



ÉVALUATION DU PROGRAMME EXPÉRIMENTAL SUR LE JEU PATHOLOGIQUE

LE PROGRAMME D'ÉVALUATION ET DE
TRAITEMENT DES JOUEURS EXCESSIFS

LE POINT DE VUE DES INTERVENANTS

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC



information



formation



recherche

ÉVALUATION DU PROGRAMME EXPÉRIMENTAL SUR LE JEU PATHOLOGIQUE

LE PROGRAMME D'ÉVALUATION ET DE
TRAITEMENT DES JOUEURS EXCESSIFS

LE POINT DE VUE DES INTERVENANTS

DIRECTION PLANIFICATION, RECHERCHE ET INNOVATION
UNITÉ CONNAISSANCE-SURVEILLANCE

MARS 2005

AUTEURS

Élisabeth Papineau	Institut national de santé publique du Québec Direction Planification, recherche et innovation, Unité Connaissance-surveillance
Denis Allard	Institut national de santé publique du Québec Direction Planification, recherche et innovation, Unité Connaissance-surveillance
Marie-Anne Kimpton	Institut national de santé publique du Québec Direction Planification, recherche et innovation, Unité Connaissance-surveillance
Chantale Audet	Institut national de santé publique du Québec Direction Planification, recherche et innovation, Unité Connaissance-surveillance

AVEC LA COLLABORATION DE

Serge Chevalier, chercheur invité	Centre International d'étude sur le jeu et les comportements à risque chez les jeunes, Université McGill
-----------------------------------	--

RÉFÉRENCE SUGGÉRÉE

Papineau, É., Allard, D., Kimpton, M.-A. & Audet, C. (2005). *Évaluation du programme expérimental sur le jeu pathologique. Le Programme d'évaluation et de traitement des joueurs excessifs - Le point de vue des intervenants*. Institut national de santé publique du Québec.

Cette recherche a été réalisée en partie grâce à une subvention du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

**Ce document est disponible en version intégrale sur le site Web de l'INSPQ : <http://www.inspq.qc.ca>
Reproduction autorisée à des fins non commerciales à la condition d'en mentionner la source.**

CONCEPTION GRAPHIQUE
MARIE-PIER ROY

MISE EN PAGE
LINE MAILLOUX

DOCUMENT DÉPOSÉ À SANTÉCOM ([HTTP://WWW.SANTECOM.QC.CA](http://www.santecom.qc.ca))
COTE : INSPQ-2005-018

DÉPÔT LÉGAL – 2^o TRIMESTRE 2005
BIBLIOTHÈQUE NATIONALE DU QUÉBEC
BIBLIOTHÈQUE NATIONALE DU CANADA
ISBN 2-550-44195-8

©Institut national de santé publique du Québec (2005)

Le temps, l'argent, les proches...

« Bien, ils ne peuvent pas se replacer. Comment veux-tu refaire ton argent à 62 ans? C'est terminé. Tu vas vivre avec qu'est-ce qui te reste. Puis c'est bien difficile de faire face à cette réalité-là, ça prend beaucoup, beaucoup de temps. Et ne plus haïr l'autre... C'est difficile de le haïr puis de l'aimer en même temps ».

Prendre soin de soi-même

« Puis ce qui est intéressant aussi, c'est que ce n'est pas juste pour le jeu. C'est que la personne, grâce à son problème de jeu, a été obligée, forcée de prendre soin d'elle-même puis de regarder ce qui se passe puis, à ce moment-là, c'est bon pour le reste de sa vie ».

70 % de la thérapie

Alors, il faudrait peut-être avoir quelque chose qui puisse ressembler à ça, expliquant le mécanisme, parce que, pour moi, au niveau thérapie, c'est comme noir et blanc, ça passe noir, puis ça s'en va au blanc. Les gens ont une révélation quand je leur apprends un petit peu le fonctionnement d'une machine. Je dirais que c'est 70 % de la thérapie. C'est pour ça que je disais ça tantôt là, peut-être plus s'attarder à ça. Puis savez-vous quoi? En plus de ça, moi quand je dis : « regardez... », je leur explique..., le propriétaire de bar va chercher à peu près 25 000 \$ par machine. Ça, ça les écoëure. Bien madame, ça les écoëure. Puis ça les met dans la soupe puis là ils ne voient plus le propriétaire de bar beau et gentil comme avant. Ils le voient comme un profiteur, un arnaqueur et là, bien, en fil en aiguille, bien ils voient aussi le gouvernement en arrière qui va tirer des gros sous de ça, comme une taxe supplémentaire. Là on vient de changer de discours. C'est 70 % de ma thérapie, puis moi je les confronte à ça. Je ne me ferais pas bien, bien aimer de Loto-Québec, mais c'est comme ça ».

REMERCIEMENTS

Les auteurs tiennent à remercier chaleureusement plusieurs personnes qui, à un titre ou à un autre, ont contribué au projet et sans qui la présente étude n'aurait pas la même valeur.

Les intervenants qui ont accepté de nous livrer leurs expériences humaines et professionnelles auprès des usagers des services de traitement. Nous souhaitons ardemment que les résultats soient rapides et tangibles et que leurs témoignages, expériences et propositions soient entendus afin que la situation des personnes aux prises avec des problèmes liés au jeu s'améliore.

Les directeurs ou coordonnateurs, responsables à la planification ou à la programmation des régions régionales qui ont participé généreusement à l'élaboration et à la concertation entre les différentes instances, tout au long du processus. Les directeurs et responsables des différents organismes qui ont ouvert leur porte et facilité la réalisation de ce projet. Les usagers, qui ont eux aussi témoigné généreusement de leurs démarches vers le rétablissement. Nous les remercions pour leur disponibilité, leur précieuse participation et toutes ces discussions riches en idées et en expériences qui ont aidé à comprendre tout l'enjeu du dossier.

Nous adressons également nos remerciements au Dr Richard Boyer, du Centre de recherche Fernand-Séguin de l'Université de Montréal, et à Ronald Lambert, du Centre Dollard-Cormier, pour leur relecture avisée du présent manuscrit; à Karine Bellemare, de l'INSPQ pour un nombre imposant de détails importants qu'elle a su résoudre ainsi qu'à Catherine Geoffrion pour ses judicieux conseils; à Anne Levac, de Quali-texte et Hélène Brien, pour leur professionnalisme et leur rapidité au cours des nombreuses heures de transcription de ruban; à Line Mailloux, pour ses talents d'éditrice; à Odile Sévigny, pour les multiples conseils ponctuels et la validation de nos réflexions.

Et finalement, ceux qui pensent que la recherche peut contribuer à l'amélioration des services existants.

RÉSUMÉ

Ce rapport analyse comment, dans le cadre du Programme expérimental sur le jeu pathologique mis en place par le ministère de la Santé et des Services sociaux, les services de traitement offerts à la population aux prises avec des problèmes de jeu pathologique ont été modulés en fonction de divers facteurs. Les intervenants ont en effet adopté et/ou adapté le Programme d'évaluation et de traitement des joueurs excessifs conçu par le Centre québécois d'excellence pour la prévention et le traitement du jeu (ci-après nommé CQEPTJ) en fonction des réalités auxquelles ils sont confrontés dans leur pratique quotidienne d'intervention. Parmi ces facteurs d'adaptation, notre étude distingue des facteurs organisationnels, des facteurs environnementaux et des facteurs liés à la clientèle.

Les facteurs organisationnels concernent l'orientation thérapeutique préalable des centres de traitement, l'orientation thérapeutique préalable de l'intervenant, l'expérience de travail en toxicomanie. Les aspects environnementaux réfèrent aux contingences liées aux distances, au tissu social et à l'offre de jeu. Finalement, la nature des problèmes et des attentes des clientèles est une autre de ces réalités qui ont toutes, à une échelle plus ou moins importante, inspirée des ajustements au traitement initialement proposé par le CQEPTJ.

Par ailleurs de nombreuses adaptations ont été rendues nécessaires au regard du profil de la clientèle. Les problèmes de santé mentale, toxicomanie et alcoolisme, de même que, sur un autre registre, les attentes des clients, ont également fait en sorte que les intervenants ont modifié, amendé, interverti ou ignoré certains éléments prévus au Programme d'évaluation et de traitement des joueurs excessifs, de même qu'ils y ont ajouté d'autres éléments.

Les intervenants nous livrent donc leur évaluation des divers éléments du Programme d'évaluation et de traitement des joueurs excessifs ainsi que des suggestions constructives pour le bonifier. Les propos des intervenants recueillis en entrevue ainsi que les informations colligées par questionnaire sur leur profil et leur pratique sont validés par des informations provenant des entrevues avec les directeurs généraux et les directeurs cliniques des centres de traitement ainsi qu'avec certains propos des usagers.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX.....	XI
LISTE DES FIGURES.....	XIII
1. INTRODUCTION	1
1.1. Le Programme d'évaluation et de traitement des joueurs excessifs	2
1.2. La finalité du programme	3
2. MÉTHODES	7
2.1. La littérature scientifique.....	7
2.2. Les entrevues avec les intervenants	7
2.3. Le questionnaire avec les intervenants	9
2.3.1. Les entrevues avec les usagers, les coordonnateurs cliniques et les DG	9
2.3.2. La rétroaction de la journée sur le jeu pathologique	10
2.4. Les limites de l'évaluation.....	10
3. LES ADAPTATIONS AU PROGRAMME D'ÉVALUATION ET DE TRAITEMENT DES JOUEURS EXCESSIFS	13
3.1. Les hypothèses de départ	13
3.2. Les facteurs environnementaux d'adaptation du Programme d'évaluation et de traitement des joueurs excessifs	13
3.2.1. L'orientation thérapeutique du centre de traitement.....	13
3.2.2. L'orientation thérapeutique de l'intervenant	16
3.2.3. L'expérience de travail en toxicomanie	20
3.2.4. Les contingences environnementales.....	21
3.3. Les facteurs d'adaptation du Programme d'évaluation et de traitement des joueurs excessifs liés à la clientèle	23
3.3.1. Santé mentale	23
3.3.2. Toxicomanie et alcoolisme.....	26
3.3.3. Les attentes des clients.....	30
3.3.4. Les attentes vis-à-vis le traitement.....	31
3.3.5. Les attentes vis-à-vis le jeu.....	33
3.3.6. Les attentes vis-à-vis la qualité de vie	35

