

Quelle est l'influence du genre dans la recherche de soins chez les joueurs? / The influence of gender on the help-seeking behaviour of gamblers

Éric Beaulac,¹ Méлина Andronicos,² Alain Lesage,³ Marie Robert,¹ Sébastien Larochelle,¹ & et Monique Séguin¹

¹ Département de psychoéducation et de psychologie, Université du Québec en Outaouais, Gatineau, Québec, Canada

² Faculté de biologie et médecine, Université de Lausanne, Lausanne, VD, Suisse

³ Faculté de médecine, Université de Montréal, Montréal, Québec, Canada

Résumé

Cette étude vise à décrire l'influence du genre sur les différentes étapes amenant un joueur ayant des problèmes de jeu à prendre la décision de rechercher de l'aide. Le modèle de recherche d'aide de Goldsmith, Jackson et Hough (1988) a été utilisé pour conceptualiser les étapes de prise de décision menant à consulter des services d'aide pour un problème de jeu de hasard et d'argent. Au total, 83 participants, dont 45 femmes et 38 hommes adultes, y ont pris part. Les résultats indiquent que, comparativement aux hommes, les femmes sont plus nombreuses à habiter en couple, ont plus souvent de faibles revenus et subviennent moins fréquemment seules à leurs besoins, rapportent des conduites de jeu plus conséquentes, souffrent davantage de troubles anxieux au cours de leur vie et, enfin, consultent surtout des services non spécialisés. Au cours des 12 derniers mois, les femmes avaient consulté plus souvent les services médicaux de première ligne et avaient eu moins fréquemment recours aux services spécialisés que les hommes.

Mots-clés/Keywords: jeu excessif, genre, recherche de services, utilisation de services / problem gambling, gender, help-seeking, utilization of services

Abstract

The aim of this study was to describe the influence of gender on the various stages of the decision-making process that bring problem gamblers to seek help. The authors used the help-seeking model developed by Goldsmith, Jackson and Hough (1988) to conceptualize the different stages of the process that leads to consulting support services for a gambling problem. A total of 83 participants (45 females and 38 males) took part in the study. Results show that women are more likely to have a partner

and to earn a lower income; they provide for their own needs less frequently than men; report more consistent gaming behaviours; are more prone to anxiety disorder during their lifetime; and consult primarily non-specialized services. In the previous 12 months, they had accessed front-line services more often and specialized services less frequently than men.

Introduction

Les personnes qui pratiquent les jeux de hasard et d'argent ne développeront pas toutes un problème lié au jeu. Cependant, un sous-groupe dont la prévalence se situerait entre 1,5 % et 3 % de la population (Cox, Yu, Afifi, & Ladouceur, 2005; Ladouceur, Jacques, Chevalier, Sévigny, & Hamel, 2005; Market Quest Research Group, 2009; Williams, Volberg, & Steven, 2012) développera des difficultés et sera évalué cliniquement comme étant composé de joueurs à risque, alors que 0,7 % (Ladouceur & al., 2005) de la population, annuellement, développera un trouble de jeu pathologique. Ces dernières décennies, plusieurs auteurs ont constaté une hausse du nombre de joueurs à risque (Kun, Balázs, Arnold, Paksi, & Demetrovics, 2012; Ladouceur, 1996, 2005; Ladouceur, et al., 2005; Ladouceur, Jacques, Ferland, & Giroux, 1999) due à une croissance de l'accessibilité au jeu à la suite de l'élargissement des offres proposées par les loteries vidéo et de l'expansion des offres de jeu sur Internet (Adams, Sullivan, Horton, Menna, & Guilmette, 2007; Ladouceur, 1996; Ladouceur, Boudreault, Jacques, & Vitaro, 1999).

Jusqu'à aujourd'hui, l'impact négatif du jeu excessif a largement été étudié. Les différentes sources de documentation confirment que le jeu peut entraîner des troubles de santé mentale, des problèmes financiers et légaux, des complications professionnelles ainsi que des tensions familiales – liées parfois à des problématiques de violence et d'abus passés ou présentes – et une vulnérabilité accrue aux conduites suicidaires (Andronicos et al., 2015; Beaudoin & Cox, 1999; Blaszczynski & Farrell, 1998; DeCaria, Hollander Grossman, & Wong, 1996; Kausch, 2003; Lorains, Cowlshaw, & Thomas 2011; Maccallum & Blaszczynski, 2003; Newman & Thompson, 2007; Petry, Stinson, & Grant, 2005; Séguin et al., 2006; Suomi et al., 2013).

Malgré les difficultés que vivent les joueurs, les recherches indiquent que seulement 6 % à 9 % des joueurs excessifs consultent des services de santé mentale ou psychosociaux (Slutske, 2006; Suurvali, Hodgins, Toneatto, & Cunningham, 2008). Également, les études sur l'accès aux services de santé montrent que les hommes et les femmes sollicitent différemment les services de santé physique et de santé mentale (Addis & Mahalik, 2003; Leong & Zachar, 1999). Traditionnellement, les études sur le jeu ont été réalisées surtout auprès des hommes, considérant que cette activité était à prédominance masculine. Si bien que les résultats observés chez les hommes ont été généralisés en incluant les femmes (Delfabbro, 2000; Dowling, 2013; Dowling &

Oldenhof, 2016). Il est donc important de mieux comprendre les étapes de la prise de décision pouvant influencer la recherche d'aide chez les femmes et les hommes ayant des problèmes de jeu, afin d'offrir des services psychosociaux plus appropriés, mieux ciblés et sensibles au genre.

Les habitudes de jeu en fonction du genre

En ce qui concerne les habitudes de jeu, les hommes semblent préférer les jeux de stratégie comme le poker ou le blackjack, et ils semblent jouer plus fréquemment que les femmes en dehors des lieux de jeu traditionnel (Ibáñez, Blanco, Moreryra, & Sáiz-Ruiz, 2003; Petry, 2003; Potenza et al., 2014; Svensson & Romild, 2014). Quant aux femmes, elles s'orientent davantage vers des appareils de jeu électronique et le bingo, en choisissant de jouer prioritairement à des offres légales et dans des lieux fermés comme les casinos (Crisp et al., 2004; Grant & Kim, 2002; Hraba & Lee, 1996; Ibáñez et al., 2003; Lesieur & Blume, 1991; Potenza et al., 2001). Bien que, Crisp et al. (2000) suggèrent que les femmes jouent davantage au bingo, alors que les hommes misent principalement sur les paris sportifs, une étude espagnole a montré que les hommes étaient plus nombreux à être dépendants des appareils électroniques que les femmes (Echeburúa, González-Ortega, Corral, & Polo-López, 2011). Cependant, l'ensemble des données issues de la littérature indique que les femmes ont plus tendance à choisir des jeux non stratégiques, et bien que les hommes choisissent aussi des jeux électroniques, ils démontrent une préférence pour les jeux stratégiques (Merkouris, Thomas, Shandley, Rodda, Oldenhof, & Dwoling, 2016).

Quant à la fréquence des activités de jeu, les observations sont encore divergentes : par exemple, selon Pérez (2014), les hommes ayant des problèmes de jeu semblent jouer plus fréquemment que les femmes, alors que Hraba et Lee (1996) n'observent aucune différence. La majorité des études indiquent que, chez les joueurs à problèmes, les hommes commencent à jouer plus tôt au cours de leur vie que les femmes (González-Ortega, Echeburúa, Corral, Polo-López, & Alberich, 2013; Grant & Kim, 2002; Ibáñez et al., 2003; Richmond-Rakerd, Slutske, & Piasecki, 2013). De ce fait, les difficultés liées au jeu débuteraient plus tardivement chez les femmes (González Ortega et al., 2013; Grant, Chamberlain, Schreiber, & Odlaug, 2012; Ibáñez et al., 2003), soit 11 ans plus tard, selon les études d'Haw et Holdsworth (2015); cependant, la progression des problèmes serait plus rapide (González-Ortega et al., 2013; Grant & Kim, 2002; Ibáñez et al., 2003; Shaffer & Martin, 2011). En revanche, les problèmes de jeu ont une durée plus longue pour les hommes que pour les femmes (Potenza et al., 2001). Selon González-Ortega et al. (2013), lorsque les femmes doivent gérer des problèmes contextuels, tels que la solitude ou des difficultés conjugales, la progression des problèmes de jeu devient plus rapide que chez les hommes.

