), des céphalées^{21,23} (par exemple, augmentation du sentiment d'efficacité personnelle lorsqu'il s'agit de gérer les symptômes de la migraine), des troubles alimentaires^{21,24} (diminution significative de la fréquence des épisodes boulimiques et des vomissements induits par la personne) ainsi que dans le cadre des troubles addictifs^{25,26} (par exemple, diminution significative de l'usage du tabac, voire l'arrêt complet pouvant se maintenir après le programme à 3, 6 et 12 mois). En matière de traitement des personnes souffrant de leurs conduites ludiques, on observe notamment une diminution de la pratique de jeu avec un maintien à 3, 6, 12 et 24 mois²⁷.

En résumé, les programmes self-help semblent utiles dans la mesure où ils augmentent sensiblement l'observance au traitement et son maintien auprès de populations peu enclines à rechercher un traitement et chez qui le taux de rupture thérapeutique est élevé²⁶. Autrement dit, les programmes self-help s'avèrent être très efficaces pour développer les ressources motivationnelles en permettant au participant, dans un premier temps, d'évaluer les différentes pistes qui s'offrent à lui tout au long des différents stades de changement¹⁴. Cette motivation accrue est probablement rendue possible en raison d'un faible sentiment de culpabilité et de honte non seulement associé à la présence du trouble mais aussi consécutivement aux sessions manquées avec le thérapeute et/ou à la rupture thérapeutique. Par ailleurs, ce type de programme d'aide est plus efficace que l'absence de traitement et aussi efficace dans certains cas que des interventions plus classiques prodiguées en face-à-face²⁸. De plus, les patients toxicomanes ayant suivi un programme d'intervention sur internet préféraient pour la majorité d'entre eux, ce mode d'intervention, moins stigmatisant, et plus accessible (temps flexible et coût moindre)²⁹.

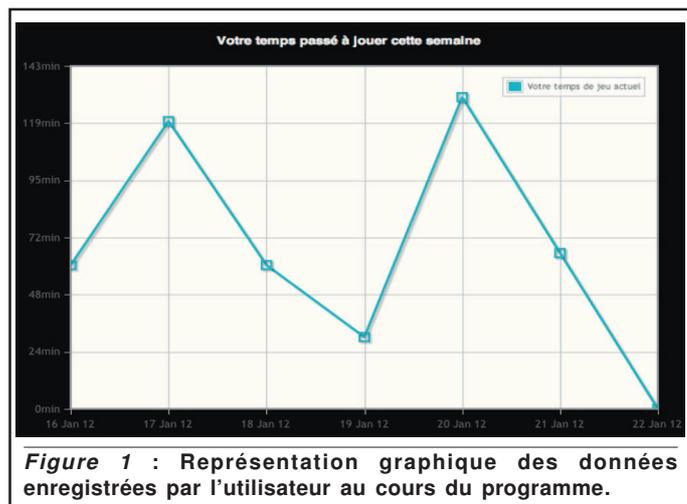
LES ASPECTS GÉNÉRAUX DU PROGRAMME SELF-HELP SUR INTERNET

Notre programme est accessible gratuitement en un clic via le site de la Clinique du Jeu en langue française et néerlandaise : www.cliniquedujeu.be et www.gokkliniek.be ou directement aux adresses suivantes : www.stopjeu.cliniquedujeu.be et www.stopgokken.gokkliniek.be. Il s'adresse à toute personne désireuse de diminuer ou de mettre un terme à sa pratique ludique.

Dans un premier temps, 5 questions posées au participant couvrent les thèmes suivants : la fréquence de sa pratique de jeu, le temps consacré à cette activité sur une période mensuelle, le non-respect des limites qui avaient été fixées, la recherche constante d'argent (emprunt ou autres) en vue de financer la pratique ludique, et enfin, la mise en place de moyens thérapeutiques visant une diminution ou l'arrêt du jeu. La perte de contrôle liée aux limites, ainsi qu'un minimum de quelques sessions de jeux par mois, d'une durée de 30 minutes à 1 h minimum, permet à la personne d'entrer dans notre programme. Notons que la présence simultanée de tous ces critères n'est pas requise, la présence d'un seul étant une condition suffisante pour que la personne puisse tenter de le travailler.