4. LES ÉTAPES DE TRAITEMENT DU PROGRAMME D'ÉVALUATION ET DE TRAITEMENT DES JOUEURS EXCESSIFS	37
4.1. Impressions générales de la formation et du programme	38
4.2. L'évaluation	41
4.3. L'analyse de la séance de jeu	45
4.4. La définition du hasard et les situations à risque.....	47
4.5. Les erreurs de pensée	48
4.6. Les exercices « A moi de jouer »	50
4.7. La dimension comportementale	51
4.8. La prévention de la rechute	52
4.9. L'évaluation post-traitement	55
4.10. Les suivis post-traitement.....	56
5. PRÉOCCUPATIONS SOULEVÉES PAR LES INTERVENANTS.....	61
5.1. L'attente.....	63
5.2. L'évaluation	66
5.3. Les abandons et les complétions	69
5.4. Les suivis.....	74
5.5. Les proches.....	77
5.6. Les coûts de l'interne	80
5.7. Autres thèmes abordés par les intervenants.....	81
6. CONCLUSION	83
7. RÉFÉRENCES.....	87
ANNEXE 1 - LETTRE DE SOLlicitATION DES INTERVENANTS	95
ANNEXE 2 - FORMULAIRE DE CONSENTEMENT	99
ANNEXE 3 - SCHÉMA D'ENTREVUE INDIVIDUELLE.....	103
ANNEXE 4 - QUESTIONNAIRE INTERVENANTS	111

ANNEXE 5 - ANALYSE FINE DES RÉSULTATS DU QUESTIONNAIRE.....	125
ANNEXE 6 - LISTE ET CARACTÉRISTIQUES DES CENTRES DE TRAITEMENT	153
ANNEXE 7 - AMÉNAGEMENTS GÉNÉRAUX RELATIFS AU JEU (USAGERS ET INTERVENANTS)	157

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1.	Répartition des intervenants échantillonnés pour une entrevue sur les variations du traitement	8
Tableau 2.	Fréquence d'utilisation des différentes approches thérapeutiques (%) – ensemble des intervenants, Québec, 2003	17
Tableau 3.	Déclencheurs qui ont incité les usagers à commencer une thérapie	31
Tableau 4.	Tableau synthèse des aménagements	60
Tableau 5.	Aménagements généraux relatifs au jeu et à son traitement	61
Tableau 6.	Les motifs d'abandon de thérapie selon les usagers	72
Tableau 7.	Les motifs d'abandon de thérapie selon les intervenants.....	73
Tableau 8.	Aménagements généraux relatifs au jeu et à son traitement	159

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Proportion de clients qui déclarent avoir été traités dans les 12 mois précédant leur admission (jeu, alcool, drogues, autres dépendances et santé mentale).....	27
Figure 2. Comorbidités traitées dans les 12 derniers mois déclarées par les clients eux-mêmes	27
Figure 3. Taux de complétion des joueurs pathologiques en traitement (%) – Programme expérimental sur le jeu pathologique, 2003	70
Figure 4. Taux de suivi total et selon la modalité de fin de traitement (%) – Personnes éligibles aux suivis 3, 6 ou 12 mois, programme expérimental, 2001-2003	75
Figure 5. Fréquence d'utilisation des différentes approches thérapeutiques (%) – ensemble des intervenants, programme expérimental, 2003	138
Figure 6. Fréquence d'utilisation des différentes techniques et outils thérapeutiques (%) – ensemble des intervenants, programme expérimental, 2003	142
Figure 7. Impact sur le résultat du traitement des différentes techniques et outils thérapeutiques (%) – ensemble des intervenants, programme expérimental, 2003	146

1. INTRODUCTION

Dans le cadre de l'évaluation du Programme expérimental sur le jeu pathologique, lors de la consultation des organismes de traitement sur les principaux indicateurs proposés, nous avons suggéré un indicateur portant sur la répartition des activités de traitement. Dès les premières étapes de la consultation, cet indicateur a été contesté par plusieurs organismes parce qu'il impliquait l'utilisation d'une feuille de route, c'est-à-dire un compte rendu détaillé des activités réalisées, que les intervenants auraient à remplir pour chaque usager. Pour répondre aux objectifs du monitoring ainsi qu'aux contraintes des milieux de traitement, nous avons donc proposé de modifier l'indicateur quantitatif de répartition des activités de traitement en celui, qualitatif, de variation des activités de traitement. Cet indicateur devait être basé sur les informations tirées d'une entrevue en face à face auprès d'un échantillon d'une vingtaine d'intervenants dans un échantillon d'établissements qui sont parties prenantes du Programme expérimental sur le jeu pathologique.

Ces entrevues ont été réalisées auprès de 22 intervenants à l'été 2003. En complément, nous avons élaboré et distribué un questionnaire à la totalité des intervenants des centres de traitement du Québec. Cette collecte de données avait pour but de colliger une information plus systématique sur le profil, la pratique et la clientèle des intervenants.

Dans l'intervention thérapeutique, quels que soient l'organisation des services et le modèle thérapeutique privilégiés par l'établissement ou l'organisme initiateur des services, le bagage académique et professionnel des intervenants, leurs propres convictions, ainsi que la nature des problèmes et les besoins spécifiques de la clientèle sont autant de facteurs qui teintent et inspirent la pratique effective. Si nous nous interrogeons sur la façon dont les intervenants ont compris, modifié ou adapté le Programme d'évaluation et de traitement des joueurs excessifs et sur les raisons de ces adaptations, nous nous demandons aussi quel est plus précisément le profil des intervenants.

À travers les entrevues et les questionnaires, au-delà des anecdotes, les intervenants font aussi état de leur conception de ce qu'est ou pourrait être un traitement « idéal », et fournissent des pistes visant l'amélioration ou le renforcement de différents aspects du Programme d'évaluation et de traitement des joueurs excessifs. Nous jugeons donc utile de présenter au préalable ce qu'est ce protocole de traitement et d'en résumer quelques enjeux.

1.1. Le Programme d'évaluation et de traitement des joueurs excessifs

Le Programme d'évaluation et de traitement des joueurs excessifs¹ a été implanté dans le réseau des organismes qui traitaient à l'origine les problèmes de toxicomanie, d'alcoolisme et d'autres dépendances (dont parfois le jeu pathologique). Ceci implique que nombre d'organismes avaient déjà, d'une part, du personnel d'expérience dans le traitement des dépendances et, d'autre part, une orientation thérapeutique préétablie. Le protocole de traitement proposé, qui a fait l'objet d'une série de formations auprès des intervenants du Québec, a pour noyau la thérapie cognitivo-comportementale adaptée aux problèmes de jeu excessif par le Centre québécois d'excellence pour la prévention et le traitement du jeu (CQEPTJ).

La première étape est celle de l'**accueil**, soit le premier contact avec le client. Le document de formation stipule que l'appel du client doit être retourné rapidement, en moins de 24 heures, et le premier rendez-vous doit être fixé à moins de sept jours après cet appel. Dans les cas où il est impossible d'amorcer le traitement dans ce délai, un groupe d'accueil devrait être mis en place pour rencontrer les usagers potentiels, à un moment fixe de la semaine, afin de leur donner la chance de poser les questions qui les préoccupent et de les informer de la démarche qu'ils vont entreprendre.

La seconde étape, s'il est possible d'amorcer le traitement en individuel, consiste à faire l'**évaluation initiale** du client. Cette évaluation se déroule en deux rencontres et se base sur une entrevue diagnostique et une série de tests. Elle vise ultimement à permettre de déterminer si le traitement doit être poursuivi avec l'utilisateur, à diagnostiquer si le jeu est un problème prioritaire et si l'utilisateur est suffisamment motivé pour s'engager dans le processus de traitement. Bien que le lien thérapeutique ne soit plus évoqué ultérieurement dans le document de formation, un des objectifs de l'évaluation est d'« établir un premier contact dans un climat propice à la naissance d'une relation de confiance avec le joueur ». Dans le cas de détection de problèmes de comorbidité ou de santé mentale prioritaires, une référence à d'autres services est préconisée.

La troisième étape constitue le corps du processus thérapeutique. Il s'agit de la réalisation du **volet cognitif** du protocole de traitement et aussi de ce qui est considéré, si on utilise la métaphore du médicament, comme son « principe actif ». La logique est la suivante. Le joueur est habité par une série d'idées fausses sur ses chances de gagner et de déjouer le système. Ce sont ces pensées erronées qui lui donnent envie de retourner jouer malgré ses échecs précédents. Le traitement cognitif permet d'identifier ces pensées erronées chez le joueur et cherche à semer le doute quant à la véracité de celles-ci. Si par des exercices systématiques, le joueur en vient à reconnaître lui-même ses pensées erronées et à les remplacer par des idées justes et appropriées, il pourra choisir sciemment de renoncer au jeu.

1 Ladouceur, R., Boutin, C., Doucet, C., Lachance, S., & Sylvain, C. (2000).

La formule-clé est là : puisque les pensées erronées alimentent l'envie de jouer, les remplacer permettra de contrôler cette envie et de renoncer au jeu. Ce volet peut nécessiter jusqu'à dix rencontres.

Certaines situations problématiques (l'exposition au jeu, les problèmes financiers, le manque d'occupation, la consommation abusive de drogues et d'alcool, des problèmes relationnels, etc.) peuvent rendre l'utilisateur vulnérable et moins réceptif au travail qu'exige le volet cognitif ou à ses effets. Il est donc nécessaire d'outiller l'utilisateur pour gérer ces situations. Un soutien peut être donné par le thérapeute, selon les problèmes prioritaires, à tout moment de la thérapie. Ce **volet comportemental**, d'où l'appellation « cognitif-comportemental » du programme, peut devancer le volet cognitif si nécessaire. Le nombre de rencontres utiles dépend du nombre de situations problématiques traitées. Aborder deux ou trois problèmes avec un nombre minimum de rencontres donnerait une charge d'environ cinq rencontres.

Les concepteurs du programme prévoient par ailleurs une ou deux rencontres pour préparer l'utilisateur à l'éventualité d'une rechute. Il s'agit de l'étape de la **prévention de la rechute** qui cherche à faire envisager d'avance une série de moyens préventifs qui puissent empêcher l'utilisateur de succomber à son envie ou de récidiver suite à une rechute.

Une dernière rencontre avec l'utilisateur, **l'évaluation post-traitement**, permet de faire le point sur les acquis du traitement, en particulier sur la modification des habitudes de jeu et leur impact sur les différents aspects de la vie de l'individu. Trois autres rencontres de **suivi**, à trois, six et douze mois permettent de vérifier si ces acquis se sont maintenus dans le temps.

Au total, l'utilisateur a connu une démarche de traitement d'un minimum d'une vingtaine de rencontres et, si le traitement a produit son effet attendu, est devenu abstinent. Voilà schématiquement la logique à laquelle ont été exposés les intervenants des organismes de traitement dans leur formation préalable à l'implantation du programme. Jusqu'à quel point les systèmes implantés dans les sites pilotes ont intégré cette logique et ses composantes, ont dû les ajuster et les modifier? L'analyse des entrevues avec les intervenants en donne une très bonne idée.