Quant aux dépenses liées au jeu et à la visibilité de ces problèmes, les femmes perdraient leur argent plus lentement et plus discrètement. Elles auraient tendance à trouver des sources de revenus cachées, comme dépenser leurs économies, emprunter à leurs proches sous prétexte de demander de l'aide pour leurs dépenses quotidiennes, obtenir de l'argent en échange de relations sexuelles (Mark & Lessieur, 1992;

Tschibelu & Elman, 2010). Les hommes, pour leur part, devant faire face à des pertes plus importantes et plus rapides, auraient recours à des transactions plus voyantes, comme des emprunts financiers légaux ou illégaux (Crisp et al., 2000; Mark & Lessieur, 1992).

Les problèmes cliniques en fonction du genre

Au sujet des variables psychopathologiques des joueurs issus de la population générale, tant les hommes que les femmes présentent des symptômes psychiatriques, dont l'anxiété et la dépression. En revanche, les femmes présentent plus de troubles de l'humeur, comme la présence de dépression sévère, de dysthymie, de troubles de panique, de phobie sociale ou encore d'une anxiété généralisée (Potenza et al., 2001). Quant aux hommes, ils souffrent davantage de problèmes de dépendance, avec notamment des abus d'alcool (González-Ortega et al., 2013; Martins et al., 2004), sont plus à risque de présenter des aspects de personnalité antisociale (Ibanez et al., 2003) et ont plus fréquemment des problèmes relatifs à des activités illégales (Crisp et al., 2000).

Selon des études réalisées auprès de joueurs en traitement, les femmes qui consultent pour des problèmes de jeu présenteraient, comparativement aux hommes, davantage de troubles psychologiques (Granero et al., 2009), de symptômes dépressifs (Echeburúa et al., 2011) et de symptômes anxieux (Echeburúa et al., 2011; Specker, Carlson, Edmonson, Johnson, & Marcotte, 1996), elles auraient une plus faible estime d'elles-mêmes (Echeburúa et al., 2011) et elles utiliseraient le jeu en réponse à des événements négatifs (Holdsworth, Nuske, & Breen, 2013). Les hommes en traitement pour un problème de jeu souffriraient plus fréquemment de dépendances ou d'abus de substances que les femmes (Echeburúa et al., 2011; González-Ortega et al., 2013).

Une étude de Kessler et al. (2008) sur le séquençage temporel de l'apparition des troubles, qui n'a pas relevé de différence entre les genres, a toutefois indiqué que les troubles de l'humeur auraient tendance à apparaître avant les problèmes de jeu, tandis que les problèmes liés aux substances émergeraient après l'arrivée des problèmes de jeu. Haw et Holdsworth (2015), à l'aide de questionnaires évaluant les expériences passées en lien avec le jeu, la dépression, l'anxiété et la dépendance aux substances, ont observé que les femmes avaient tendance à éprouver d'autres difficultés avant le début de leur première période de jeu problématique, alors que ces difficultés apparaissent chez les hommes après leur première période de jeu. Ces données laissent envisager que les problèmes de jeu s'installent différemment chez les femmes et les hommes.

Les différences de genre et la recherche de services

En ce qui concerne la recherche de services dans la population de joueurs pathologiques, les résultats d'une étude québécoise récente indiquent que, de manière générale, les femmes ont tendance à consulter plus fréquemment des services d'aide que les hommes (Séguin et al., 2013). Selon Slutske, Blaszczynski et Martin (2009), les femmes seraient plus nombreuses que les hommes à admettre leur problème de jeu

et à chercher à consulter des services; en revanche, elles seraient moins nombreuses à arrêter de jouer sans avoir obtenu de l'aide. En effet, les femmes ont une propension à faire appel aux services professionnels de santé mentale, tandis que les hommes s'orientent de manière plus systématique vers des centres spécialisés en abus de substances (Ladd & Petry, 2002). Selon l'étude de Légaré et al. (2014), les femmes ayant un trouble de jeu pathologique rapportent plus facilement avoir besoin d'aide, comparativement aux hommes.

D'après les résultats des chercheurs Crisp et al. (2004) et Tang, Wu, Tang et al. (2007), les femmes qui font appel à des services d'aide ont tendance à être mariées, alors que les résultats des études d'Echeburúa et al. (2011) et de Taravers et al. (2001) indiquent plutôt que la grande majorité des femmes qui font une demande d'aide ne sont pas mariées. Les études montrent que les femmes joueuses en traitement sont généralement plus âgées que les hommes joueurs en traitement (Crisp et al., 2004; Echeburúa et al., 2011; Quilty, Watson, Robinson, Toneatto, & Bagby, 2011; Tang et al., 2007; Tavares et al., 2001) et ont davantage de probabilités d'avoir des enfants à leur charge (Crisp et al., 2004).

En résumé, il existe plusieurs études qui se sont intéressées aux différences entre les hommes et les femmes; toutefois, elles portent principalement sur les conduites de jeu et sur les facteurs de risque psychosociaux et cliniques. En ce qui concerne la recherche de services, les observations doivent encore être approfondies (Merkouris et al, 2016). En effet, sachant qu'il y a plusieurs façons d'avoir accès à de l'aide professionnelle et plusieurs raisons pour y faire appel, nous pouvons supposer qu'il existe un ensemble de variables, susceptibles d'être différentes selon le genre, et qui se conjuguent à un moment précis, suscitant alors la décision de rechercher de l'aide. L'objectif de cette étude vise à documenter l'influence du genre sur les étapes de la prise de décision en vue de rechercher de l'aide.

Les étapes de la prise de décision

Certains modèles théoriques ont proposé des cadres conceptuels permettant de comprendre et d'expliquer la prise de décision amenant une personne à consulter un service d'aide. Par exemple, Andersen et Newman (1973) ont proposé un modèle de recherche d'aide comprenant les caractéristiques prédisposantes, les facteurs liés à la maladie et les facteurs qui permettent la consultation. Ce modèle se concentre principalement sur les facteurs personnels et semble négliger les facteurs environnementaux (Pescosolido, 1992; Pescosolido & Boyer, 1999). De telles remarques sont également valables pour d'autres modèles, tels que le *Health Belief Model* ou le *Theory of Reasoned Action*. En revanche, le modèle de recherche d'aide de Goldsmith, Jackson et Hough (1988) prend en considération une séquence d'étapes de prise de décision amenant une personne à consulter un service. Bien que ce modèle ne soit pas prédictif, il permet d'établir une référence théorique des étapes de prise de décision amenant la personne à obtenir de l'aide. Ce modèle, tel qu'il est présenté dans la Figure 1, comprend trois phases de décision menant à la consultation : la phase I, soit la reconnaissance du problème; la phase II, soit la décision d'obtenir de l'aide; la phase III, soit le choix du

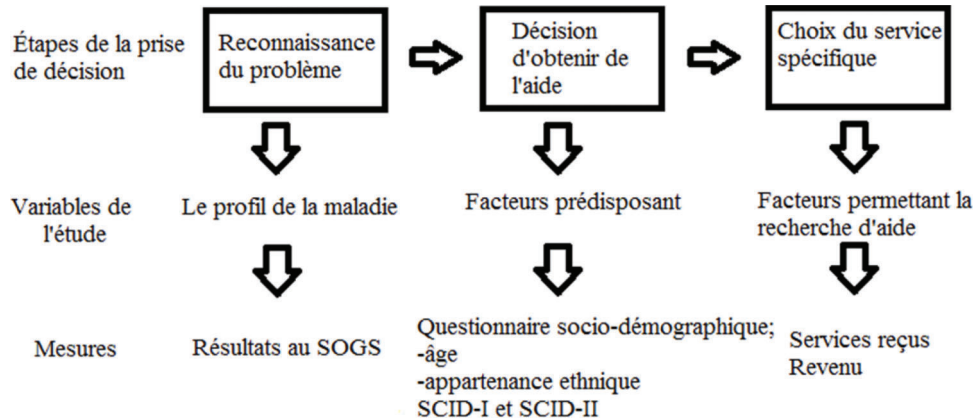


Figure 1. Le modèle de recherche d'aide adapté de Goldsmith, Jackson et Hough (1988)

service spécifique. Pour chacune de ces trois phases, les auteurs définissent les variables pouvant influencer la recherche d'aide. À la phase I, soit la reconnaissance du problème, des variables comme le profil ou la sévérité de la maladie pourraient avoir une influence, alors qu'elles entreraient peu en jeu aux deux autres phases. Les facteurs prédisposants (antécédents sociaux et psychologiques) auront une influence sur la décision de faire une demande d'aide (étape II). Enfin, les facteurs permettant la recherche d'aide (accessibilité, disponibilité, acceptabilité, etc.) influenceront le choix du service (étape III).