Dans un second temps, le joueur a la possibilité de créer son compte utilisateur. Au même moment, les informations relatives au programme lui sont présentées. Enfin, le joueur organisera son planning. D'emblée, un premier exercice lui est proposé, fil rouge du programme : le journal de jeu. Il s'agit d'un journal virtuel que le joueur pourra remplir quotidiennement et dans lequel il va recueillir les informations concernant sa pratique ludique. Parvenir à changer un

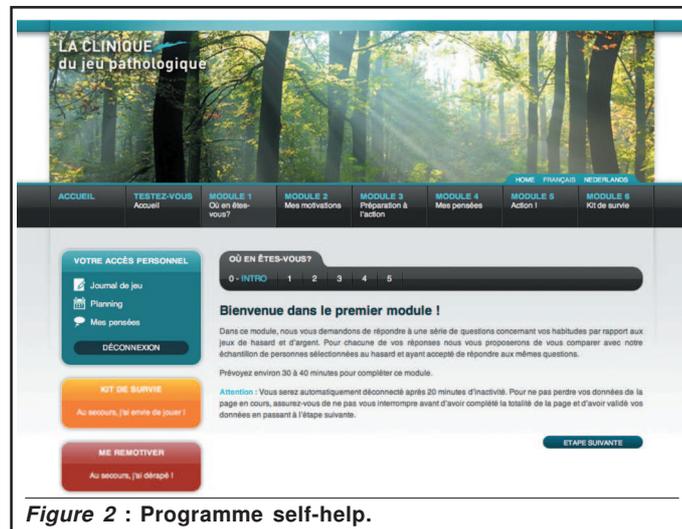
comportement nécessite avant toute chose d'en avoir une bonne connaissance³⁰. Nous invitons le lecteur à consulter la figure 1 pour une visualisation graphique des données introduites dans le journal de jeu.



peuvent le précipiter dans le jeu.

Le module 5 (Action !) débute le jour où le joueur met en application sa décision de changement. Le phénomène de *craving* et sa gestion y sont abordés.

Le module 6 (Kit de survie) traite de prévention de la rechute incluant une approche motivationnelle. Nous invitons le lecteur à se référer à la figure 2 pour un aperçu du programme.



PRESENTATION DES DIFFERENTS MODULES

Dans le module 1 (Où en êtes-vous ?), le joueur va établir un état des lieux de sa pratique ludique à travers différents questionnaires évaluant ses habitudes de jeu. Pour chacune de ses réponses, il pourra se comparer à un échantillon de personnes contrôles sélectionnées au hasard dans la population générale (N = 135), qui ont préalablement répondu à des questionnaires identiques.

Le module 2 (Mes motivations) intègre comme modèle théorique sous-jacent l'entretien motivationnel¹³. Le joueur entame un travail de réflexion sur les raisons qui le poussent au changement. La clarification de ces raisons est déjà un premier pas dans la reprise de contrôle. Une personne va accroître les probabilités de modifier son comportement lorsqu'elle estime que ce changement a de l'importance pour elle, qu'elle est prête à l'entreprendre et qu'elle a le sentiment d'en être capable. A travers ce module, l'élaboration d'une balance décisionnelle (outil où la personne va opposer les avantages et les inconvénients à la fois de la poursuite de la pratique ludique et d'un changement de celle-ci à court terme et à long terme)¹³, va permettre de dégager certains facteurs de maintien du comportement et de mettre en lumière l'ambivalence du joueur.

Le module 3 (Préparation à l'action) est basé sur la technique de résolution de problème issue des thérapies cognitivo-comportementales. Les obstacles au changement y sont abordés. L'identification des situations à risque va permettre au joueur de les anticiper et de mieux les gérer.

Le module 4 (Mes pensées) se base sur la technique de restructuration cognitive des thérapies cognitivo-comportementales. Les croyances du joueur y sont mises à l'épreuve. Le travail autour des cognitions est particulièrement important car elles

L'EVALUATION DU PROGRAMME

L'ensemble des participants est amené à participer à une évaluation à trois reprises, avant l'inclusion dans le programme (temps 1), 1 semaine (temps 2) et 3 mois après la fin du dernier module (temps 3). L'évaluation au temps 1 comprend un questionnaire sociodémographique, un questionnaire relatif au jeu reprenant l'historique de jeu ainsi que l'état actuel de la pratique ludique, une échelle de contemplation, permettant d'évaluer le niveau de motivation au changement de comportement³¹ sous forme d'une échelle de likert de 0 à 10 (0 = Je ne pense pas arrêter de jouer et 10 = J'ai mis en place une action pour m'arrêter de jouer). Elle s'accompagne de 3 variables supplémentaires afin d'investiguer la motivation intrinsèque sous forme d'échelles de likert à 5 points évaluant le degré d'importance du changement pour la personne, son sentiment de capacité de changement et son sentiment d'être prêt à l'amorcer. Un questionnaire permet d'évaluer la dépendance au jeu : le *South Oaks Gambling Screen* (SOGS)³² : il s'agit d'un auto-questionnaire de 37 items dont 20 sont cotés, permettant de dégager une pratique ludique problématique (score de 3 ou 4) et une pratique excessive (score de 5 et plus). Un questionnaire permet d'explorer la sévérité des symptômes anxieux et dépressifs : *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS)³³, comportant 14 questions, 7 relatives aux symptômes anxieux et 7 relatives aux symptômes dépressifs avec un score maximal de 21 pour chacune des catégories, évocateur du trouble à partir de 8 et significatif à partir de 11. Un questionnaire permet d'évaluer la dépendance à l'alcool : *Alcohol Use Disorder Identification Test* (AUDIT)³⁴, à travers