1.2. La finalité du programme

Quel est l'enjeu premier du Programme d'évaluation et de traitement des joueurs excessifs? Les objectifs de ce programme ont-ils été clairement établis? Où l'intervenant doit-il amener le joueur? Quel est le rôle du joueur dans cette dynamique? S'agit-il de cesser de jouer, et si oui, à un jeu ou à tous les jeux? S'agit-il de jouer de façon modérée ou de diminuer le désir de jouer de façon significative? Dans le document de formation *Programme d'évaluation et de traitement des joueurs excessifs*, la section « présentation du programme » mentionne une série de « points cibles de l'intervention » : « modification du comportement », « traitement de la dépendance au jeu », « libération des illusions créées par le jeu », « semer

le doute chez le joueur quant à la véracité de ses croyances », entraînement du joueur « à reconnaître les idées erronées qui habitent son esprit ». Mais quelle est la finalité du programme?

Le Programme d'évaluation et de traitement des joueurs excessifs du CQEPTJ propose d'amener le joueur à développer des outils afin de contrôler son rapport au jeu qui, éventuellement, « *l'aideront à atteindre l'objectif qu'il s'est fixé, à savoir, renoncer au jeu²* ». Cet a priori voulant que l'objectif de toutes les personnes qui se présentent en traitement est de cesser de jouer complètement est relativisé à la lumière des témoignages des usagers des services, d'une part, et des intervenants, d'autre part. Il a été démontré que les personnes qui recherchent de l'aide le font pour une quantité de motifs et d'objectifs : conciliation familiale, résolution de problèmes financiers, légaux, judiciaires, de santé, difficulté à gérer ses émotions, vide existentiel, etc.

Hormis dans l'extrait précédent du cahier du *Programme d'évaluation et de traitement des joueurs excessifs*, l'abstinence n'est pas établie d'emblée, ni de façon explicite, comme étant l'objectif et le but ultime du traitement par le CQEPTJ. Elle est implicitement présentée comme souhaitable et une partie sensible du travail du thérapeute consistera à proposer, d'une part, une vision critique du jeu et, d'autre part, des activités alternatives au jeu. L'exercice d'autonotation quotidienne du jeu établit implicitement les principes d'arrêt graduel et de tolérance au jeu pendant la durée du traitement puisqu'il évalue les modifications des habitudes de jeu. L'impératif d'abstinence est certainement plus rigoureux dans le traitement en interne, puisque l'hébergement et le retrait impliquent le retrait de la sphère de vie comportant des facteurs de risque.

Comme nous le mentionnions dans un rapport précédent :

« La manière biomédicale classique d'évaluer le succès d'un traitement est de mesurer la présence du problème lors de la visite initiale du requérant et de répéter la même mesure à la fin de la thérapie pour vérifier si le problème est disparu ou s'il persiste. Dans le cas du jeu pathologique, il s'agit d'utiliser un questionnaire tel le SOGS (Lesieur et Blume, 1987) et de déterminer si la personne rejoint le seuil de joueur pathologique probable (voir par exemple les travaux de Moore, 2000 et ceux de Rhodes et ses collègues, 1997). D'autres approches sont possibles et souvent souhaitables. Les joueurs interrogés par Poirier (2001) ont exprimé des gains sur les plans affectif et relationnel, des conditions financières plus acceptables dues au sens des responsabilités acquis durant la thérapie et, pour certains, des améliorations relativement au travail. Pour Cromer (1978), le succès de la thérapie passe par la réussite de l'ex-joueur à gérer le temps qu'il consacrait au jeu. Pour Brown (1986, 1987a,

2 Ibid, p. 6.

1987b et Stewart et Brown, 1988) le but, et donc la réussite du traitement, serait de cesser de jouer. Steinberg (1993) estime que la réussite du traitement est fonction de la guérison émotionnelle à l'intérieur du système familial; cette guérison passe par une reconstruction de l'intimité; concept qui inclut la confiance, l'expression de vulnérabilité mutuelle avec le conjoint et le partage des émotions. Hudak et ses collègues (1989) estiment, un peu à l'inverse de Steinberg, que la satisfaction face à la vie conjugale et familiale ainsi que la satisfaction professionnelle favoriseront le rétablissement du joueur. Il existe aussi une approche plus générale par laquelle on estime la satisfaction du client (Boechler et autres, 2002; Moore, 2000; Perreault et autres, 1999). L'adoption de critères très spécifiques ou contraignants de réussite thérapeutique induit aussi le risque d'éclipser partiellement ou totalement des accomplissements par ailleurs significatifs (Stewart et Brown, 1988) »³.

L'enjeu du traitement apparaît donc complexe dans la littérature et ne se limite pas, dans la pratique, à strictement amener l'utilisateur à « arrêter de jouer ». Nous nous interrogeons donc dans ce rapport sur les adaptations apportées aux modalités de traitement mais aussi aux adaptations quant à la finalité du traitement.

3 Chevalier, S., Geoffrion, C., Audet, C., Papineau, É., & Kimpton, M.-A. (2003).

2. MÉTHODES

Dans un contexte où les services offerts aux joueurs pathologiques peuvent varier de façon notable d'une région à une autre, d'une ressource à une autre et d'un thérapeute à un autre, nous avons opté à la base pour une méthodologie qualitative (entrevues), à laquelle un volet quantitatif a été ajouté (questionnaire). Une revue de littérature a été menée par les membres de l'équipe avant la mise au point des modalités de recherche et poursuivie tout au long du terrain. Elle est intégrée aux résultats.

2.1. La littérature scientifique

Aux fins de ce rapport, et afin de mettre en perspective les analyses des intervenants, nous avons complété la revue de littérature entreprise dans le cadre des étapes précédentes de l'évaluation du Programme expérimental sur le jeu pathologique⁴. Les textes consultés concernent plus particulièrement la place des intervenants dans les services de traitement, les défis inhérents au traitement du jeu pathologique, les problématiques particulières de santé mentale et autres morbidités associées, de rechute et de complétion, de services aux proches ainsi que les finalités du traitement (complétion, abstinence, nombre pré-requis de séances).

Nous avons également colligé la documentation concernant les horaires et programmes de traitements spécifiques aux différents centres ainsi que les documents d'information sur les services rendus disponibles par les centres de traitement.

Toute la littérature publiée sur l'approche cognitivo-comportementale du CQEPTJ ainsi que le matériel des journées de relance et thématiques ont été analysés.

Les bases de données du Alberta Gaming Research Institute et du Ontario Responsible Gambling Council ont été régulièrement questionnées, de même que des bases de données électroniques Medline, Psychinfo et Isi Web of Science.

2.2. Les entrevues avec les intervenants

L'approche qualitative permet de comprendre en profondeur la réalité des personnes, en tenant compte de leur expérience, de leur milieu et de leurs convictions. L'entrevue en profondeur s'avère appropriée pour cerner la dynamique de l'implantation et des adaptations au Programme d'évaluation et de traitement des joueurs excessifs par les intervenants. Dans le cadre de notre recherche, nous avons donc rencontré et interviewé, entre le 29 mai et le 19 août 2003, 22 intervenants choisis à partir d'un échantillon de convenance représentant

4 Voir les rapports précédents, notamment, les rapports 3 et 8, Papineau, É. & Chevalier, S. (2003) et Chevalier, S., Geoffrion, C., Audet, C., Papineau, É., & Kimpton, M.-A. (2003).

quatre régions soit : Montréal, Laval et Montérégie (1), Québec et Chaudières-Appalaches (2), Outaouais (3), Bas-Saint-Laurent, Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine (4).

À l'occasion des communications téléphoniques, des prises de rendez-vous ainsi que durant les entrevues, les participants ont été informés du caractère confidentiel de la recherche et les chercheurs leur ont expliqué les objectifs de la recherche et les retombées attendues. Ils ont de plus indiqué aux intervenants qu'ils seraient informés des résultats de la recherche, à la fin du mandat.

L'échantillon prévu au devis a été adapté en cours de route pour des raisons liées à la modification de la nature des services dans certains centres ou au volume d'activité d'autres centres. Le nombre apparaissant entre parenthèses indique la quantité d'entrevues initialement proposées.

Tableau 1. Répartition des intervenants échantillonnés pour une entrevue sur les variations du traitement

	Orientation thérapeutique individuelle	Orientation thérapeutique de groupe
Organismes de traitement avec hébergement	N'existe pas (mais intègrent parfois des séances individuelles)	5 (4) intervenants (notons que Foster, Jellinek, J.-Lapointe et D.-Cormier ont tous ouvert des lits dans la dernière année)
Organismes de traitement en externe	8 (4) intervenants	4 (6) intervenants
Organismes de traitement en externe avec points de services	4 (6) intervenants	1 (1 intervenant) (le Virage offre maintenant JEU à Granby, Valleyfield et Longueuil)

L'ensemble de l'échantillon comporte treize femmes et neuf hommes, et cinq d'entre eux travaillent en points de service, c'est-à-dire en périphérie d'une grande région urbaine et par conséquent relativement isolés des collègues, de l'institution principale de traitement et des opportunités de formation. Cinq intervenants traitent dans des organismes dispensant des services en interne et 17 traitent en externe.

Toutes les entrevues individuelles réalisées avec les intervenants ont été retranscrites intégralement, afin de nous permettre d'en faciliter l'analyse par des moyens informatiques, au moyen du logiciel *QSR NVivo, N6*. La grille de codage a été développée sur le modèle thématique de l'entrevue⁵ en premier lieu, puis raffiné sur la base d'une lecture flottante. Par ailleurs, l'entretien semi-directif ménageant une certaine latitude aux intervenants pour développer des sujets non prévus au schéma, des éléments non inclus au schéma d'entrevue mais abordés par les intervenants se sont rajoutés en cours de codage.

5 Voir le schéma d'entrevue individuelle en annexe 3.

2.3. Le questionnaire avec les intervenants

Dans le devis, nous avons prévu faire circuler la synthèse de ces entrevues auprès d'un échantillon aléatoire de 10 intervenants d'organismes de traitement non choisis lors de l'étape précédente, afin qu'ils en valident le contenu. L'échange d'information se serait fait lors d'une entrevue téléphonique enregistrée sur bande magnétique. Cependant, nous avons pu constater en cours de terrain qu'il était extrêmement difficile de recruter des intervenants qui soient disposés ou qui aient suffisamment de temps pour nous accorder une entrevue substantielle pendant les jours ouvrables. Par ailleurs, le contenu d'information sur les thèmes du guide d'entretien saturait rapidement, notamment dans le cas des entrevues dans les organismes de traitement individuel en externe, et des entrevues supplémentaires de validation n'auraient pas diversifié ou précisé de façon significative nos résultats. Il nous est toutefois apparu qu'un portrait plus systématique et quantitatif de certaines caractéristiques des intervenants et de leur travail pourrait renforcer et mieux orienter notre travail d'analyse des entrevues. Nous avons donc opté pour l'utilisation auprès de la population des intervenants d'un questionnaire qui reprenait certains éléments d'information de l'entrevue⁶. Des 106 questionnaires envoyés⁷, 91 nous ont été retournés (pour un excellent taux de réponse de 86 %) et ont été analysés. Il porte sur la clientèle des intervenants, la formation et l'expérience des intervenants, l'appréciation des journées de relance, des journées thématiques, du suivi à la formation et, plus particulièrement, sur les approches, les techniques et la pratique d'intervention⁸. Certaines données sont intégrées dans le texte lorsque pertinentes à l'analyse des données d'entrevue. Afin d'éviter d'alourdir le texte, le détail de l'analyse des données du questionnaire est présenté à l'annexe 5.