Ce modèle a, par exemple, déjà été utilisé par Rosato (2007) dans le cadre d'une recherche sur l'obtention et la continuité de services en santé mentale auprès d'une population d'adolescents provenant de 80 écoles secondaires. Ainsi, il a été possible de constater que les adolescents, notamment les plus défavorisés, à la recherche d'aide pour des problèmes de santé mentale, préféraient s'orienter vers les services scolaires plutôt que d'aller consulter un médecin. Ce même modèle a également été utilisé par Martos (2013), dans une étude qualitative, et a permis d'identifier les facteurs qui ont conduit des parents à chercher de l'aide pour leur enfant ayant reçu un diagnostic d'autisme. Également, Jang et son équipe (2014) ont utilisé ce modèle pour démontrer que le profil de la maladie et la reconnaissance des difficultés de santé mentale augmentaient la probabilité de faire appel à des services. Les variables individuelles, sociales et structurelles sont le point fort du modèle de recherche d'aide de Goldsmith, Jackson et Hough (1988) (Glied, Kofman, & Fund, 1995). En se basant sur ce modèle, cette étude vise à conceptualiser les étapes menant à la décision de consulter des services d'aide chez des femmes et des hommes ayant des problèmes de jeu.

Méthodologie

Participants

L'étude a inclus 83 participants, soit 45 femmes et 38 hommes, ayant entre 20 et 79 ans, avec un âge moyen de 51 ans ($ET = 12,38$). L'âge moyen des hommes était de 47 ans ($ET = 13,96$), tandis que celui des femmes était de 55 ans ($ET = 9,39$).

Dans cet échantillon, 43,4 % des participants étaient mariés ou vivaient en couple, 34,9 % étaient séparés, divorcés ou veufs et 21,7 % étaient célibataires ou avaient des fréquentations amoureuses. Parmi les participants, 30,1 % avaient poursuivi des études universitaires, 22,9 % avait fait des études collégiales, 33,7 % avaient suivi une formation professionnelle et 12 % avaient fait des études secondaires. Lors de l'entrevue, 63,9 % des participants avaient un emploi, 13,3 % étaient sans emploi et 16,9 % étaient au foyer, à la retraite ou invalides.

Recrutement

Le recrutement a été effectué au Canada, plus précisément dans la grande région de l'Outaouais, auprès des centres de traitements pour les joueurs, des organismes qui viennent en aide aux joueurs et à leurs proches, des dirigeants du Casino de l'Outaouais et des intervenants de crise, des propriétaires de bars qui possèdent des appareils de loterie vidéo et, enfin, par l'intermédiaire d'annonces dans des journaux de la région. Cette large diffusion nous a permis d'obtenir un échantillon hétérogène de joueurs qui reconnaissaient avoir un problème de jeu.

Au cours de la période de recrutement, lorsque les personnes intéressées se manifestaient, elles étaient rapidement contactées par la coordonnatrice du projet de recherche. Lors d'un premier contact téléphonique, une évaluation des problèmes de jeu était réalisée à l'aide du *South Oaks Gambling Screen* (SOGS; Lesieur & Blume, 1987), et seules les personnes qui avaient un score au-dessus de 3, indiquant une problématique de jeu, ont été invitées à participer à l'étude.

Procédure de recueil des données

Les participants ont été vus deux fois lors de rencontres d'une durée d'environ trois heures, pour répondre à des questions selon un mode structuré d'entrevue clinique. Avec l'accord des participants, chaque entrevue a été enregistrée pour assurer une vérification ultérieure de la qualité des entrevues. Nous avons rencontré les participants, à leur convenance, soit dans un local de l'université, soit à leur domicile. Tous les participants ont signé un formulaire de consentement et l'étude a été approuvée par le Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec en Outaouais (référence 9704).

Instruments de mesure

Données sociodémographiques. Un questionnaire sociodémographique a permis d'obtenir les variables démographiques, telles que la date de naissance, l'origine ethnique, le revenu salarial et le niveau d'éducation.

L'évaluation des problèmes de jeu : Le *South Oaks Gambling Screen* (SOGS; Lesieur & Blume, 1987). Le SOGS est un questionnaire de dépistage élaboré selon les critères du DSM III (American Psychiatric Association, 2000), qui permet de déterminer

la présence d'un problème de jeu ainsi que son niveau d'intensité. Une version française de cet instrument (Lejoyeux, 1999) a été utilisée pour cette étude. Le SOGS possède une bonne validité interne et une bonne fidélité (Lesieur & Blume, 1987; Poulin, 2002; Wulfert et al., 2005). D'après les critères de ce questionnaire, un score inférieur à 2 indique l'absence de problème de jeu; un résultat entre 3 et 4 indique la présence d'un jeu à risque et un résultat supérieur à 5 indique la présence d'un jeu pathologique (Gambino & Lesieur, 2006). Dans le cadre de cette étude, tous les participants atteignaient un score entre 3 et 5, soit un seuil de jeu à risque ou de jeu pathologique.

L'identification des troubles de santé mentale : Le *Structured Clinical Interview for DSM-IV* (SCID; Spitzer et al. 1990). Le SCID utilisé pour cette étude est un instrument clinique standardisé qui permet d'identifier les troubles de l'axe I et II, ainsi que la période d'apparition de difficultés, soit au cours de la vie, soit au cours de la dernière année. La cohérence interne est excellente avec un alpha de Cronbach de ,88 (Hodgins & Côté, 1990).

L'utilisation des services

Un questionnaire structuré, créé par Lesage et al. (2008), a permis de recueillir des données sur les services de santé mentale reçus par les participants, sur leur fréquence d'utilisation de ces services et sur la formation des professionnels consultés durant l'année précédant l'entrevue ainsi que pour la période antérieure à la dernière année (à vie). Les services ont été subdivisés en quatre catégories, soit (a) les services médicaux de première ligne, comprenant la consultation des médecins de famille, (b) les services psychosociaux, regroupant la consultation des infirmières et des travailleurs sociaux, et l'accès aux centres de jeunesse et aux professionnels scolaires, (c) les services spécialisés, comprenant l'accès aux psychologues, aux psychiatres, aux intervenants dans les centres de crises, aux intervenants dans les centres de dépendance et aux services d'urgence médicale, et (d) les services communautaires et les aides à but non lucratif, qui regroupent l'utilisation des lignes d'écoute et de soutien, l'accès aux membres du clergé, la participation à des groupes de soutien pour joueurs anonymes ainsi qu'à d'autres groupes communautaires. Nous avons également colligé ce qui a amené les participants à prendre la décision de consulter pour chacune des demandes d'aide.

L'investigation des raisons de la recherche de services

Des questions de nature qualitative ont été ajoutées à la fin de l'entrevue, dans le but de déterminer ce qui a amené les participants à consulter des services d'aide. Deux questions ouvertes, telles que « Qu'est-ce qui vous a amené à consulter? » et « Qu'est-ce qui vous a amené à consulter à ce moment précis? », ont été posées aux participants.

Procédure d'analyse des étapes de prise de décision pour la consultation

L'utilisation du modèle de recherche d'aide de Goldsmith, Jackson et Hough (1988) avait pour but de nous aider à différencier en quoi le processus de prise de décision menant à la consultation pouvait être différent chez les hommes et les femmes. Ainsi,

le profil de la maladie (variable de la phase I : la reconnaissance du problème) a été évalué par la présence et la sévérité du problème de jeu en fonction du score obtenu au SOGS. Les facteurs prédisposants (variable de la phase II : la décision de faire une demande d'aide) ont été évalués en considérant des facteurs sociaux et psychologiques, tels que l'appartenance ethnique, l'âge et la présence de troubles de santé mentale. Enfin, les facteurs permettant la recherche d'aide (variable de la phase III : le choix du service) ont été évalués en prenant en compte trois variables, soit le revenu, la disponibilité de l'aide et la pression sociale à rechercher de l'aide. Nous pouvons considérer que la disponibilité des services sociosanitaires – une variable importante – était la même pour tous les participants, étant donné que ceux-ci vivaient dans la même région.