10 questions cotées de 0 à 4, permettant de mettre en évidence une consommation à risque (score 5 et plus), nocive (8 et plus) et excessive (12 et plus). Une échelle permet d'évaluer l'impulsivité : *Impulsive Behavior Scale UPPS* (UPPS)³⁵, comportant 45 questions dont la cotation permet l'obtention d'un score à différentes sous-échelles : l'urgence, le manque de préméditation, le manque de persévérance, et la recherche de sensation. La cotation est faite de manière à ce qu'un score élevé aux différentes facettes corresponde à un niveau plus élevé d'impulsivité. Les évaluations aux temps 2 et 3 comprennent un questionnaire relatif à l'objectif fixé (arrêt ou diminution), permettant d'évaluer la situation du joueur par rapport à l'objectif de départ, une échelle permettant d'évaluer le niveau de motivation au changement du comportement après le programme³¹, ainsi qu'un questionnaire de satisfaction.

Le déroulement temporel du programme self-help a été conçu selon un rythme bien défini afin de permettre aux joueurs d'intégrer et d'expérimenter le contenu de chaque module. Un système de rappel par mail a également été mis en place afin de favoriser le respect du suivi.

PREMIERS RESULTATS

Après 6 mois de mise en ligne, notre programme comptabilisait près de 200 inscrits avec une proportion importante (96,63 %) de personnes présentant les critères d'une pratique ludique excessive, accompagnée pour certaines, de manifestations anxieuses, dépressives ainsi que d'un usage problématique d'alcool.

Sur le plan de l'historique de jeu, les participants jouent en moyenne depuis 90 mois et 40 % d'entre eux rapportent ne jamais avoir mis en place de stratégie d'arrêt ou de diminution de leur pratique. Pour les autres, les tentatives de régulation des conduites ludiques étaient infructueuses.

Interrogés au sujet de leurs objectifs, près de deux tiers ont opté pour l'arrêt définitif de la pratique et un tiers, pour la tentative d'un retour au jeu contrôlé.

Les données recueillies sur le plan de l'impulsivité démontrent que ces joueurs sont dans l'impossibilité d'inhiber une impulsion, particulièrement dans des situations à forte valence émotionnelle, même s'ils peuvent en éprouver du regret par la suite.

Sur le plan de la motivation, nos données suggèrent qu'ils accordent de l'importance au changement de leurs habitudes ludiques et qu'ils ont le sentiment d'être prêts pour un tel changement. Par contre, faute de sentiment d'efficacité personnelle, ils ne se sentent pas encore capables de l'amorcer personnellement. En référence au modèle trans-théorique du changement des conduites addictives¹⁴, une proportion importante de joueurs se situe dans la phase de préparation au changement ainsi que dans la phase de maintien, comparable à un stade de

consolidation du changement. Notre programme semble dès lors remplir ses objectifs de sensibilisation et de motivation au traitement, mais il semble être également considéré par les patients comme un outil dans une visée de prévention de la rechute.

Pour le détail des scores, nous invitons le lecteur à consulter les tableaux 1 (Données sociodémographiques), 2 (SOGS, AUDIT, HADS), 3 (Données relatives à la pratique ludique avant inclusion dans le programme), 4 (Données relatives à la motivation au changement de la pratique ludique), et 5 (Données relatives à l'impulsivité). Nous aurions souhaité pouvoir comparer les données récoltées au temps 1 aux données récoltées aux temps 2 et 3, mais l'effectif de répondants ne nous permet pas actuellement de formuler des conclusions valables.

DISCUSSION

La honte, la crainte de la stigmatisation, le déni, l'accessibilité des traitements ou encore leur coût financier entravent la demande d'aide chez les joueurs excessifs³⁶. En effet, le pourcentage des joueurs problématiques en demande d'aide est faible^{5,6,12}. De plus, on observe un délai de plusieurs années entre l'apparition des premières conséquences négatives et le recours à un professionnel de santé³⁷. Au regard de ces observations, les résultats préliminaires obtenus suite à la mise en ligne gratuite de notre programme self-help à l'intention des joueurs excessifs sont encourageants. Un pourcentage élevé des personnes atteintes par ce programme présente les critères diagnostiques d'une pratique ludique excessive. De plus, 40 % des participants n'avaient jamais mis en place de stratégie de diminution ou d'arrêt de la pratique ludique.