2.3.1. Les entrevues avec les usagers, les coordonnateurs cliniques et les DG

Pour valider les hypothèses de base concernant la variabilité du traitement dans le temps et entre les institutions et les intervenants, nous avons analysé les données provenant du corpus d'entrevues auprès des usagers, des coordonnateurs cliniques et des directeurs généraux des établissements faisant partie du programme expérimental. Ces données font l'objet de rapports indépendants, mais elles sont parfois intégrées lorsqu'elles permettent de documenter l'adhésion de l'intervenant aux orientations thérapeutiques de l'institution, de mesurer la latitude laissée à chaque intervenant, de préciser la dynamique des changements à l'intérieur de la période d'implantation étudiée.

6 Voir le libellé du questionnaire en annexe 4.

7 Ce qui correspond à la totalité à ce moment des intervenants du programme expérimental.

8 On trouvera une analyse fine des résultats du questionnaire en annexe.

2.3.2. La rétroaction de la journée sur le jeu pathologique

Le 30 septembre 2003, se tenait la Journée sur le jeu pathologique organisée par l'INSPQ. Cette activité, pensée comme partie intégrante de l'évaluation du Programme expérimental sur le jeu pathologique, présentait les données et résultats partiels recueillis entre mai 2001 et octobre 2002. Cette évaluation était destinée prioritairement aux ressources de traitement chargées de la mise en application du protocole d'intervention du CQPETJ. À leur tour, les intervenants étaient invités à exprimer les aménagements qu'ils proposent pour mieux servir la population ciblée, soit en présentant une conférence, soit en réagissant aux données préliminaires de l'INSPQ et aux propos des conférenciers invités.

Le contenu de ces conférences et de ces interventions, qui a été systématiquement colligé, est donc utilisé à titre de source d'information complémentaire sur la réalité des intervenants, l'expérience d'intervention depuis l'implantation du Programme d'évaluation et de traitement des joueurs excessifs, ainsi que sur les ajustements souhaités à ce programme.

2.4. Les limites de l'évaluation

Nous devons mentionner que l'utilisation d'un échantillon de convenance peut influencer partiellement les résultats de la recherche, du fait que les intervenants que nous avons rencontré constituent un échantillon identifié, au départ, par le personnel des organismes de traitement. Ceci a pu orienter ou restreindre le choix des participants et créer certains biais, par exemple : les organismes pourraient référer les intervenants qui se démarquent le moins de la politique thérapeutique de la direction. Par ailleurs, les pressions politiques propres au dossier du jeu pathologique; l'exclusion des intervenants cumulant moins d'expérience, les liens pouvant exister entre les responsables du programme de traitement et le CQEPJT, l'horaire très chargé des intervenants et le manque de ressources ou de temps, la crainte des intervenants d'être évalués sur leur performance, tous ces facteurs ont pu influencer la teneur des propos des intervenants.

Cependant, rappelons le caractère exploratoire de la partie qualitative de cette recherche, dont la représentativité n'est pas un critère ultime de scientificité. En effet, ce qui fait la spécificité de l'approche qualitative, c'est précisément de ne pas partir d'un sous-ensemble apparemment représentatif d'un ensemble plus large mais plutôt d'essayer de définir cet ensemble plus large en s'attachant à l'expérience vécue de certaines des personnes rencontrées, l'accent étant mis avant tout sur l'exemplarité des personnes retenues. L'idée de base consistait à faire le tour de l'univers des points de vue. Les entrevues ont permis de rencontrer les principaux types d'intervenants, couvrant sensiblement l'ensemble de la problématique qui est en cause.

Par ailleurs, en vertu de l'engagement de confidentialité pris envers nos informateurs, il nous est impossible d'être plus spécifique quant à l'origine des commentaires qui sont ici reproduits. La désignation des caractéristiques d'un établissement dont l'intervenant aurait exprimé un problème particulier ou émis une recommandation permettrait également l'identification de l'intervenant ou de l'établissement. La contextualisation des commentaires aurait été plus signifiante mais aurait donc menacé l'anonymat assuré aux participants de cette étude. Par conséquent, seul apparaît en fin de citations un numéro qui permet aux auteurs d'identifier la source des commentaires.

3. LES ADAPTATIONS AU PROGRAMME D'ÉVALUATION ET DE TRAITEMENT DES JOUEURS EXCESSIFS

3.1. Les hypothèses de départ

L'hypothèse de départ prévoit que différents critères influencent la variation dans les traitements, notamment le fait que les intervenants soient regroupés en un seul lieu ou dispersés et, en second lieu, la présence d'une orientation thérapeutique individuelle ou de groupe. Nous supposons que les organismes de traitement en externe avec point de services, d'orientation thérapeutique individuelle, présentaient une plus grande variation dans les traitements que les organismes de traitement avec hébergement. Les organismes de traitement en externe sans point de services se seraient situés dans une position intermédiaire.

3.2. Les facteurs environnementaux d'adaptation du Programme d'évaluation et de traitement des joueurs excessifs

Cependant, à la lumière des données de la première étape de l'évaluation et notamment à l'analyse du corpus des entrevues avec les usagers, il nous est rapidement apparu que, hormis les hypothèses retenues, plusieurs facteurs influençaient aussi significativement la variation dans les traitements. Ces facteurs concernent l'orientation thérapeutique du centre de traitement, celle de l'intervenant, les contingences environnementales (lesquelles incluent des considérations d'ordre géographique qui étaient aussi liées à notre hypothèse de départ), la santé mentale des clients, la présence de comorbidités, les attentes des clients, ainsi que plusieurs facteurs marginaux mais dont il sera néanmoins fait état.

3.2.1. L'orientation thérapeutique du centre de traitement

Nous l'avons souligné, le programme expérimental a été implanté dans le réseau des organismes qui traitaient à l'origine les problèmes de toxicomanie, d'alcoolisme et autres dépendances (dont parfois le jeu pathologique). Ceci implique que les intervenants recevant le programme de formation du CQEPTJ avaient pour la plupart une expérience et une approche thérapeutique préalables. En fait, les intervenants cumulaient, selon nos données, une moyenne de 12 ans d'expérience de travail en intervention. Cet état de fait conditionne de façon déterminante les choix qui sont posés par les intervenants lorsqu'il s'agit d'aider un joueur pathologique. Ils ont en général plus d'une corde à leur arc, une expérience considérable d'adaptation à la pluralité des situations et, probablement, une approche thérapeutique ou une philosophie d'intervention déjà validée qui leur convient. Ceci n'exclut pas qu'ils adoptent partiellement ou dans son entièreté le traitement cognitivo-comportemental du CQEPTJ, mais on constate qu'ils l'adaptent aussi :

« C'est-à-dire que je vais m'adapter, pour répondre à ta question, c'est ça, je vais m'adapter au niveau des gens par rapport à ça. Des fois on utilise..., bien nous autres on a été formé en..., à [nom de l'établissement] là, l'approche thérapie de la réalité, on a tous eu une formation de base là, c'est un peu ça, à l'interne, c'est l'approche qui a été retenue pour le Centre. À l'externe, on utilise selon les besoins directs. Des fois ça peut être thérapie d'impact, des fois ça peut être, bon, j'ai une petite formation..., j'ai eu plein de formations, approche systémique, etc., fait que je vais utiliser, des fois, soit des techniques d'impact là en thérapie d'impact, des fois, avec certains clients, mais pas pour le jeu nécessairement. Ça va être plus [des problèmes] d'alcool-toxico que là je vais utiliser plein d'affaires, puis selon à qui j'ai à faire devant moi. Mais il faut vraiment que ce soit très simple. Les clients qu'on a, ils sont peu scolarisés, des fois ils ne savent pas lire puis écrire, ça c'est un..., ça pose un problème là. Mais peu scolarisés..., donc il faut adapter les outils par rapport aux clients » (16).

Dans ce cas-ci, les diverses approches intégrées par l'intervenant apparaissent comme autant d'options ou d'adjuvants permettant de s'adapter à une clientèle particulièrement hétérogène. Par ailleurs, le passé, l'évolution du réseau de traitement de la toxicomanie conditionne aussi en quelque sorte l'optique d'intervention en jeu pathologique. Depuis quinze ans, les programmes d'intervention aux toxicomanes ont résolument évolué d'une approche psychosociale vers une approche de réduction des méfaits qui implique « *un plus grand respect des objectifs de l'utilisateur lui-même, notamment en ce qui concerne l'usage des substances psychoactives, une transformation des services pour les rendre plus flexibles et plus accessibles, et un préjugé favorable aux plus démunis*⁹ ». Un grand nombre de centres de traitement ont adopté cette approche d'ouverture et cette philosophie thérapeutique implique aussi une « *acceptation de toutes les personnes qui demandent de l'aide, quels que soient leurs motifs et la précarité de leur situation*¹⁰ ». Ainsi, le programme d'évaluation et de traitement des joueurs excessifs a été implanté dans une structure où il est dorénavant établi que les services s'adaptent à la clientèle, leurs valeurs et leurs besoins, et non l'inverse. Cette structure même peut-être vue comme étant à l'opposé de la conception du joueur qui est à la base du Programme d'évaluation et de traitement des joueurs excessifs. Ce programme a été validé par des tests cliniques portant sur des échantillons dont un des critères d'inclusion était de ne pas montrer d'évidence de « *current or past schizophrenia, bipolar disorder, or organic mental disorder* », ce qui laisse pour compte cette partie de la clientèle qui a des problèmes de jeu¹¹.

9 Landry, M., Lecavalier, M. (2003).

10 Ibid.

11 Ladouceur R, Sylvain C, Boutin C, Lachance S, Doucet C, Leblond J. (2003).

Par ailleurs, les distinctions traditionnelles de mandat entre les établissements de traitement internes et externes conditionnent naturellement les variations dans les services offerts. Il est généralement admis que les personnes qui ont déjà utilisé sans succès les services externes constituent la plus grande partie de la clientèle des services internes : 61,8 % des clients ont déclaré au moment de leur arrivée en traitement avoir déjà fait une ou des thérapies. La gravité ou la persistance de leurs problèmes rend vraisemblablement nécessaires un retrait radical du milieu de vie et un meilleur contrôle des facteurs de risque.