L'analyse des données

La régression logistique a été choisie en considérant que le modèle de Goldsmith et al. (1988) tente d'identifier les variables qui influenceront la recherche de services et que la majorité des variables sont de nature catégorielle, dont le genre. De plus, l'objectif de cette étude étant de déterminer quelle est l'influence du genre sur la recherche de service, il est essentiel d'utiliser une analyse multivariée. Pour analyser les données, des régressions logistiques avec un mode d'analyse basé sur le rapport de vraisemblance et un intervalle de confiance de 95 % ont permis de comparer les variables dépendantes selon le genre et d'obtenir des rapports de cotes. Les rapports de cotes ont été privilégiés dans le but de faciliter la compréhension des résultats. Le genre a été considéré comme étant la variable indépendante, et les autres variables comme étant des variables dépendantes.

Le logiciel du programme statistique SPSS version 21.0 a été utilisé pour effectuer les analyses (Inc., Chicago, IL).

Une analyse qualitative a été réalisée pour les deux questions ouvertes. Les réponses ont été évaluées au moyen d'une analyse par regroupement thématique, visant à dégager un portrait d'ensemble à partir d'un corpus donné (Paillé & Mucchielli, 2012). Ce type d'analyse permet d'interpréter le contenu par des catégories analytiques effectuées a posteriori, c'est-à-dire en fonction des réponses obtenues et à partir des fondements théoriques utilisés par les chercheurs (Fallery & Rodhain, 2007).

Résultats

Les résultats seront présentés selon la séquence de prise de décision en fonction du modèle de recherche d'aide de Goldsmith, Jackson et Hough 1988.

Phase I : Reconnaissance du problème de jeu

Les résultats moyens obtenus au SOGS sont de 8,46 ($ET = 3,45$) avec un résultat moyen de 8,87 ($ET = 3,05$) pour les femmes et de 7,97 ($ET = 3,86$) pour les hommes. Selon les résultats présentés au Tableau I, les femmes sont plus nombreuses à obtenir

Tableau 1
Différence selon le genre chez les personnes ayant un problème de jeu

	Total N = 83	Femmes N = 45	Hommes n = 38	RC	IC _{95%}	p
	%	%	%			
Profil de la maladie:						
Résultat SOGS						
3 à 4	13	3	10	0,32	0,08-1,32	,12
5 et plus	73	42	31	0,32	0,76-13,21	,12
Variables prédisposantes:						
Variables psychopathologiques						
AXE I						
Actuel (6 derniers mois)						
Présence trouble de l'humeur	19	9	10	0,70	0,25-1,96	,50
Présence trouble dépendance	9	3	6	0,38	0,09-1,64	,20
Présence trouble anxieux	10	5	5	0,83	0,22-3,10	,78
Aucun trouble	30	19	11	1,79	0,72-4,49	,21
À vie						
Présence trouble de l'humeur	58	34	24	1,80	0,70-4,65	,22
Présence trouble de dépendance	40	20	20	0,72	0,30-1,71	,46
Présence trouble anxieux	23	17	6	3,24	1,12-9,35	,03
Aucun trouble	2	1	1	0,84	0,05-13,91	,90
AXE II						
Groupe A	6	5	1	4,63	0,52-41,45	,17
Groupe B	8	5	3	0,62	0,33-6,55	,62
Groupe C et personnalité dépressive	16	9	7	1,11	0,37-3,32	,86
Variable permettant la recherche de service						
Source du revenu						
Subvient seul	46	20	26	0,37	0,15-0,91	,03
Autres	36	25	11	3,07	1,29-7,66	,02
Données manquantes	1	0	1	-	-	-
Revenu personnel						
Moins de 20 000 \$	12	10	2	5,14	1,01-25,17	,04
De 20 000 \$ à 69 999 \$	40	25	15	1,92	0,80-4,61	,15

Tableau 1 Suite.

	Total N = 83	Femmes N = 45	Hommes n = 38	RC	IC _{95%}	p
	%	%	%	%		
70 000 \$ et plus	7	3	4	0,61	0,13-2,90	,53
Données manquantes	24	7	17	-	-	-
Utilisation de services						
Dernière année						
Première ligne médicale	49	35	14	6,00	2,29-15,73	,00
Première ligne de services de santé et sociaux	12	5	7	0,55	0,16-1,91	,35
Services spécialisés	40	18	22	0,49	0,20-1,17	,10
Services communautaires et à but non lucratif	36	16	10	1,55	0,60-3,98	,37
À vie						
Première ligne médicale	56	36	20	3,60	1,37-9,49	,01
Première ligne de services de santé et sociaux	31	21	10	2,45	0,97-6,21	,06
Services spécialisés	57	31	26	1,02	0,40-2,59	,96
Services communautaires et à but non lucratif	42	30	12	4,33	1,72-10,91	,00

des résultats supérieurs à 4 au SOGS (93,33 %), comparativement aux hommes (75,61 %) ($RC = 0,32$; $IC\ 95\% = 0,76-13,21$; $p = ,12$).

Phase II : La prise de décision en vue de faire une demande d'aide

Facteurs sociaux et psychologiques prédisposants. Hormis le fait que les femmes vivent plus souvent en couple (44,4 %) que les hommes (26,3 %) ($RC = 2,24$; $IC\ 95\% = 0,88-5,68$; $p < ,10$), il n'existe aucune différence significative entre les hommes et les femmes pour ce qui est des données sociodémographiques. Ainsi, il n'y a pas de différence significative en ce qui concerne l'âge et l'appartenance ethnique.

Quant à la présence de troubles mentaux, tels qu'ils ont été évalués par le SCID I et le SCID II, les résultats indiquent que les troubles mentaux sont importants tant chez les hommes que chez les femmes. Se référant aux 6 derniers mois, 20 % des femmes et 26 % des hommes ont rapporté la présence de troubles de l'humeur, alors que 7 % des femmes et 16 % des hommes ont rapporté la présence de troubles de dépendance. Se référant au cours de leur vie, 75 % des femmes et 63 % des hommes ont indiqué avoir vécu un trouble de l'humeur, alors que 44 % des femmes et 53 % des hommes ont indiqué avoir eu des troubles de dépendance à une substance. Cependant, les femmes ont vécu plus de troubles anxieux (37,8 %) au cours de leur vie que les hommes (15,8 %) ($RC = 3,24$; $IC\ 95\% = 1,12-9,35$; $p < ,05$).

Phase III : Les facteurs permettant la recherche d'aide et le choix des services

L'analyse des revenus. Les analyses indiquent que les hommes sont plus nombreux à subvenir seuls à leurs besoins (68,4 %), comparativement aux femmes (44,4 %) ($RC = 0,37$; $IC\ 95\% = 0,15\ 0,91$; $p < ,05$). Seulement 5,3 % des hommes ont un salaire annuel inférieur à 20 000 \$, comparativement à 22,2 % des femmes ($RC = 5,14$; $IC\ 95\% = 1,01-25,17$; $p < ,05$).