Parmi les barrières expliquant le faible pourcentage de joueurs en difficulté demandeurs d'un traitement, la honte et la crainte de la stigmatisation prédisent et diffèrent le moment de la prise en charge, et cela, en dépit de conséquences délétères évidentes³⁷. Le principal attrait d'un programme self-help sur internet est l'absence du regard de l'autre, trop souvent considéré comme un regard " jugeant " ¹⁷. De notre point de vue, l'accès à un programme de traitement informatisé et mis en ligne devrait se poursuivre et même faciliter un mode de traitement plus classique de type " face-à-face ". En effet, une étude réalisée auprès de joueurs excessifs ayant pris part à un programme sur internet, démontre que 70 % des inscrits évitent d'emblée la situation en " face-à-face " par crainte du regard de l'autre, pour ensuite s'engager dans un traitement psychologique avec un thérapeute³⁸. En résumé, les programmes self-help proposés sur internet permettent d'atteindre des personnes qui n'auraient pas amorcé de démarche de changement si elles n'avaient eu l'opportunité de se tourner vers une alternative moins stigmatisante, mais encore, de faciliter l'accès au traitement psychologique de type " face-à-face ".

Tableau 1 : Données sociodémographiques (N = 172).

Genre	Origine culturelle	Niveau éducation	Situation professionnelle	Etat civil
M : 72,7 % F : 23,3 %	Europe : 84,9 % Afrique : 7 % Asie : 5,8 % Amérique : 0,6 % Autre : 1,7 %	Aucun : 4,07 % Primaires : 9,88 % Humanités inférieures : 25,58 % Humanités supérieures : 31,98 % Enseignement supérieur ou universitaire : 26,16 % Post universitaire : 2,33 %	Inconnue : 0,58 % Etudiant : 4,65 % Employé : 35,47 % Ouvrier : 22,67 % Indépendant : 8,72 % CPAS : 4,07 % Chômage : 15,70 % Mutuelle : 5,81 % Retraite : 2,33 %	Veuf : 0,58 % Célibataire : 42,44 % Cohabitant légal : 21,51 % Marié : 20,35 % Séparé-divorcé : 15,12 %

Tableau 2 : Données SOGS - AUDIT - HADS (N = 119).

SOGS	AUDIT	HADS (composante anxiété)	HADS (composante dépression)
Moyenne : 8,26 % scores significatifs : 96,63 %	Moyenne : 2,5 % scores significatifs : 32,5 % (moyenne = 16,53 %)	Moyenne : 13,09 % scores significatifs : 83,90 %	Moyenne : 10,15 % scores significatifs : 63,56 %

Tableau 3 : Données relatives à la pratique ludique avant inclusion dans le programme (N = 172).

Durée de la pratique ludique	Tentatives de diminution de la pratique ludique	Objectif de départ	Stratégie passée de diminution ou d'arrêt de la pratique ludique	Montant des sommes dépensées la semaine avant le début du programme
Moyenne : 90 mois	Moyenne : 13 fois	Arrêt : 68 % Pratique contrôlée : 32 %	Négatif : 40 % Positif : 60 %	500 € ou moins : 58,4 % Entre 501 € et 1.000 € : 16 % Plus de 1.000 € : 25,6 %

Tableau 4A : Données relatives à la motivation au changement de la pratique ludique (N = 124).

Position stade de changement	Importance du changement	Sentiment de capacité de changement	Sentiment d'être prêt au changement
Précontemplation : 12,8 % Contemplation : 13,6 % Préparation : 32 % Action : 12 % Maintien : 29,6 %	Pas du tout : 2,4 % Peu : 4 % Moyennement : 5,6 % Plutôt : 21,6 % Très : 66,4 %	Pas du tout : 9,6 % Peu : 21,6 % Moyennement : 39,2 % Plutôt : 18,4 % Très : 11,2 %	Pas du tout : 3,3 % Peu : 13,9 % Moyennement : 33,6 % Plutôt : 23 % Très : 26,2 %

Tableau 4B : One-sample t-test des scores relatifs à la motivation au changement de la pratique ludique (N = 124).

	Moyenne (écart-type)	Tests statistiques
Importance de l'arrêt du jeu	4,46 (0,95)	t(124) = 17,26 ; P < 0,001
Sentiment de capacité personnelle	3,00 (1,11)	t(124) = 0,00 ; P = 1,00
Sentiment d'être prêt au changement	3,49 (1,75)	t(124) = 4,64 ; P < 0,001
Motivation à changer	7,45 (2,76)	t(124) = 7,88 ; P < 0,001

Tableau 5 : One-sample t-test des scores relatifs à l'impulsivité UPPS (N = 114).