Plutôt que d'être suivis par un unique intervenant, comme c'est le cas pour la majorité des clients en services externes individuels¹², ces joueurs seront généralement exposés à rencontrer plusieurs intervenants et, de ce fait, d'autant plus de variété dans les pratiques thérapeutiques :

« Q. : OK. Puis donc, parmi les..., bon parmi ces quatre intervenants là, il y en a un qui est technicien en PNL¹³. Vous, personnellement, vous...

R. : Moi je suis intervenant psychosocial...

Q. : Psychosocial.

R. : ... moi, bon, je m'occupe du programme, c'est moi qui dirige le programme. Je travaille beaucoup en thérapie d'impact et en analyse transactionnelle. Mais je trouve que les deux approches vont bien ensemble là.

Q. : OK. Est-ce qu'il y a dans la maison d'autres optiques?

R. : Bien j'ai un ex..., bien un joueur, un ex-joueur dans le sens qu'il ne joue plus là, qui a fait la thérapie ici et qui a fait aussi la thérapie chez Pierre Bilodeau (sic), qui ne joue plus. Que lui, lui il fait les douze étapes. Il ne fait que les douze étapes. Et il fait ça que le soir.

12 Sauf évidemment dans le cas où les joueurs en services externes individuels participent volontairement à diverses rencontres de groupe de support, ce qui leur permet de rencontrer plusieurs autres intervenants ou animateurs.

13 Programmation neuro-linguistique.

Q. : Et vous jugez que tout ça, finalement, c'est complémentaire?

R. : Oui, parce que chacun est tout à fait comme différent de l'autre dans son domaine puis en même temps, bon bien, ça se rejoint. Mais c'est comme chaque client va aller chercher ce qu'il a besoin à travers, tu sais, des fois ça va mieux cliquer avec les étapes ou avec l'analyse transactionnelle ou avec la technique Ladouceur puis la PNL puis..., tu sais. Puis l'autre intervenant, c'est plus un vieux de la vieille qui est intervenant depuis, en tout cas, je ne sais pas combien d'années, qui y va avec son expérience, son senti. » (7).

Nous avons constaté que le traitement interne comprend plus systématiquement des services d'ordre financier, de services aux proches, etc. Encore une fois, le joueur en traitement interne, qui travaille en groupe, en individuel, fait des séances du type GA (Gamblers anonymes), suit des ateliers de fin de semaine ou des ateliers thématiques avec des personnes extérieures au centre (conseiller financier, juridique, médecin ou autre) sera confronté à de plus nombreuses influences, et vraisemblablement, à de multiples conceptions de la dépendance.

La structure interne ou externe des services influence, non seulement le type de client que recevra l'intervenant, mais aussi conditionne réciproquement les services dont bénéficiera l'utilisateur, notamment en l'exposant à une plus grande variété d'opinions et de positions de la part de toutes les personnes impliquées dans le traitement (auxquels s'ajoutent aussi la dynamique avec les autres résidents). Les intervenants modèlent leurs pratiques dans une perspective de complémentarité avec les interventions qui seront faites par la totalité du personnel de l'établissement, même si comme le démontrent certains témoignages, il ressort que les intervenants en interne ne sont pas systématiquement ni précisément au fait du contenu des interventions de leurs collègues. En raison de l'arrimage nécessaire entre ces interventions et de la forte structuration des services, l'approche en interne semble moins propice à la négociation des objectifs en traitement. De la même façon, l'approche de groupe en externe est moins flexible que l'approche individuelle en externe, puisqu'il n'est pas possible de s'adapter à la pluralité des attentes individuelles.

3.2.2. L'orientation thérapeutique de l'intervenant

Une première consultation de l'équipe de recherche auprès des directeurs et des coordonnateurs cliniques des établissements participant au monitoring a révélé que les organismes, en plus d'appliquer le programme entièrement ou en partie, avaient recours à quantité d'autres approches thérapeutiques pour traiter les joueurs (Allard et autres, 2003). Cette tendance a été confirmée par les entrevues auprès des intervenants ainsi que par les résultats du questionnaire.

Tableau 2. Fréquence d'utilisation des différentes approches thérapeutiques (%) – ensemble des intervenants, Québec, 2003

	Jamais	Occasionnellement	Souvent	Toujours
Thérapie cognitivo-comportementale (CQEPTJ)	0,0	13,5	38,2	48,3
Thérapie comportementale	12,7	25,3	49,4	12,7
Thérapie émotivo-rationnelle	28,9	36,8	27,6	6,6
Réalité thérapie	34,2	30,4	25,3	10,1
Approche biopsychosociale	6,0	16,9	47,0	30,1
Approche systémique	17,3	44,4	32,1	6,2
Thérapie conjugale	47,4	38,2	11,8	2,6
Approche psychodynamique	50,7	20,0	21,3	8,0
12 étapes GA	59,2	17,1	9,2	14,5

Cette diversité est illustrée aussi dans différents témoignages, qui soulignent deux dimensions de l'expérience. Dans le cas suivant, c'est plutôt l'approche de l'intervenant par rapport au traitement, imprégnée de sa définition et de sa perception du problème de la dépendance, qui teinte la pratique :

« Moi, ma vision est différente. C'est que je ne peux pas empêcher le monde de consommer, que ce soit alcool, drogues ou même jeu. Ce que je peux faire c'est de travailler au malaise. Parce que je sais que l'être humain est toujours un être humain puis toujours fragile en quelque part dans sa vie, pour toutes sortes de raisons. Alors ça c'est clair. Je pense que j'amène une définition avec la personne au niveau du but de la thérapie. Puis je leur dis souvent : « je ne suis pas ici pour vous arrêter de consommer quoi que ce soit. Vous, qu'est-ce que vous voulez faire avec ça? C'est quoi le malaise? » Je travaille plus le problème en tant que tel. Ce qui fait souffrir, ce n'est pas la substance, ce n'est pas la substance qu'on appelle alcool, drogues ou ce n'est même pas aussi la fameuse machine ALV qui cause tant de problèmes là, ce n'est pas ça. C'est qu'est-ce que toi tu veux faire de ta vie? Comment tu veux te sortir de là? C'est quoi qui te pose problème? » (15).

Si la variabilité dans le traitement est imputable en partie à leur perception du problème de dépendance, les intervenants font appel à une panoplie d'approches qui rendent compte de ces orientations et/ou de leur formation.

Dans le questionnaire, nous demandions aux intervenants dans quelle mesure ils utilisaient d'autres approches que l'approche cognitivo-comportementale du Programme d'évaluation et de traitement des joueurs excessifs. Si 87 % des intervenants disent utiliser souvent ou toujours l'approche cognitivo-comportementale du CQEPTJ, les résultats confirment une variation notable des interventions avec, notamment, une prépondérance de recours à l'approche biopsychosociale (77 % des intervenants l'utilisant souvent ou toujours). Celle-ci postule une relation bidirectionnelle où « la dépendance au jeu crée des problèmes et des problèmes créent la dépendance au jeu », ce qui requiert donc un travail sur tous ces niveaux :

« Bien notre approche c'est une approche qui est éclectique, qui va chercher ce qui peut être le plus applicable pour chaque personne pour répondre de façon la plus adaptée aux besoins des gens qui viennent ici. Donc notre approche, elle est globale, biopsychosociale et spirituelle. Ça vise à retrouver l'équilibre au niveau biologique, dans les habitudes de sommeil, dans les habilités à se relaxer, à se détendre, dans l'alimentation, l'activité physique aussi. Donc, déjà ça c'est notre première préoccupation : comment ça va sur le plan physique? Si ça ne va pas bien sur le plan physique, on n'ira pas beaucoup plus loin au niveau psychologique, justement pour qu'il y ait une bonne base, parce que la personne peut s'intégrer le traitement puis soit mobilisée et non pas rester dans l'attente là de quelque chose. Au niveau psychosocial, ça vise beaucoup la responsabilisation de la personne, donc, dans ce sens-là, c'est sûr qu'on essaie de la ramener à sa réalité et à son pouvoir d'action sur les difficultés qu'elle vit » (11).

L'approche systémique, qui explore le contexte dans lequel prend place le problème et tente de décrire le « système » (familial professionnel, social) dans lequel la personne évolue, est aussi en faveur (38 % des intervenants) :

« Parce qu'on est impliqué, on croit, nous autres, que c'est un mal familial, donc la famille doit être impliquée là. Parce que s'il y a juste le joueur qui vient puis qu'il n'y a pas de changement à la maison, là ça ne fonctionnera pas. » (10)

Cet autre intervenant, à l'instar de la majorité des intervenants, estime que l'établissement du lien thérapeutique est le premier pas dans la bonne direction, et que les approches systémiques et humanistes sont aptes à aider les personnes aux prises avec des problèmes de comorbidité :

« Je suis encore de la vieille école là moi, j'ai quand même dix ans d'expérience auprès de la clientèle puis j'ai plus utilisé..., j'y vais plus avec mes « feelings » à moi, avec comment, la première rencontre c'est de créer le

lien, donner espoir aux gens qui peuvent s'en sortir. Fait que moi je pense qu'à partir de l'évaluation puis de créer le lien en commençant, le reste, j'essaie d'inclure les notions que j'ai apprises, mais quand je suis avec des gens qui ont à la fois des problèmes alcool-drogues ou même santé mentale importants, ça ne fonctionne pas l'approche Ladouceur avec ces gens-là. Je n'arrive pas à la faire comme on l'a apprise. Je l'utilise par exemple pour travailler les pensées, mais je ne peux pas demander aux gens de compléter des travaux à la maison ou des trucs comme ça, ça ne fonctionne pas avec ces gens-là. Ils sont trop détériorés au niveau de la santé mentale là quand il y a des gros troubles de la personnalité, c'est vraiment difficile d'arriver à fonctionner avec cette approche-là. Donc j'utilise beaucoup les approches qui sont peut-être plus, disons, humanistes, l'approche systémique, effectivement, comme j'ai été formée là-dedans, c'est sûr que ça vient un petit peu colorer là mon travail que je fais » (7).