La raison ayant mené le participant à consulter des services. Les participants ont également évoqué ce qui les avait amenés à prendre la décision de consulter. Leurs réponses ont été classées a posteriori en trois catégories, selon que les raisons de leur consultation étaient associées à la sphère individuelle/santé mentale, sociale ou relationnelle. La fréquence de ces réponses est rapportée au Tableau 2. Dans la sphère individuelle/santé mentale, les raisons de consulter sont fréquemment associées à une tentative de suicide, à un problème de santé mentale ou encore à un problème de dépendance. Dans la sphère sociale, les éléments comme la présence de problèmes financiers, des difficultés liées à l'emploi ou encore des difficultés avec la loi sont les motivateurs principaux de la consultation. Enfin, les raisons associées à la sphère relationnelle comprennent des difficultés avec au moins un membre de la famille, le départ ou la perte d'un proche ou un évènement récent de violence relationnelle. De manière générale, les participants consultant pour des raisons relationnelles sont les plus nombreux. La sphère relationnelle est la dimension qui permet d'établir la plus grande différence entre les hommes et les femmes. En effet,

Tableau 2

Raisons ayant mené à la prise de décision de consulter pour ses problèmes de jeu

Raisons de la prise de décision de consultation pour le jeu	Femmes n	Hommes n	RC	IC _{95%}	p
Raisons associées à la sphère de santé mentale	10	10	1,02	0,38-2,71	,97
Raisons associées à la sphère sociale	15	11	1,23	0,48-3,13	,67
Raisons associées à la sphère relationnelle	20	11	1,96	0,79-4,90	,15

parmi les participants qui rapportent avoir pris la décision de consulter des services d'aide pour des raisons relationnelles, 20 sont des femmes tandis que 11 sont des hommes.

L'utilisation des services. Les variables correspondant à l'utilisation des services montrent également des résultats significatifs, tels qu'ils sont indiqués dans le Tableau 1. En ce qui a trait à l'utilisation des services au cours de la dernière année, les femmes (77,8 %) avaient consulté davantage les services médicaux de première ligne comparativement aux hommes (36,8 %) ($RC = 6,00$; $IC\ 95\% = 2,29-15,73$; $p < ,01$) et elles avaient consulté moins de services spécialisés (40 %) que les hommes (57,9 %) ($RC = 0,49$; $IC\ 95\% = 0,20-1,17$; $p = ,10$). Quant aux consultations au cours de la vie, les femmes avaient demandé de manière plus fréquente de l'aide auprès des services médicaux de première ligne (80 %), comparativement aux hommes (52,63 %) ($RC = 3,60$; $IC\ 95\% = 1,37-9,49$; $p = ,01$), les femmes avaient fait appel aux services de première ligne de santé et de services sociaux plus souvent (46,7 %) que les hommes (26,3 %) ($RC = 2,45$; $IC\ 95\% = 0,97-6,21$; $p < ,10$) et elles avaient fréquenté des services communautaires et des groupes à but non lucratif plus régulièrement (66,7 %) que les hommes (31,6 %) ($RC = 4,33$; $IC\ 95\% = 1,72-10,91$; $p < ,01$).

Discussion

Les résultats présentés dans cette étude semblent indiquer qu'il existe des différences entre les hommes et les femmes lors des trois étapes motivant la recherche d'aide, selon le modèle de Goldsmith et al. (1988). Sans que ce modèle puisse prédire le moment propice à la recherche d'aide, il a permis d'observer les différences entre les femmes et les hommes lors de cette prise de décision. Il est ainsi apparu que les femmes participant à cette étude avaient tendance plus que les hommes à rapporter des problèmes de jeu, d'après les résultats du SOGS. Cela pourrait indiquer que leur problème de jeu est plus grave, donc possiblement plus difficile à ignorer, ce qui les amènerait à reconnaître l'existence du problème de dépendance au jeu (phase I) et expliquerait, en partie, une sensibilité plus importante à l'égard de leur situation de vulnérabilité. Trois autres études comparatives ont rapporté des résultats similaires, indiquant que les femmes avaient des problèmes de jeu plus graves que ceux des hommes (Grant, Chamberlain, Schreiber, & Odlaug, 2012; Kim, Hodgins, Bellringer, & Abbott, 2015; Ledgerwood, Widemann, Moore, & Arfken; 2012).

D'ailleurs, les résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (2012) démontrent que les personnes éprouvant des niveaux élevés de détresse sont beaucoup plus susceptibles de reconnaître leurs difficultés et la nécessité de consulter des services de santé mentale (Sunderland & Findlay, 2013).

Les différences concernant les facteurs prédisposants (phase II) vont dans le même sens. En effet, les femmes participant à cette étude, en plus des troubles mentaux souvent multiples, ont eu au cours de leur vie plus de troubles anxieux que les hommes, ce qui peut également contribuer à une recherche de services plus active. Nous remarquons également une présence importante de psychopathologie, tant au cours de la dernière année qu'au cours de la vie chez les femmes et les hommes, caractérisée par la présence de troubles de dépendance, de troubles de l'humeur, de troubles anxieux et par une tendance, sans être significative, à présenter plus de troubles de personnalité du groupe A chez les femmes. À la différence des résultats de Potenza et al. (2001) et de González-Ortega et al. (2013), ceux de cette étude ne permettent pas de distinguer de différences significatives entre les hommes et les femmes quant aux troubles de l'humeur et aux troubles de dépendance. Alors que les troubles de dépendance sont souvent associés à un profil masculin, les résultats de la présente étude indiquent un taux à vie presque similaire entre les hommes et les femmes, se distinguant ainsi des résultats publiés jusqu'à maintenant (Merkouris et al., 2016).

Les facteurs permettant la recherche d'aide (phase III) sont particulièrement intéressants et démontrent que les femmes consultent principalement les services de première ligne et généraux au cours de la dernière année et à vie, alors que les hommes sollicitent surtout les services spécialisés de deuxième ligne au cours de la dernière année. Même si les femmes avaient des revenus plus restreints que ceux des hommes (inférieurs à 20 000 \$ pour 22,2 % d'entre elles), elles étaient plus nombreuses à avoir consulté des services. Les données de la littérature sont partagées concernant ce facteur. Une revue systématique d'études sur le jeu (Merkouris et al., 2016) mentionne deux études qui ont rapporté des résultats au sujet du revenu – l'une ne relève pas de différences femmes/hommes au regard du revenu personnel (Ledgerwood, Wiedemann, Moore, & Arfken (2012) et l'autre montre que les femmes ont un revenu personnel plus faible que les hommes (Aynami et al., 2014). Cette donnée semble en contradiction avec les données épidémiologiques populationnelles, en indiquant qu'un revenu plus modeste pourrait limiter l'accès aux services de santé mentale (Légaré et al., 2014). Il est toutefois possible que la couverture d'assurance maladie au Québec diminue l'impact de cette variable sur la fréquence de la consultation.

De plus, l'analyse qualitative semble indiquer qu'au-delà des difficultés liées au jeu, la motivation des femmes à consulter des services est associée à des difficultés relationnelles. Nous pouvons donc supposer que les enjeux relationnels, qu'ils soient directement ou indirectement associés aux problèmes de jeu, représentent une source de motivation importante pouvant déclencher la recherche d'aide. Aussi, l'intensité

des difficultés qui se produisent dans plusieurs sphères simultanément (jeux, santé, relations interpersonnelles) pourrait contribuer à amorcer la recherche d'aide.

L'analyse qualitative a permis de constater que les femmes consultent en premier lieu pour régler des difficultés relationnelles; la pression sociale serait donc susceptible de jouer un rôle important dans une démarche de demande d'aide chez les joueuses. Dans ce contexte, il devient essentiel de prendre en considération les difficultés relationnelles lors des demandes d'aide, puisque l'accumulation des problèmes de jeu et des difficultés de santé mentale pourrait contribuer à amplifier les tensions avec l'entourage. Ainsi, il est intéressant de constater que les raisons de chercher de l'aide peuvent influencer le choix des services sollicités. Les femmes consultent habituellement des services de première ligne pour des conflits interpersonnels, alors que les hommes consultent prioritairement des services spécialisés pour des raisons de santé mentale et des raisons sociales, comme des difficultés d'ordre professionnel. À cet égard, les résultats de cette étude vont dans le même sens que les observations de Ladd et Petry (2002), indiquant des choix de services différents entre les femmes et les hommes. Dans une perspective plus large de demande d'aide chez les hommes, les travaux de Tremblay, Morin, Desbiens et Bouchard (2007) ont permis de constater que, face à une situation de crise, les hommes préféreraient s'adresser directement à des professionnels de santé plutôt que de partager leurs difficultés avec leurs proches.