	Moyenne (écart-type)	Tests statistiques
Impulsivité urgence	2,08 (0,49)	t(114) = -8,98 ; P < 0,001
Impulsivité recherche de sensation	2,56 (0,64)	t(114) = 1,14 ; P = 0,26
Impulsivité manque de préméditation	2,73 (0,59)	t(114) = 4,24 ; P < 0,001
Impulsivité manque de persévérance	2,71 (0,60)	t(114) = 3,78 ; P < 0,001

Le déni des troubles est une autre entrave importante au traitement chez les joueurs excessifs^{5,6,12}. En effet, la motivation à demander de l'aide est davantage fonction de l'état de crise dans lequel se trouve la personne que la résultante d'une reconnaissance progressive du comportement problématique³⁹. Le concept d'*insight* se réfère à la notion de perception et d'un état de conscience de son

propre trouble⁴⁰. Ce concept représente un processus multidimensionnel qui comprend à la fois la reconnaissance du trouble, la conscience des différents symptômes, la conscience de la nécessité d'un traitement et la conscience de l'étiologie attribuée aux troubles et des conséquences qui en découlent⁴¹. Ce concept a plus spécifiquement été étudié dans le domaine de la schizophrénie. Des études suggèrent

que 50 à 80 % des patients schizophrènes ont de faibles capacités d'*insight*, posant des difficultés importantes dans l'observance de leur traitement⁴². Dans le domaine des addictions, où l'observance au traitement, les ruptures thérapeutiques et les rechutes sont nombreuses, le concept d'*insight* est également étudié. En effet, chez les personnes souffrant d'une dépendance à l'alcool, il existe une corrélation significative entre de faibles capacités d'*insight* et un score élevé à l'AUDIT, signe d'une sévérité alcoolique plus élevée⁴³. Or, les personnes sous-estimant leurs difficultés ou peu conscientes de leurs difficultés en lien avec leur consommation d'alcool n'entament pas de démarches afin de diminuer leur comportement addictif⁴³.

L'engagement d'un joueur dans un programme en ligne peut améliorer la conscience des difficultés rencontrées en lien avec ses pratiques ludiques. En effet, ce type de programme peut susciter un mouvement de décentration, au cours duquel le joueur prendra un peu du recul salutaire par rapport à son quotidien, ses actions et ses automatismes. Cette prise de distance pourrait dès lors favoriser une réflexion personnelle autour de la pratique ludique¹⁷. Afin de favoriser ce mouvement, les modules du programme proposés privilégient l'écriture et la représentation des données du journal de jeu sous la forme de graphiques ou de schémas (figure 1).

Ces représentations devraient favoriser une prise de conscience des troubles¹⁷. En effet, l'écriture, privilégiée sur internet, comporte plusieurs avantages. Premièrement, le joueur culpabilisé ou honteux devrait s'exprimer plus librement à travers ce média que sous le regard d'un thérapeute¹⁷. Ensuite, cette expression va encourager un travail de réflexion sur soi et va favoriser l'appropriation des objectifs thérapeutiques, lesquels seront personnalisés⁴⁴. Enfin, le joueur va prendre conscience un peu plus de ses troubles et prendre progressivement la distance nécessaire pour mieux appréhender ses difficultés⁴⁴. En résumé, l'engagement dans un programme d'aide sur internet privilégiant un travail d'écriture quotidien peut avoir des effets thérapeutiques par une augmentation de l'*insight*⁴⁵, de la réflexion sur soi et de ses troubles.

Davantage d'*insight* s'accompagne souvent d'une meilleure motivation au changement (par exemple, chez les personnes alcooliques⁴⁶). Par exemple, les patients pré-contemplatifs, c'est-à-dire non conscients de leurs troubles, présentent des capacités d'*insight* plus faibles que les personnes qui se situent dans d'autres stades de changement³⁰.

L'approche motivationnelle a pour objet de favoriser l'engagement des personnes dépendantes dans un traitement, favoriser son observance et diminuer le comportement addictif¹⁵. Par conséquent, l'inclusion de l'approche motivationnelle dans notre programme self-help a pour objectif d'augmenter la motivation au changement des joueurs par le biais de l'exploration et la résolution de leur ambivalence. En

effet, la motivation intrinsèque d'une personne est liée au plaisir et aux activités agréables qui suscitent son intérêt. Dans ce contexte, l'arrêt ou la diminution de la pratique ludique seront perçues comme des événements désagréables où les bénéfices du jeu sont perdus, allant à l'encontre du principe de plaisir. Par conséquent, il est peu probable que le joueur modifie son comportement s'il n'a pas une meilleure conscience des troubles liés à sa pratique⁴⁷.