Par ailleurs, approximativement le tiers d'entre eux utilise souvent ou toujours la réalité thérapie (35 %), la thérapie émotive-rationnelle (34 %). Si les douze étapes de GA, la thérapie conjugale et l'approche psychodynamique sont parfois utilisées, la majorité des intervenants n'y ont jamais ou rarement recours. Là encore, on constate une différence entre les services internes et externes, notamment concernant l'utilisation de l'approche de Gamblers Anonymes : en interne, 60 % des intervenants l'utilisent occasionnellement ou toujours, contre 17,2 % des intervenants en externe. Mais dans les deux cas, les fraternités sont unanimement recommandées aux clients comme appoint au traitement, notamment pour les possibilités d'accompagnement, d'interactions sociales, de prévention de la rechute qu'elles offrent¹⁴. D'autres approches alternatives mais marginales ont cours, dont la programmation neurolinguistique et l'approche psychocorporelle : « *Et même, à travers Ladouceur, on leur donne beaucoup la PNL, la programmation neurolinguistique* » (7).

L'adhésion à une approche thérapeutique ou l'autre s'explique en partie par la diversité des motivations subjectives¹⁵ et des inclinaisons personnelles (expérience de vie, spiritualité, vision de la dépendance, etc.). Il est à supposer que même une formation uniforme et des exigences de certification professionnelles uniformes ne sauraient empêcher cette variabilité.

14 Ce qui ne veut pas dire qu'elles font l'unanimité chez les usagers. Les intervenants nous transmettent les réticences de ces derniers : impudicité, manque d'anonymat, concept de Dieu inapproprié, rejet de l'aveu d'impuissance, etc. En région éloignée, cependant, la question ne se pose pas, il n'y a pas assez de densité de population et trop de promiscuité pour que des groupes puissent se constituer.

15 Cette dimension du travail de l'intervenant n'a cependant pas été questionnée de façon explicite pendant l'évaluation.

3.2.3. L'expérience de travail en toxicomanie

On constate donc que la pratique est conditionnée par un ensemble d'éléments tels la formation, l'expérience antérieure, les approches face à la dépendance. A ceci s'ajoute de façon marginale le fait que l'intervenant travaille ou non, parallèlement à sa pratique de jeu, en toxicomanie.

Dans le cadre du programme expérimental, le modèle dominant est une pratique mixte jeu et toxicomanie. Les intervenants ont évoqué comment cette pratique mixte permet des influences mutuelles qui sont fécondes et comment l'expérience acquise en toxicomanie influence l'approche avec les joueurs. Certains utilisent carrément des outils développés et utilisés en toxicomanie pour le traitement des joueurs, notamment au stade de l'évaluation :

« Mais quand, un moment donné, il y a une désorganisation là, qu'il y a une vraie rechute au niveau de l'alcool ou des drogues, là on n'a comme pas le choix, là il faut..., souvent ce qu'il faut faire, c'est que, bon, il faut essayer de travailler plus l'aspect toxico. Fait que là c'est sûr, là, à ce moment-là, on travaille à ce qu'on..., nous autres on a les IGT, indices de gravité dans la toxicomanie, là je fais mon travail plus en toxico. (...) Il y a des exercices comme de motivation pour-contre, c'est la même grille qu'on utilise en toxico là, au niveau de la motivation, les avantages pour-contre » (16).

Mais ce sont aussi des opinions et des conceptions de la dépendance, du rôle du thérapeute et de l'être humain forgées par l'intervention en toxicomanie qui semblent alimenter des éléments de la pratique auprès des joueurs :

« Je responsabilise mon client le plus possible, parce que je sais que c'est le secret. Parce qu'on a appris une chose en toxicomanie par exemple, c'est que ce sont des gens souvent qui ont manqué de responsabilités, parce que les modèles ont eu une carence à leur donner cette responsabilité-là. Donc ils en ont besoin de cette responsabilité-là » (15).

Sur le plan de la conceptualisation de la dépendance au jeu, le fait d'avoir une expérience aussi dans la toxicomanie semble fournir à l'intervenant des points de comparaison susceptibles d'améliorer ses compétences, d'étoffer sa pratique. Si certains ont exprimé et mis en relief la grande différence de personnalité entre toxicomanes et joueurs, d'autres ont remarqué des similitudes entre les dépendances, notamment sur le plan émotif. Ces résultats s'approchent donc de ceux déjà obtenus par Petry¹⁶ qui, dans une publication scientifique récente, souligne la similitude entre les critères diagnostics, l'épidémiologie et le cours du traitement de la toxicomanie et de la dépendance au jeu. Sur la base de ces similarités, il suggère la possibilité d'adapter au traitement du jeu pathologique des solutions

16 Petry, N.M. (2002).

psychothérapeutiques ou pharmacologiques déjà validées dans le champ de la toxicomanie et, à tout le moins, de faire des études plus poussées sur le sujet.

3.2.4. Les contingences environnementales

Le contexte, l'environnement où prennent place les services influencent ceux-ci. Une partie des adaptations apportées par les intervenants au Programme d'évaluation et de traitement des joueurs excessifs du CQEPTJ trouve sa raison d'être dans la grande disparité entre les régions qui font partie du programme expérimental, sur le plan notamment de l'offre de jeu régionale, du tissu social, des facteurs socio-démographiques et géographiques. Les services en région éloignée (Bas-St-Laurent, Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine) et dans certains points de service (notamment en Outaouais) vivent une adaptation différente des services en milieu urbain. Nous avons déjà évoqué plus tôt le problème relié à l'éloignement lorsqu'un usager requiert des services en interne, par exemple, du fait que tous les types de services ne sont pas disponibles à la grandeur du territoire québécois. D'autres réalités influencent aussi le travail des intervenants. Si l'accès au traitement diffère selon la région, il en va de même de l'accès au jeu.

Offre de jeu

L'offre de jeu¹⁷ varie selon la région. Les valideuses de loteries ainsi que les revendeurs de loteries instantanées sont réparties sur l'ensemble du territoire (ces loteries peuvent d'ailleurs être achetées par abonnement de partout au Québec). Mais le bingo est moins disponible, les salons de paris et hippodromes permettant de miser légalement sur les courses de chevaux (légaux) sont rares en dehors des grands centres et il n'y a que trois casinos au Québec. On peut donc faire l'hypothèse que les populations de joueurs des régions éloignées qui sollicitent un traitement soulèvent une problématique de traitement différente de celles des régions où la concentration du jeu est plus forte, et de ce fait, peuvent influencer la pratique des intervenants. Le nombre de joueurs étant plus rare, le nombre de ceux qui consultent est aussi plus petit. Cette rareté relative fait que les thérapeutes ont moins l'occasion de développer leur expertise dans le domaine du traitement du jeu. De plus, cette expertise est plus limitée à des joueurs qui ont des dépendances face aux ALV et aux loteries.

17 Les intervenants ont été appelés à s'exprimer au sujet des conditions qui permettraient une application idéale du Programme d'évaluation et de traitement des joueurs excessifs. Certains ont exprimé leur désarroi à pratiquer dans un contexte où leurs efforts semblent vains, puisque des efforts équivalents ne sont pas consentis à régler le problème de l'offre et de la disponibilité des jeux de hasard et d'argent dans la société. La promotion grandissante des jeux de hasard et d'argent comme activité propre à générer le bonheur et à régler les problèmes est, selon les intervenants, contre productif : « R.: Parce que tu sais, des fois, j'ai cette image-là : il y a un pont, d'un côté tu as quelqu'un qui a une batte de baseball et qui assomme le monde. Puis là le monde traverse le pont en titubant, et on les ramasse de l'autre bord, puis on essaie de les « patcher », de réparer leurs problèmes. Mais on n'ira jamais dire : « aie!, il y aurait tu moyen de lui enlever la batte de baseball au gars qui est de l'autre bord du pont ».

Travail saisonnier des clients et chômage

Certaines régions présentent une clientèle particulière dont les occupations sont liées à la nature saisonnière de l'emploi ou au fort taux de chômage. Dans le premier cas, même si, selon l'intervenant, un effort semble fait pour structurer les activités de loisirs de la population, le manque d'occupation est un facteur déterminant dans les dépendances en général et dans la dépendance au jeu :

« C'est sûr que le fait que tout est concentré entre mai et septembre, OK, au niveau du travail, c'est sûr que le manque d'occupation est un facteur de..., le manque d'activités est un facteur de risque important pour alcool, jeu, etc., tu sais, c'est évident » (16).

Dans de telles circonstances, l'intervenant va nécessairement devoir adapter son discours et notamment son intervention sur le plan comportemental, puisque les stratégies alternatives aux pratiques de jeu et le changement des habitudes de vie représentent un défi qui dépasse les scénarios évoqués dans le Programme d'évaluation et de traitement des joueurs excessifs, notamment lorsqu'il est recommandé de contrôler les facteurs de risque tels « l'exposition au jeu », les « problèmes financiers », le « manque d'occupation ».

Taille de la population, traitement de groupe et anonymat

Une intervenante d'un organisme externe avec points de service, confirmait lors de la journée du 30 septembre 2003, le fait que la taille réduite du bassin de population et la relative proximité communautaire font en sorte que les traitements de groupe sont évités dans sa région. La constitution de groupe serait trop longue, et l'anonymat est beaucoup plus difficile à préserver, comme l'indique cet autre intervenant :

« Du groupe? Non, ça ne m'arrive pas ça, parce qu'on est dans une région aussi où la culture n'est pas développée au niveau du groupe. Et même pour ma clientèle alcoolique-toxicomane, je n'arrive pas à faire du groupe, parce que les gens se connaissent trop, des petits villages, les commérages, les guerres de clochers, c'est trop sensible à ça dans notre région pour faire du groupe ouvert là sur une base groupe de support (12b).

Ceci confirme l'hypothèse du devis voulant que les réalités liées à la géographie humaine déterminent les variations de service d'un centre à l'autre. Même si les intervenants n'excluent en général aucune solution qui puisse aider le joueur à se rétablir et recommandent aux usagers les groupes GA, l'alternative des fraternités en région est peu développée, les groupes manquant de stabilité et ne garantissant pas, encore une fois, suffisamment d'anonymat.

Notons qu'à la journée du 30 septembre, un coordonnateur, en demandant si l'évaluation avait permis d'établir un profil des abandons par régions, postulait aussi que ces difficultés liées au transport ou à la confidentialité constituaient peut-être des facteurs d'abandon du traitement. Cette hypothèse n'est pas directement vérifiable, mais le cas échéant, la gestion des abandons en région reliée à des conditions limitant la rétention en traitement constituerait un autre facteur d'influence sur le travail des intervenants, notamment en ce qui concerne les étapes postérieures du traitement et les suivis.

On peut cependant observer des adaptations locales à ce problème d'accessibilité de services polyvalents et confidentiels, comme, par exemple, le déplacement de l'intervenant vers l'utilisateur.