Limites de l'étude

Les limites méthodologiques sont associées au recueil des données rétroactives et à la capacité mnésique des participants qui peut varier selon les individus, ce qui signifie que le risque d'oublier d'aborder des expériences antérieures doit être envisageable. Il est également important de considérer que d'autres variables peuvent motiver la décision de recherche d'aide, par exemple, la vision subjective de l'entourage ou encore l'environnement culturel, lesquels n'ont pas été mesurés dans cette étude. Cependant, le recueil de données repose également sur des forces dont : le nombre de participants, l'hétérogénéité des facteurs de recrutement et le fait que tous les participants avaient un problème de jeu au moment de l'étude. Également, la méthode de recueil de données, réalisée selon un mode conversationnel, est semblable au recueil de données qui se réalise lors d'entrevue clinique habituelle et permet de tenir compte de l'ensemble des propos des participants.

Conclusion

Mieux connaître ce qui motive les joueurs à consulter des services ouvre une perspective quant à l'amélioration de l'accessibilité des soins. Il s'agirait non seulement de proposer des services adaptés au parcours de vie et aux singularités de chacun, mais aussi de mettre en place des programmes de prévention ciblés sensibles au genre. La connaissance des lieux de recherche de soins chez les femmes et chez les hommes permet ainsi d'élargir les terrains de dépistage et de prise en charge. Les services de première ligne auraient avantage à être particulièrement attentifs dans l'investigation de la présence de problèmes de jeu lors des demandes d'aide liées à des

difficultés relationnelles et aux problématiques anxieuses chez les femmes. Dans le cas des hommes, ce sont plutôt les spécialistes en santé mentale au sein des services de traitement des dépendances qui devraient systématiquement investiguer un possible problème de jeu lors d'une demande de traitement. Il est important de poursuivre les efforts de dépistage en cours, comme ceux qui ont été entrepris dans les centres de santé mentale et d'intervention psychosociale à l'aide des questionnaires DÉBA-Alcool/Drogue (Tremblay, Rouillard, & Sirois, 2001) et DÉBA-Jeux (Tremblay, Ménard, & Ferland, 2001), afin de détecter de manière précoce les problèmes de jeu, les comorbidités qui leur sont associées et les difficultés sociales qu'ils engendrent. Ce dépistage systématique est un élément salvateur dans le parcours de soins des joueurs des deux genres.

Dans une perspective plus large, il est important de soutenir des interventions universelles, telles que l'accroissement de la documentation sur les problèmes de santé mentale et les problèmes de jeu, tout comme la diffusion d'information sur l'existence, l'accessibilité et le fonctionnement des lieux de soins, pour permettre aux proches d'être sensibilisés et de devenir ainsi des relais dans l'orientation des personnes touchées. Par exemple, les campagnes de prévention du jeu pourraient avoir une orientation plus ciblée selon le genre, en cherchant à atteindre les femmes qui préfèrent les jeux non stratégiques et les hommes qui ont des préférences envers les jeux plus stratégiques. Les connaissances doivent encore être approfondies en ce qui a trait à la temporalité de la demande d'aide, afin de mieux cibler encore les possibilités de détection précoce. Des efforts doivent se faire également pour approcher les joueurs hors des réseaux de soins afin de comprendre et de mieux anticiper leurs demandes d'aide.

Références/References

Adams, G. R., Sullivan, A., Horton, K. D., Menna, R., & Guilmette, A. M. (2007). A study of differences in Canadian university students' gambling and proximity to a casino. *Journal of Gambling Issues, 19*, 9-17. doi:10.4309/jgi.2007.19.1

Addis, M. E., & Mahalik, J. R. (2003). Men, masculinity, and the contexts of help seeking. *American psychologist, 58*(1), 5-14. doi:10.1037/0003-066X.58.1.5

Andronicos, M., Beauchamp, G., DiMambro, M., Robert, M., Besson, J., & Seguin, M. (2015). Do male and female gamblers have the same burden of adversity over their life course? *International Gambling Studies, 15*(2). doi:10.1080/14459795.2015.1024706

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR* (4th ed.). Washington, DC: Author.

Andersen, R., & Newman, J. F. (1973). Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society, 51*(1), 95-124. doi:10.2307/3349613

Aynami, N., Granero, R., Penelo, E., Fernandez-Aranda, F., Isabel, K., Gunnard, K., et al. (2014). Anger in pathological gambling: clinical, psychopathological and personality correlates. *Spanish Journal of Psychology*, *17*(E39): 1-12. doi:10.1017/sjp.2014.40

Beaudoin, C. M., & Cox, B. J. (1999). Characteristics of problem gambling in a Canadian context: A preliminary study using a DSM-IV-based questionnaire. *Canadian Journal of Psychiatry*, *44*, 483-487. doi:10.1177/070674379904400509

Blaszczynski, A., & Farrell, E. (1998). A case series of 44 completed gambling-related suicides. *Journal of Gambling Studies*, *14*(2), 93-109.

Crisp, B. R., Thomas, S. A., Jackson, A. C., Smith, S., Borrell, J., Ho, W., & Thomason, N. (2004). Not the same: A comparison of female and male clients seeking treatment from problem gambling counselling services. *Journal of Gambling Studies*, *20*(3), 283-299. doi:10.1023/B:JOGS.0000040280.64348.d1

Crisp, B. R., Thomas, S. A., Jackson, A. C., Thomason, N., Smith, S., Borrell, J., Ho, W.Y. & Holt, T. A. (2000). Sex differences in the treatment needs and outcomes of problem gamblers. *Research on Social Work Practice*, *10*(2), 229-242. doi:10.1177/0829573516644554

Cox, B. J., Yu, N., Afifi, T. O., & Ladouceur, R. (2005). A national survey of gambling problems in Canada. *Canadian Journal of Psychiatry*, *50*(4), 213-217. doi:10.1177/070674370505000404

DeCaria, C. M., Hollander, E., Grossman, R., & Wong, C. M. (1996). Diagnosis, neurobiology, and treatment of pathological gambling. *Journal of Clinical Psychiatry*, *57*(8), 80-84.

Delfabbro, P. (2000). Gender differences in Australian gambling: A critical summary of sociological and psychological research. *The Australian Journal of Social Issues*, *35*(2), 145.

Dowling N.A. (2013). The cognitive-behavioural treatment of female problem gambling. In: Richard D, Blaszczynski A, Nower L, editors. *The Wiley-Blackwell handbook of disordered gambling* (pp. 225-250). West Sussex: Wiley.

Dowling N.A., & Oldenhof E. (2016). Gender differences in risk and protective factors for problem gambling. In: Prever HB-JF, editor. *Problem gambling in women: an international perspective*. UK: Taylor and Francis.

Echeburúa, E., González-Ortega, I., Corral, P., & Polo-López, R. (2011). Clinical Gender Differences Among Adult Pathological Gamblers Seeking Treatment. *Journal of Gambling Studies*, *27*(2), 215-227. doi:10.1007/s10899-010-9205-1

- Fallery, B., & Rodhain, F. (2007). *Quatre approches pour l'analyse de données textuelles: lexicale, linguistique, cognitive, thématique*. Paper presented at the XVI^e Conférence de l'Association Internationale de Management Stratégique AIMS.
- Gambino, B., & Lesieur, H. (2006). The south oaks gambling screen (SOGS): A rebuttal to critics. *Journal of Gambling Issues*, 17. doi:10.4309/jgi.2006.17.10
- Glied, S., Kofman, S., & Fund, C. (1995). *Women and mental health: Issues for health reform*. Commission on Women's Health, Commonwealth Fund.
- Goldsmith, H. F., Jackson, D. J., & Hough, R. (1988). Process model of seeking mental health services: Proposed framework for organizing the literature on help-seeking. In U. S. G. P. Office (Ed.), *Needs assessment: Its future* (pp. 49-64). Washington DC.
- González-Ortega, I., Echeburúa, E., Corral, P., Polo-López, R., & Alberich, S. (2013). Predictors of pathological gambling severity taking gender differences into account. *European Addiction Research*, 19(3), 146-154. doi:10.1159/000342311
- Granero, R., Penelo, E., Martínez-Giménez, R., Álvarez-Moya, E., Gómez-Peña, M., Aymamí, M. N., Jiménez-Murcia, S. (2009). Sex differences among treatment-seeking adult pathologic gamblers. *Comprehensive Psychiatry*, 50(2), 173-180. doi:10.1016/j.comppsy.2008.07.005
- Grant, J. E., & Kim, S. W. (2002). Gender differences in pathological gamblers seeking medication treatment. *Comprehensive Psychiatry*, 43(1), 56-62. doi:10.1053/comp.2002.29857
- Grant, J. E., Chamberlain, S. R., Schreiber, L. R., & Odlaug, B. L. (2012). Gender-related clinical and neurocognitive differences in individuals seeking treatment for pathological gambling. *Journal of Psychiatric Research*, 46(9), 1206-1211. doi:10.1016/j.jpsychires.2012.05.013
- Haw, J., & Holdsworth, L. (2015). Gender Differences in the Temporal Sequencing of Problem Gambling with Other Disorders. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 14, 1-13. doi:10.1007/s11469-015-9601-y
- Hodgins, S., & Côté, G. (1990). Prevalence of mental disorders among penitentiary inmates in Quebec. *Canada's Mental Health*, 38(1), 1-4.
- Holdsworth, L., Nuske, E., & Breen, H. (2013). All mixed up together: Women's experiences of problem gambling, Comorbidity and co-occurring complex needs. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 11(3), 315-328.
- Hraba, J., & Lee, G. (1996). Gender, gambling and problem gambling. *Journal of Gambling Studies*, 12(1), 83-101. doi:10.1007/BF01533191