En résumé, les capacités d'*insight* et la motivation au changement sont des phénomènes liés⁴⁶. L'augmentation de la conscience des difficultés aura pour conséquence d'accroître la motivation intrinsèque au changement. Ce dernier pourra se mettre en œuvre par le biais d'une régulation du comportement problématique. Dans cette visée, les techniques concrètes proposées dans nos modules, telles que les conduites d'évitement des situations identifiées à risque pour le joueur, l'exposition avec prévention de réponse, le développement de nouvelles compétences (stratégies de résolution de problème) et d'habiletés (augmentation des compétences sociales), peuvent porter leurs fruits. En effet, ce type d'intervention en ligne a déjà démontré une certaine efficacité dans une population de joueurs excessifs avec des effets significatifs sur la réduction de la pratique ludique à 6, 18 et 36 mois⁴⁸.

Un programme en ligne peut également favoriser l'accès au traitement en raison de sa disponibilité, de son accessibilité et de son coût financier limité¹⁷. Les difficultés financières ne sont pas à négliger chez les joueurs excessifs et sont des barrières importantes^{9,10}. La gratuité de notre programme permet à ces personnes en difficulté financière d'entreprendre une première démarche qui n'aurait peut-être pas été entreprise dans des conditions moins favorables.

Les programmes self-help en ligne offrent donc des perspectives intéressantes. Néanmoins, l'objectif premier de notre projet était de faciliter l'accès au traitement des joueurs excessifs et non pas de se substituer à un travail thérapeutique prodigué en face-à-face avec un psychothérapeute. En effet, le média " internet " pourrait lui aussi comporter certaines limites¹⁷.

Premièrement, l'absence du thérapeute, certes facilitatrice dans un premier temps, supprime les ressources d'une alliance thérapeutique. Il s'agit pourtant d'une dimension essentielle à une prise en charge clinique efficace⁴⁹. L'absence de prise en compte des aspects non verbaux de la relation ainsi que des éléments transférentiels (par exemple, le patient exprime-t-il des schémas infantiles entravant le processus thérapeutique ?) est une limitation majeure et intrinsèque d'un programme self-help informatisé.

Par ailleurs, l'absence d'un thérapeute contenant, rassurant, non jugeant et empathique n'écarte pas la possibilité d'un effet délétère de ce type de programme¹⁷. En effet, une prise de conscience trop

brutale des difficultés de vie pourrait conférer à l'expérience une dimension traumatique. Pour cette raison, le recours à un thérapeute doit être facilité.

Un autre point concerne l'existence de troubles psychiatriques associés à l'excès ludique. La dépendance à l'alcool, à la nicotine, aux substances illicites, les troubles anxieux et de l'humeur (par exemple, tentatives de suicide) ainsi que les troubles de la personnalité (par exemple, actes antisociaux) concernent une majorité des joueurs⁵⁰. Or, un programme informatique focalisé sur la dimension ludique pourrait bien être inadapté à l'hétérogénéité du tableau clinique du joueur.

CONCLUSION

Au regard des nombreuses entraves au traitement rencontrées par les joueurs excessifs, nous devons, comme cliniciens, faire preuve d'inventivité et de créativité dans l'élaboration de nouveaux outils cliniques. A la condition d'être conscient des limites de cette approche, le programme self-help sur internet développé semble prometteur. D'une part, il a pu atteindre un nombre important de joueurs en difficultés avec leur pratique ludique, d'autre part, il permet aux participants d'initier un désir de changement. Et précisément chez des participants pour lesquels l'accès aux traitements conventionnels n'est pas aisé. De plus, notre programme a l'avantage de générer un mouvement de décentration des actions habituelles et des routines pour permettre le recul réflexif sur les comportements ludiques, ce qui favorise la conscience des troubles et mobilise les ressources motivationnelles au changement.

Dans ces conditions, le programme est un adjuvant au traitement thérapeutique en face-à-face. Autrement dit, il ne se suffit pas à lui-même mais potentialiserait les ressources mentales nécessaires pour cheminer vers une relation thérapeutique. Pour certains, ce programme s'est prolongé par une demande auprès d'un thérapeute.

Par ailleurs, nous sommes fréquemment sollicités par des praticiens du secteur de la santé mentale méconnaissant la problématique du jeu excessif et se trouvant démunis face à certains patients. Notre programme self-help pourra également leur servir d'outil didactique afin de mieux conseiller et orienter leurs patients en difficulté avec une pratique ludique excessive.

Conflits d'intérêt : néant.