3.3. Les facteurs d'adaptation du Programme d'évaluation et de traitement des joueurs excessifs liés à la clientèle

La totalité de la clientèle du Programme expérimental possède une caractéristique en commun : des problèmes avec le jeu. En dehors de cette dépendance commune, les intervenants ont été confrontés, dès la phase d'implantation du Programme d'évaluation et de traitement des joueurs excessifs, à une mosaïque d'individualités, d'histoires de vie, de problématiques variées, d'attentes diversifiées. Le jeu pathologique étant par ailleurs conditionné par des déterminants biologiques, psychologiques et sociaux¹⁸, la nature de ces déterminants influencera la nature des solutions que recherche l'utilisateur et celles que l'intervenant peut offrir et juger efficaces. L'existence d'autres problèmes, tels des troubles de santé mentale, peut amplifier une propension au jeu mais hypothéquer la réussite de solutions, par exemple, de type cognitif. De la même façon, la présence de problèmes concomitants de toxicomanie peut indiquer un problème de jeu pathologique circonstanciel mais difficile à traiter en l'absence d'intervention en toxicomanie ou en raison du risque de transfert de dépendance.

Nous exposons ici, à l'aide de témoignages d'intervenants, la façon dont ils ont composé face à cette grande hétérogénéité des utilisateurs.

3.3.1. Santé mentale

L'entrevue diagnostique du Programme d'évaluation et de traitement des joueurs excessifs prévoit une auto-déclaration d'antécédents de problèmes en santé mentale. Le questionnaire sociodémographique inclut des questions mesurant si l'utilisateur a déjà eu recours aux services d'un psychologue ou d'un psychiatre. Par ailleurs, seront évaluées par trois questionnaires distincts l'anxiété, l'impulsivité et la dépression. Certains centres de traitement ou intervenants pourraient intégrer d'autres mesures d'évaluation des besoins. Au

18 Sharpe, L. (2002).

terme de ces évaluations, l'intervenant a potentiellement une idée de l'état de santé mentale de son client et devrait pouvoir, selon le manuel du CQPETJ « *déterminer si le joueur doit régler un autre problème avant de passer au traitement spécifique du jeu* ». Les problèmes de santé mentale rencontrés et énumérés par les intervenants vont des troubles d'apprentissage aux troubles de la personnalité¹⁹, en passant par la schizophrénie, les troubles bipolaires, la dépression, etc. Ce sont les personnes les plus difficiles à traiter, car comme nous l'avons vu, si une grande partie des intervenants sont expérimentés dans le traitement des autres dépendances, les problèmes de santé mentale leurs sont moins familiers. La dépression est un des problèmes fréquemment rencontrés, et le problème de la profondeur de l'affection hypothèque en partie l'intervention en raison du manque de disponibilité de l'usager. Des états émotifs ou intellectuels incapacitants peuvent se concrétiser par l'absence d'attention, de motivation, de capacité de concentration, par des difficultés de lecture, d'écriture, de mémorisation, etc.

« Oui, ceux qui sont en dépression majeure. Ceux-là sont très difficiles (à traiter), parce que, bon, premièrement, ce n'est pas des gens qui se mobilisent facilement. Donc ils sont plus centrés sur leurs symptômes, beaucoup plus passifs, dans l'attente, souvent, qu'on enlève le malaise, hein, plutôt qu'essayer d'être dans la solution, partir d'eux autres mêmes pour effacer ça. Ils cherchent souvent des responsables à ce qui leur arrive et tout ça. Donc ça je dirais que c'est une des clientèles qui est très difficile. Très souvent, ça va être une clientèle qui va se retrouver à l'interne, justement parce qu'ils sont bien hypothéqués. Fait que peut-être qu'on pourrait y revenir, mais dans le programme cognitif-comportemental de Ladouceur, ça c'est une des grandes difficultés qu'on rencontre. Ils n'ont pas la tête disponible. Ils ne sont pas disposés. Ils ont à peu près pas de concentration. (...) Ils ne sont pas réceptifs ou encore on réussit à aller chercher leur attention pendant trente minutes. Revient deux jours plus tard : « ah!, oui, ça se peut que tu m'avais demandé de faire ça puis de regarder ça ». Donc il n'y aura pas comme de suite qu'eux autres vont se donner pour continuer de travailler ça. Fait que je dirais que c'est très limité. Avec ces gens-là, ça va être plutôt le restant de la thérapie qui va être efficace, là, au niveau des besoins physiques ou de la socialisation ou tout ça, pour se retrouver un équilibre à la base. Mais les gens dépressifs, très difficiles à traiter » (11).

19 Des formations supplémentaires sur les troubles de la personnalité et le traitement du jeu pathologique destinées aux intervenants et organisés par le MSSS ont eu lieu les 15 et 23 mai 2003. 56 personnes y étaient inscrites.

Les troubles de la personnalité sont aussi évoqués comme devant inévitablement modifier le cours de l'intervention et, notamment, sa durée, qui peut dépasser les vingt séances. La portion cognitive du protocole de traitement du CQEPTJ est en général délaissée partiellement par les intervenants, puisqu'il présuppose une disponibilité intellectuelle qui fait défaut aux personnes souffrant de troubles de la personnalité graves :

« Fait que moi je pense qu'à partir de l'évaluation puis de créer le lien en commençant, le reste, j'essaie d'inclure les notions que j'ai apprises, mais quand je suis avec des gens qui ont à la fois des problèmes alcool-drogues ou même santé mentale importants, ça ne fonctionne pas l'approche Ladouceur avec ces gens-là. Je n'arrive pas à la faire comme on l'a apprise. J'utilise..., je l'utilise par exemple pour travailler les pensées puis tout ça, mais euh!, je ne peux pas demander aux gens de compléter des travaux à la maison ou des trucs comme ça, ça ne fonctionne pas avec ces gens-là. Ils sont trop détériorés au niveau de la santé mentale là quand il y a des gros troubles de la personnalité, c'est vraiment difficile d'arriver à fonctionner avec cette approche-là » (12b).

Selon les intervenants, le réseau n'est pas suffisamment développé et les ressources suffisamment disponibles pour permettre la référence automatique des patients avec un problème de santé mentale à un psychiatre, un psychologue ou un médecin après l'évaluation. Dans des cas exceptionnels, toutefois, des traitements se font en parallèle si l'usager était déjà suivi par un psychologue et continue de l'être, soulageant l'intervenant de l'intervention propre à la problématique de santé mentale. Dans ces cas, l'intervenant minimise la partie plus cognitive du traitement et met l'emphase sur le travail comportemental et sur les objectifs de la thérapie.

Comme dans le cas de la toxicomanie et de l'alcoolisme, il n'existe pas d'études concluantes qui statuent sur la problématique à traiter en priorité. Par ailleurs, dans le cas particulier de la dépression²⁰, ou même du trouble de la personnalité, il est difficile de cerner lequel des deux problèmes a précédé l'autre. Or, l'enjeu de la détection est important puisqu'en fonction de la problématique majeure du client, il sera peut-être nécessaire d'orienter celui-ci vers des services appropriés ou encore d'adapter considérablement le protocole de traitement pour le jeu.

20 Selon les intervenants, chez les personnes dépressives suivies aussi par un médecin, la thérapie est souvent facilitée par la prescription d'antidépresseurs.

Le cas de la détection des désordres bipolaires pose de grands défis à l'intervenant, puisque le diagnostic reste difficile à poser et nécessite des outils spécifiques non prévus par le programme. Comme le mentionne Rosenthal²¹, une période d'excès de jeu peut imiter tous les critères de désordre bipolaire, et le joueur admis en traitement présentera non seulement des symptômes de sevrage mais une panoplie de symptômes passibles d'être confondues avec presque tous les désordres psychiques. Une seconde difficulté de l'évaluation réside dans le fait qu'une personne en phase maniaque qui s'adonnerait au jeu de façon excessive ne peut par ailleurs être catégorisée comme joueur pathologique dans les termes du DSM-IV. Finalement, l'état du client joueur pathologique et souffrant de désordre bipolaire peut se modifier considérablement durant la séquence de traitements. Il est documenté que les problèmes de certains joueurs fluctueront au gré d'une phase maniaque ou d'une phase dépressive (au point où des chercheurs évitent d'inclure des personnes souffrant de désordre bipolaire dans des études cliniques afin de ne pas fausser les résultats quant au contrôle ou à l'abstinence obtenus²²).

Règle générale, donc, lorsque l'intervenant soupçonne un problème de santé mentale, il utilisera par lui-même des outils appropriés afin de déterminer en quoi l'état du client commande des changements d'orientation au protocole de traitement²³. Par la suite, il est probable qu'il réfère à des services spécialisés si la situation le nécessite et si ces services sont effectivement disponibles. Dans le cas où l'utilisateur continue le processus de traitement, les intervenants aménagent les séances en accordant plus d'importance à la partie comportementale du protocole du CQEPTJ, tandis que le segment cognitif sera minimisé.

3.3.2. Toxicomanie et alcoolisme

Il est reconnu que la proportion de personnes présentant des problèmes de consommation est plus élevée chez les joueurs qui demandent de l'aide que dans la population en général²⁴. La moitié des personnes qui ont été traitées dans le cadre du programme expérimental ont été traitées aussi pour au moins un des problèmes suivants : alcoolisme, toxicomanie, autres dépendances et santé mentale (figure 1).

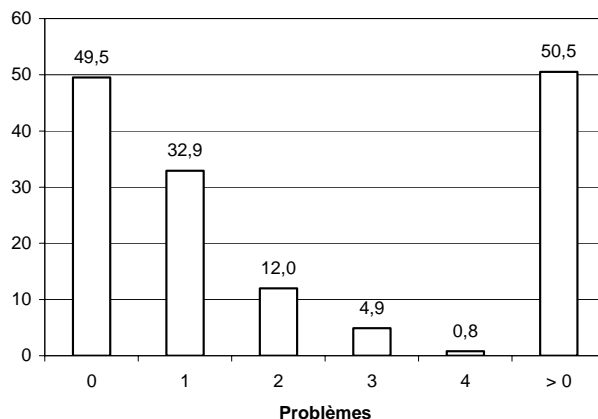
21 Rosenthal, R. J. (2004).

22 Ibid.

23 Notons qu'en termes légaux, les thérapeutes ne sont pas habilités à poser un diagnostic. Il s'agit donc toujours d'évaluation.

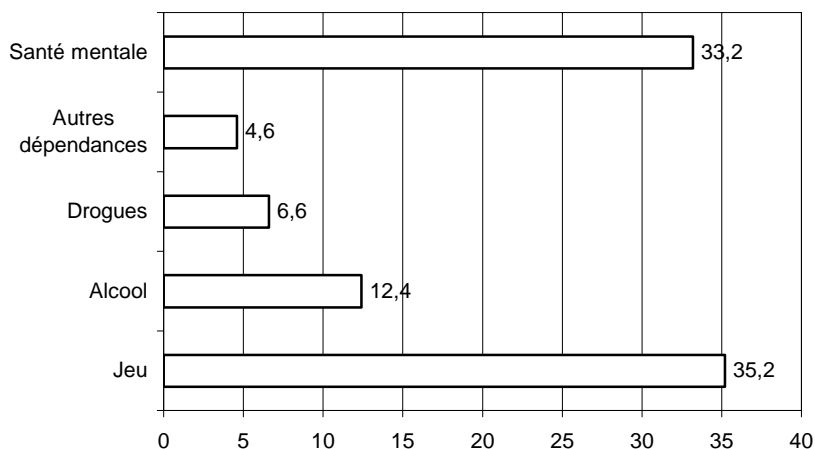
24 Maccallum, F., Blaszczyński, A (2002).