Ibáñez, A., Blanco, C., Moreryra, P., & Sáiz-Ruiz, J. (2003). Gender differences in pathological gambling. *Journal of Clinical Psychiatry*, *64*(3), 295-301. doi:10.1007/s11469-015-9601-y

Jang, Y., Yoon, H., Chiriboga, D. A., Molinari, V., & Powers, D. A. (2015). Bridging the gap between common mental disorders and service use: The role of self-rated mental health among African Americans. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, *23*(7), 658-665. doi:10.1016/j.jagp.2014.02.010

Kausch, O. (2003). Suicide attempts among veterans seeking treatment for pathological gambling. *Journal of Clinical Psychiatry*, *64*(9), 1031-1038. doi:1038. doi:10.4088/JCP.v64n0908

Kessler, R. C., Hwang, I., LaBrie, R., Petukhova, M., Sampson, N. A., Winters, K. C., & Shaffer, H. J. (2008). DSM-IV pathological gambling in the National Comorbidity Survey Replication. *Psychological medicine*, *38*(09), 1351-1360. doi:10.1017/S0033291708002900

Kim, H. S., Hodgins, D. C., Bellringer, M., & Abbott, M. (2015). Gender differences among helpline callers: Prospective study of gambling and psychosocial outcomes. *Journal of Gambling Studies*, *32*(2), 1-19. doi:10.1007/s10899-015-9572-8

Kun, B., Balázs, H., Arnold, P., Paksi, B., & Demetrovics, Z. (2012). Gambling in Western and Eastern Europe: The Example of Hungary. *Journal of Gambling Studies*, *28*(1), 27-46. doi:10.1007/s10899-011-9242-4

Ladd, G. T., & Petry, N. M. (2002). Gender differences among pathological gamblers seeking treatment. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, *10*(3), 302-309. doi:10.1037/1064-1297.10.3.302

Ladouceur, R. (1996). The prevalence of pathological gambling in Canada. *Journal of Gambling Studies*, *12*(2), 129-142. doi:10.1007/bf01539170

Ladouceur, R. (2005). Controlled Gambling for Pathological Gamblers. *Journal of Gambling Studies*, *21*(1), 51-59. doi:10.1007/s10899-004-1923-9

Ladouceur, R., Boudreault, N., Jacques, C., & Vitaro, F. (1999). Pathological gambling and related problems among adolescents. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, *8*(4), 55-68. doi:10.1300/J029v08n04_04

Ladouceur, R., Jacques, C., Chevalier, S., Sévigny, S., & Hamel, D. (2005). Prevalence of pathological gambling in Quebec in 2002. *Canadian Journal of Psychiatry*, *50*(8), 451. doi:10.1177/070674370505000804

Ladouceur, R., Jacques, C., Ferland, F., & Giroux, I. (1999). Prevalence of problem gambling: A replication study 7 years later. *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie*, 44(8), 802-804. doi:10.1177/070674379904400807

Ledgerwood D.M., Wiedemann A.A., Moore J., & Arfken C.L. (2012) Clinical characteristics and treatment readiness of male and female problem gamblers calling a state gambling helpline. *Addict Res Theory*, 20(2) : 162–71. doi:10.3109/16066359.2011.588815

Légaré, A. A., Ferland, F., Blanchette-Martin, N., Champagne, A., Baillargeon-Lemieux, H., Garceau, P., & Giroux, I. (2014). Cibles du traitement des joueurs problématiques: existe-t-il des différences entre les hommes et les femmes? *Drogues, santé et société*, 13(1), 53-67. doi:10.7202/1027125ar

Lejoyeux, M. (1999). Echelles de dépistage du jeu pathologique: Le jeu pathologique. *Neuro-psy*, 14(2), 67-71.

Leong, F. T., & Zachar, P. (1999). Gender and opinions about mental illness as predictors of attitudes toward seeking professional psychological help. *British Journal of Guidance and Counselling*, 27(1), 123-132. doi:10.1080/03069889908259720

Lesage, A., Séguin, M., Guy, A., Daigle, F., Bayle, M.-N., Chawky, N., Tremblay, N., & Turecki, G. (2008). Systematic services audit of consecutive suicides in New Brunswick: The case for coordinating specialist mental health and addiction services. *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie*, 53(10), 671-678. doi:10.1177/070674370805301006

Lesieur, H. R., & Blume, S. B. (1987). The South Oaks Gambling Screen (SOGS): A new instrument for the identification of pathological gamblers. *The American Journal of Psychiatry*, 144(9), 1184-1188. doi:10.1176/ajp.144.9.1184

Lesieur, H. R., & Blume, S. B. (1991). Evaluation of patients treated for pathological gambling in a combined alcohol, substance abuse and pathological gambling treatment unit using the Addiction Severity Index. *British journal of addiction*, 86(8), 1017-1028. doi:10.1111/j.1360-0443.1991.tb01863.x

Lorains, F. K., Cowlishaw, S., & Thomas, S. A. (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

Mark, M. E., & Lesieur, H. R. (1992). A feminist critique of problem gambling research. *British Journal of Addiction*, 87(4), 549-565. doi:10.1111/j.1360-0443.1992.tb01957.x

- Market Quest Research Group. (2005). *Newfoundland and Labrador gambling prevalence study*. St. John's, NL: Department of Health and Community Services, Government of Newfoundland and Labrador.
- Martins, S. S., Tavares, H., da Silva Lobo, D. S., Galetti, A. M., & Gentil, V. (2004). Pathological gambling, gender, and risk-taking behaviors. *Addictive behaviors*, 29(6), 1231-1235. doi:10.1016/j.addbeh.2004.03.023
- Martos, T. R. (2013). A qualitative examination of factors influencing parents' decision making process when choosing or rejecting recommended services for their child following a diagnosis of autism spectrum disorder (Doctoral dissertation). Retrieved ProQuest Dissertation Publishing. (Accession No. 3564924)
- Maccallum, F., & Blaszczynski, A. (2003). Pathological gambling and suicidality: An analysis of severity and lethality. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 33(1), 88-98. doi:10.1176/ajp.144.9.1184
- Merkouris, S. S., Thomas, A. C., Shandley, K. A., Rodda, S. N., Oldenhof, E., & Dowling, N. A. (2013). An update on gender differences in the characteristics associated with problem gambling: a systematic review. *Current Addiction Reports*, 3(3), 254-267. doi:10.1007/s40429-016-0106-y
- Newman, S. C., & Thompson, A. H. (2007). The association between pathological gambling and attempted suicide: Findings from a national survey in Canada. *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie*, 52(9), 605-612. doi.org/10.1521/suli.33.1.80.22785
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Armand Colin.
- Pérez, J. I. R. (2014). Juego patológico y dependencia del alcohol en una muestra de trabajadores y estudiantes universitarios: Prevalencias, interrelaciones y diferencias de género. [Pathological gambling and alcohol dependence in a sample of workers and university students: Prevalences, relationships and gender differences.]. *Psychologia: Avances de la Disciplina*, 8(1), 33-42.
- Pescosolido, B. A. (1992). Beyond rational choice: The social dynamics of how people seek help. *American Journal of Sociolog. New Directions in the Sociology of Medicine (Jan., 1992)*, 97(4), 1096-1138.
- Pescosolido, B. A., & Boyer, C. A. (1999). How do people come to use mental health services? current knowledge and changing perspectives. In Horwitz, Allan V. (Ed); Scheid, Teresa L. (Ed), (1999). *A handbook for the study of mental health: Social contexts, theories, and systems* (pp. 392-411). New York, NY, US: Cambridge University Press, xvii, 676 p.