BIBLIOGRAPHIE

1. American Psychiatric Association : Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-IV-TR. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994
2. Grant JE, Potenza MN, Weinstein A, Gorelick, DA : Introduction to Behavioral Addictions. Am J Drug Alcohol Abuse 2010 ; 36 : 233-41
3. American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013
4. Costes JM, Richard JB, Pousset M *et al.* : Les niveaux et pratiques des jeux de hasard et d'argent en 2010. Tendances OFDT 2011 ; 77 : 1-8
5. Suurvali H, Cordingley J, Hodgins D, Cunningham J : Barriers to seeking help for gambling problems : a review of the empirical literature. J Gambl Stud 2009 ; 25 : 407-24
6. Suurvali H, Hodgins D, Toneatto T, Cunningham J : Treatment Seeking among Ontario Problem Gamblers : Results of a Population Survey. Psychiatric Services 2008 ; 59 : 1343-6
7. Raylu N, Oei TPS : Pathological Gambling : A Comprehensive Review. Clin Psychol Rev 2002 ; 22 : 1009-61
8. National Gambling Impact Study Commission : National Gambling Impact Study : Final Report. Washington DC, National Gambling Impact Study Commission, 1999
9. Hodgins D, El Guebaly N : Natural and Treatment assisted recovery from gambling problems : Comparison of resolved and active gamblers. Addiction 2000 ; 95 : 777-89
10. Rockloff MJ, Shoffield G : Factor Analysis of Barriers to Treatment for Problem Gambling. Journal of Gambling Studies 2004 ; 20 : 121-6
11. Ladouceur R, Lachance S, Fournier PM : Is control a viable goal in the treatment of pathological gambling ? Behav Res Ther 2009 ; 47 : 189-97
12. Cunningham J : " Little use of treatment among problem gamblers ". Psychiatr Serv 2005 ; 56 : 1024-5
13. Miller WR, Rollnick S : Motivationnal interviewing preparing people to change addictive behaviour. New York, Guilford Press, 1991
14. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC : In search of how people change. Applications to addictive behaviors. Am. Psychol 1992 ; 47 : 1102-14
15. Bellack AS, Bennett ME, Gearon JS *et al.* : A randomized clinical trial of a New Behavioral Treatment for Drug Abuse in people with severe and persistent mental illness. Arch Gen Psychiatry 2006 ; 63 : 426-32
16. Spek V, Cuijpers P, Nyklicek I, Riper H, Keyzer J, Pop V : Internet-based cognitive behaviour therapy for symptoms of depression and anxiety : a meta-analysis. Psychol Med 2007 ; 37 : 319-28
17. Rochlen AB, Zack JS, Speyer C : Online therapy : Review of relevant definitions, debates and current empirical support. J Clin Psychol 2004 ; 60 : 269-83
18. Christensen H, Griffiths KM, Jorm AF : Delivering interventions for depression by using the internet : randomised controlled trial. BMJ 2004 ; 328-265
19. Klein B, Richards JC : A brief internet-based treatment for panic disorder. Behav Cog Psychother 2001 ; 29 : 113-7
20. Spence J, Titov N, Dear BF *et al.* : Randomized controlled trial of internet-delivered cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress disorder. Depress Anxiety 2011 ; 28 : 541-50
21. Griffiths KM, Christensen H : Review of randomised controlled trials of internet interventions for mental disorders and related conditions. Clin Psychol 2006 ; 10 : 16-29
22. Ritterband LM, Thorndike FP, Gonder-Frederick LA *et al.* : Efficacy of an internet-based behavioral intervention for adults with insomnia. Arch Gen Psychiatry 2009 ; 66 : 692-8