Petry, N. M. (2003). A comparison of treatment-seeking pathological gamblers based on preferred gambling activity. *Addiction*, 98(5), 645-655. doi:10.1046/j.1360-0443.2003.00336.x

Petry, N. M., Stinson, F. S., & Grant, B. F. (2005). Comorbidity of DSM-IV pathological gambling and other psychiatric disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66(5), 564-574. doi:10.4088/JCP.v66n0504

Potenza, M. N., Steinberg, M. A., McLaughlin, S. D., Wu, R., Runsaville, B. J., & O'Malley, S. S. (2001). Gender-related differences in the characteristics of problem gamblers using a gambling helpline. *The American Journal of Psychiatry*, 158(9), 1500-1505. doi:10.1176/appi.ajp.158.9.1500

Poulin, C. (2002). An assessment of the validity and reliability of the SOGS-RA. *Journal of Gambling Studies*, 18(1), 67-93. doi:10.1023/a:1014584213557

Quilty, L. C., Watson, C., Robinson, J. J., Toneatto, T., & Bagby, R. M. (2011). The prevalence and course of pathological gambling in the mood disorders. *Journal of Gambling Studies*, 27(2), 191-201. doi:10.1007/s10899-010-9199-8

Richmond-Rakerd, L. S., Slutske, W. S., & Piasecki, T. M. (2013). Birth cohort and sex differences in the age of gambling initiation in the United States: Evidence from the National Comorbidity Survey Replication. *International Gambling Studies*, 13(3), 417-429. doi:10.1080/14459795.2013.836554

Scotto R., N. (2007). Factors associated with adolescents' mental health access and patterns of utilization (Doctoral Dissertation). Retrieved from ProQuest Dissertations Publishing. (Accession No. 3253017)

Séguin, M., Lesage, A., Chawky, N., Guy, A., Daigle, F., Girard, G., & Turecki, G. (2006). Suicide cases in New Brunswick from April 2002 to May 2003: The importance of better recognizing substance and mood disorder comorbidity. *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie*, 51(9), 581-586.

Séguin, M., Robert, M., DiMambro, M., Lesage, A., Reidi, G., Roy, M., Gagnon, A., Larochele, S., & Dutrisac, S. (2013). Gambling over the life course and treatment-seeking. *International Gambling Studies*, 13(3), 302-318. doi:10.1080/14459795.2013.812675

Shaffer, H. J., & Martin, R. (2011). Disordered gambling: Etiology, trajectory, and clinical considerations. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 483-510. doi:10.1146/annurevclinpsy-040510-143928

Specker, S., Carlson, G., Edmonson, K., Johnson, P., & Marcotte, M. (1996). Psychopathology in pathological gamblers seeking treatment. *Journal of Gambling Studies*, 12(1), 67-81. doi:10.1007/bf01533190

Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., Gibbon, M., & First, M. B. (1990). *User's guide for the structured clinical interview for DSM-III-R: SCID*. Washington, DC, US: American Psychiatric Association.

Slutske, W. S. (2006). Natural recovery and treatment-seeking in pathological gambling: Results of two US national surveys. *American Journal of Psychiatry*, *163*(2), 297-302. doi:10.1001/archpsyc.1992.01820080032005

Slutske, W. S., Blaszczynski, A., & Martin, N. G. (2009). Sex differences in the rates of recovery, treatment-seeking, and natural recovery in pathological gambling: Results from an Australian community-based twin survey. *Twin Research and Human Genetics*, *12*(5), 425-432. doi:10.1375/twin.12.5.425

Sunderland, A., & Findlay, L. (2013). *Besoins perçus de soins de santé mentale au Canada: résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes-Santé mentale (2012)*. Statistique Canada.

Suomi, A., Jackson, A. C., Dowling, N. A., Lavis, T., Patford, J., Thomas, S. A., Harvey, P., Abbott, M., Bellringer, M. E., Koziol-McLain, J., & Cockman, S. (2013). Problem gambling and family violence: family member reports of prevalence, family impacts and family coping. *Asian Journal of Gambling Issues and Public Health*, *3*(1), 1-15.

Suurvali, H., Hodgins, D., Toneatto, T., & Cunningham, J. (2008). Treatment seeking among Ontario problem gamblers: Results of a population survey. *Psychiatric Services*, *59*(11), 1343-1346.

Svensson, J., & Romild, U. (2014). Problem gambling features and gendered gambling domains amongst regular gamblers in a Swedish population-based study. *Sex Roles*, *70*(5-6), 240-254. doi:10.1007/s11199-014-0354-z

Tang, C.-k., Wu, A. S., & Tang, J. C. (2007). Gender differences in characteristics of chinese treatment-seeking problem gamblers. *Journal of Gambling Studies*, *23*(2), 145-156. doi:10.1007/s10899-006-9054-0

Tavares, H., Zilberman, M., Beites, F., & Gentil, V. (2001). Brief Communications: Gender Differences in Gambling Progression. *Journal of Gambling Studies*, *17*(2), 151-159. doi:10.1023/a:1016620513381

Tremblay, J., Rouillard, P., & Sirois, M. (2001). *Deépistage/évaluation du besoin d'aide - Alcool/Drogues*. Québec, Service de recherche CRUV/CRAT-CA. www.risqtoxico.ca

Tremblay, J., Ménard, J.M., & Ferland, F. (2001). *Détection/évaluation du besoin d'aide - Jeu, Québec*. Service de recherche CRUV/CRAT-CA. www.risqtoxico.ca

Tremblay, G., Morin, M.-A., Desbiens, V., & Bouchard, P. (2007). *Conflits de rôle de genre et dépression chez les hommes*. Québec : CRI-VIFF (Études et analyses #36)

Tschibelu, E., & Elman, I. (2010). Gender differences in psychosocial stress and in its relationship to gambling urges in individuals with pathological gambling. *Journal of Addictive Diseases*, 30(1), 81-87. doi:10.1080/10550887.2010.531671

Williams, R.J., Volberg, R.A., & Stevens, R.M.G. (2012). *The Population Prevalence of Problem Gambling: Methodological Influences, Standardized Rates, Jurisdictional Differences, and Worldwide Trends. Report prepared for the Ontario Problem Gambling Research Centre and the Ontario Ministry of Health and Long Term Care.* May 8, 2012. Récupéré de / Retrieved from : <http://hdl.handle.net/10133/3068>

Wulfert, E., Hartley, J., Lee, M., Wang, N., Franco, C., & Sodano, R. (2005). Gambling Screens: Does Shortening the Time Frame Affect their Psychometric Properties? *Journal of Gambling Studies*, 21(4), 521-536. doi:10.1007/s10899-005-5561-7

Manuscrit soumis le 8 février 2016 et accepté le 23 novembre 2016. Cet article a fait l'objet d'une évaluation par les pairs. Toutes les adresses URL étaient actives au moment de la soumission.

Submitted February 8, 2016; accepted November 23, 2016. This article was peer-reviewed. All URLs were available at the time of submission.

Correspondance/correspondence: Éric Beaulac, D. Psy. Département de psychoéducation et de psychologie, Université du Québec en Outaouais, 283 boul. Alexandre-Taché, Gatineau Québec, Canada, J8X 3X7.
Courriel/E-mail: eric.beaulac@outlook.fr

Conflit d'intérêts/Conflict of interest: Aucun conflit d'intérêts à déclarer. / No conflict of interest declared.

Approbation éthique/Ethics approval: L'étude a été approuvée par le Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec en Outaouais (référence 9704). / This study was approved by the Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec en Outaouais (reference no. 9704).

Remerciements/Acknowledgements: Cette étude a été possible grâce à une subvention du Fonds de recherche du Québec – Société et culture. / This study was made possible by a grant from the Fonds de recherche du Québec – Society and culture.