23. Bromberg J, Mood ME, Black RA, Surette DA, Zacharoff KL, Chiauzzi EJ : A randomized trial of web-based intervention to improve migraine self-management and coping. *Headache* 2012 ; 52 : 244-61
24. Cooper PJ, Coker S, Fleming C : An evaluation of the efficacy of supervised cognitive behavioral self-help for bulimia nervosa. *J Psychosom Res* 1996 ; 40 : 281-7
25. Newman MG, Szkodny LE, Llera SJ, Przeworski A : A review of technology-assisted self-help and minimal contact therapies for drug and alcohol abuse and smoking addiction : Is human contact necessary for therapeutic efficacy ? *Clin Psychol Rev* 2011 ; 31 : 178-86
26. Gainsbury SM, Blaszczynski A : A systematic review of Internet-based therapy for the treatment of addictions. *Clin Psychol Rev* 2011 ; 31 : 490-8
27. Goodin P, Tarrier N : A systematic review and meta-analysis of cognitive behavioural interventions to reduce problem gambling : Hedging our bets ? *Behav Res Ther* 2009 ; 47 : 592-607
28. Emmelkamp PM : Technological innovations in clinical assessment and psychotherapy. *Psychoter Psychosom* 2005 ; 74 : 336-43
29. King VL, Stoller KB, Kidorf M *et al.* : Assessing the effectiveness of an internet-based videoconferencing platform for delivering intensified substance abuse counseling. *J Subst Abuse Treat* 2009 ; 36 : 331-8
30. Kim MK, Kim JS, Kim JG *et al.* : The readiness to change and insight in alcohol dependent patients. *J Korean Med Sci* 2007 ; 22 : 453-8
31. Biener L, Abrams DB : The contemplation ladder : validation of a measure of readiness to consider smoking cessation. *Health Psychol* 1991 ; 10 : 360-5
32. Lesieur HR, Blume SB : The South Oaks Gambling Screen (SOGS) : a new instrument for the identification of a pathological gamblers. *Am J Psychiatry* 1987 ; 144 : 1184-8
33. Untas A, Aguirrezabal M, Chauveau P, Leguen E, Combe C, Rasclé N : Anxiety and Depression in hemodialysis : validation of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). *Nephrol Ther* 2009 ; 5 : 193-200
34. Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, de la Fuente JR, Grant M : Development of the Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) : WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption. *Addiction* 1993 ; 88 : 791-804
35. Van Der Linden M, d'Acremont M, Zermatten A *et al.* : A French adaptation of the UPPS impulsive behavior scale : confirmatory factor analysis in a sample of undergraduates students. *European Journal of Psychological Assessment* 2006 ; 22 : 38-42
36. Rockloff MJ, Schofield G : Factor analysis of barriers to treatment for problem gambling. *J Gambling Studies* 2004 ; 20 : 121-6
37. Tavares H, Martins SS, Zilberman ML, El-Guebaly N : Gamblers seeking treatment : why haven't they come earlier ? *Addictive Disorders & Their Treatment* 2002 ; 1 : 65-9
38. Cooper G : Exploring and understanding online assistance for problem gamblers : The pathways disclosure model. *International Journal of Mental Health & Addiction* 2004 ; 1 : 32-8
39. Evans L, Delfabbro PH : Motivators for change and barriers to help-seeking in Australian problem gamblers. *Journal of Gambling Studies* 2005 ; 21 : 133-55
40. Bourgeois ML : L'insight (conscience de la maladie mentale), sa nature et sa mesure. *Annales médico-psychologiques* 2002 ; 160 : 596-601
41. Amador XF, Strauss DH, Yale SA *et al.* : Assessment of insight in psychosis. *Am J Psychiatry* 1993 ; 150 : 873-9
42. Raffard S, Bayard S, Capdevielle D *et al.* : La conscience des troubles dans la schizophrénie : une revue pratique : Partie I : Insight et schizophrénie, caractéristiques cliniques de l'insight. *L'encéphale* 2008 ; 34 : 597-605
43. Yen CF, Ray CH, Ries R *et al.* : Insight into alcohol-related problems and its associations with severity of alcohol consumption, mental health status, race, and level of acculturation in Southern Taiwanese Indigenous people with alcoholism. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2008 ; 34 : 553-661
44. Suler J : Psychotherapy in cyberspace : A 5-dimensional model of online and computer mediated psychotherapy. *CyberPsychology and Behavior* 2000 ; 3 : 151-60
45. Pennebaker JW : Writing about emotional experiences as a therapeutic process. *Psychological Science* 1997 ; 8 : 162-6
46. De Sousa C, Romo L, Excoffier A, Guichard JP : The link between motivations and insight in the management of addictions. *Psychotropes* 2011 ; 17 : 145-61
47. Csillik AS, Le Merdy T : Type de motivation et engagement du processus motivationnel chez les personnes dépendantes. *Alcoologie et Addictologie* 2007 ; 26 : 129-34
48. Carlbring P, Smit F : Randomized trial of internet - delivered self-help with telephone support for pathological gamblers. *J Consult Clin Psychol* 2008 ; 76 : 1090-4
49. Horvath AO, Symonds BD : Relations between working alliance and outcome in psychotherapy : A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology* 1991 ; 38 : 139-49
50. Petry NM, Stinson FS, Grant BF : Comorbidity of DSM-IV pathological gambling and other psychiatric disorders : results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *J Clin Psychiatry* 2005 ; 66 : 564-74

Correspondance et tirés à part :

M. SAEREMANS
C.H.U. Brugmann
Service de Psychiatrie et de Psychologie médicale
Place A. Van Gehuchten 4
1020 Bruxelles
E-mail : melanie.saeremans@chu-brugmann.be

Travail reçu le 11 décembre 2013 ; accepté dans sa version définitive le 13 mai 2014.