Figure 1. Proportion de clients qui déclarent avoir été traités dans les 12 mois précédant leur admission (jeu, alcool, drogues, autres dépendances et santé mentale)



N = 2 513

Figure 2. Comorbidités traitées dans les 12 derniers mois déclarées par les clients eux-mêmes



En fait, la présence de dépendances multiples augmente la probabilité qu'un joueur cherche de l'aide²⁵. L'intervenant peut donc s'attendre à retrouver parmi sa clientèle une proportion substantielle de personnes aux prises avec d'autres dépendances. Par conséquent, il est important de ne pas minimiser l'évaluation des problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie au stade de l'entrevue diagnostique. Maccallum et Blaszczyński²⁶ reconnaissent aussi que le

25 Andrews, G., Slade, T. & Issakidis, C., (2002).

26 Maccallum, F., Blaszczyński, A (2002).

défaut d'identifier et de traiter les problèmes concomitants d'alcoolisme et de toxicomanie peut mener à un taux d'abandon plus élevé.

Un intervenant expliquait quant à lui, lors de la journée sur le jeu pathologique, une variation nécessaire des modalités du programme dans les cas de double et triple problématiques, soit par la référence externe, soit par l'établissement d'une hiérarchie de traitement des problèmes dans le cours de la thérapie et l'ajustement de différents éléments du programme. Cette dernière perspective est supportée par les données voulant que chez la plupart des joueurs en traitement présentant des problèmes de toxicomanie, cette dernière dépendance a précédé la dépendance au jeu²⁷, laissant supposer (et cela reste à ce jour une supposition) que l'élimination du problème de toxicomanie pourrait faciliter l'élimination du problème de jeu.

Dans le cahier de formation de traitement du CQEPTJ, il est mentionné à quelques reprises la possibilité que l'intervenant rencontre des joueurs présentant aussi des problèmes de dépendances multiples :

« Certaines situations de vie ou caractéristiques propres aux joueurs peuvent nuire à la mise en pratique des exercices de modification de la pensée. Des interventions comportementales viendront en aide aux joueurs qui seraient aux prises avec des problèmes tels l'exposition au jeu, des problèmes financiers, un manque d'occupation, une consommation abusive d'alcool ou de drogues ou encore des problèmes relationnels²⁸ ».

Par ailleurs, lors de l'évaluation initiale, les habitudes de consommation du joueur qui se présente en traitement sont questionnées dans l'entrevue diagnostique sur le jeu pathologique révisée. Il n'est pas à notre connaissance refait allusion à la consommation d'alcool ou de drogues jusqu'à la partie dite « comportementale » du traitement, où il s'agit de discuter de l'influence de la consommation d'alcool et drogues sur le maintien des comportements excessifs de jeu *« s'il a été établi que la consommation d'alcool ou de drogue se fait de façon excessive et qu'elle constitue un problème important. (...) Il faudrait veiller à ce que le nécessaire soit fait pour référer le client à une ressource spécialisée ou qu'il y ait un traitement prioritaire pour les problèmes de consommation. Si, par contre, le thérapeute estime que le travail peut se faire en parallèle, il pourra aborder cet aspect et discuter de certaines stratégies à adopter : Avec le joueur, faire l'inventaire de ses activités de consommation (quantité, lieu, contexte, etc.); identifier les activités de jeu se déroulant en lien avec la consommation (proportion, moment, lieu...); Mettre en application des stratégies pour réduire la consommation en lien avec le jeu (lorsqu'une trop grande consommation risque d'influencer les activités de jeu) ».*

27 Kaush, O (2003).

28 Ladouceur, R., Boutin, C., Doucet, C., Lachance, S., & Sylvain, C. (2000).

Les stratégies préconisées pour aider le joueur à contrôler ses activités de jeu en lien avec sa consommation de drogues ou d'alcool sont les suivantes : « *Consommer des boissons non alcoolisées lorsqu'il se retrouve dans les établissements de jeu; rester à la maison ou chez des amis pour consommer de l'alcool; lors de la fréquentation d'établissements de jeu, être accompagné de quelqu'un qui connaît le problème de jeu en lien avec la consommation*²⁹ ».

Le problème des dépendances multiples a aussi été abordé lors de l'atelier « Jeu pathologique et toxicomanie » donné dans le cadre des activités de relance du MSSS.

Malgré les dispositions du programme expérimental exposées ci-haut, selon la perspective des intervenants, le nombre de personnes souffrant de dépendances autres que le jeu semble avoir constitué une surprise. La plupart des intervenants œuvraient, nous l'avons déjà dit, dans le réseau de services pour toxicomanes ou alcooliques. Ce n'est pas tant donc le fait de manquer d'outils pour traiter ces problématiques qui causent un problème mais le fait que le Programme d'évaluation et de traitement des joueurs excessifs ne semble pas avoir préparé les intervenants à la nature des problèmes de la clientèle. Les questions de la hiérarchisation des dépendances à traiter s'est donc posé, celui aussi du manque de réseautage avec des institutions spécialisées quand une référence s'imposait, celui de l'inadéquation de certains aspects cognitifs du programme du CQEPTJ avec l'état de santé des usagers et, finalement, le problème potentiel du transfert de dépendance :

« Les doubles et triples problématiques sont les plus difficiles à traiter parce que c'est comme si on prenait un vase communicant : il arrête une consommation quelconque, que ce soit l'arrêt du jeu ou l'arrêt de la consommation, et ça va se transposer dans une autre compulsion. Ça fait que par le vase communicant, il y en a un qui va s'arrêter, que ce soit l'arrêt du jeu, oups!, il y a une consommation d'alcool qui va peut-être recommencer de l'autre côté » (1).

Il semble qu'il n'ait pas été pris en compte lors des essais cliniques et de l'implantation du programme qu'un traitement efficace pour une population à problématique unique n'est pas nécessairement valide pour une population présentant des troubles de comorbidité. C'est à cette réalité qu'ont été confrontés les intervenants que nous avons rencontrés. Il existe pourtant des précédents dans la recherche : « *On reconnaît généralement quatre stratégies pour traiter les comorbidités : traitement intégré, où une même personne traite en même temps les dépendances; traitement parallèle, où deux personnes traitent en même temps les dépendances; le traitement séquentiel, dans lequel les dépendances sont traitées l'une*

29 Ibid, p. 177.

après l'autre, le traitement unique, où seule une dépendance sera traitée (Najavits, 2003). Le traitement intégré est généralement recommandé³⁰ ».

Les intervenants ont donc à cet égard composé avec quelques indications générales portant sur les comorbidités reçues lors de la formation donnée par le CQEPTJ et la réalité que leur imposait la grande disparité de l'état de santé effectif de la clientèle :

« Disons que j'en ai eu des..., surtout j'en ai un en tête là où c'était vraiment multiples problématiques là. Le gars était aussi maniaco-dépressif, il était atteint du sida puis il avait le jeu à travers tout ça, mais il était aussi toxicomane. Donc c'est comme..., c'est difficile de savoir par quel..., comment établir la majeure. C'est multifactoriel comme ça. Donc, à ce moment-là, lui, j'avais commencé par travailler à stabiliser sa santé mentale puis je l'ai fait conjointement avec l'équipe de santé mentale du CLSC » (12b).

En d'autres termes, selon les intervenants, le problème des dépendances à l'alcool et à aux drogues est fréquent, il a été sous estimé dans l'élaboration du protocole de traitement et dans la structuration du réseau. Il pose les problèmes de savoir quelle dépendance traiter en premier et de qui doit la traiter. En l'absence de solution claire, les intervenants ont réagi soit en traitant eux-mêmes ce qu'ils estiment avoir été le premier problème à survenir ou en traitant concurremment les problèmes, soit en référant pour certains problèmes ou en traitant en concertation avec un autre professionnel.

3.3.3. Les attentes des clients

Au terme d'entrevues en profondeur menées auprès de joueurs, Poirier³¹ regroupe les attentes des joueurs en quête de traitement en trois catégories : 1) les attentes cognitives – le joueur veut comprendre pourquoi il joue; 2) les attentes affectives – le joueur espère recevoir de la compréhension et de l'affection; et 3) des attentes de types comportementales – le joueur veut cesser de jouer. Nous avons pour notre part observé que les attentes des clients peuvent concerner plusieurs aspects : les attentes quant à la nature du traitement lui-même, les attentes concernant la modification de leur comportement de jeu, leurs attentes concernant des problèmes périphériques au jeu ou la qualité de vie. Ces classifications donnent une bonne idée de l'étendue du spectre des exigences et des besoins des usagers : chacun conjugue dans des proportions diverses ces attentes, et la tâche des intervenants ne s'en trouve que davantage complexe. Néanmoins, selon les données du questionnaire administré aux intervenants, 48 % d'entre eux considèrent que l'évaluation des besoins des usagers a un impact important ou crucial sur le résultat du traitement.

30 Weiss, R.D., Najavits, L.M., & Mirin, S.M. (1998).

31 Poirier, L., & Lindsay, J. (2001).

Dans le rapport 8 de l'évaluation du Programme expérimental sur le jeu pathologique³², nous avons recueilli les motivations exprimées par les usagers, qui se résument comme ceci :

Tableau 3. Déclencheurs qui ont incité les usagers à commencer une thérapie

MOTIVATIONS	
Intrinsèques	Extrinsèques
<ul style="list-style-type: none">- Les idées suicidaires;- Le désespoir, la souffrance;- La honte, le manque d'estime de soi;- Le besoin de retrouver l'estime de soi;- Les problèmes de santé physique et mentale;- L'identification négative aux autres joueurs;- Le changement des valeurs;- La peur de tout perdre.	<ul style="list-style-type: none">- Des problèmes financiers;- Des pressions des proches;- Une perte d'argent importante lors de la dernière séance de jeu;- Des problèmes avec l'employeur;- Des problèmes judiciaires;- Une tentative de suicide ayant conduit à l'hôpital;- L'obligation de payer des biens à soi-même ou à sa famille.

3.3.4. Les attentes vis-à-vis le traitement

De ces motivations intrinsèques et extrinsèques découlent une série d'attentes face au traitement. La plupart des intervenants nous ont dit adapter considérablement leur traitement en fonction de ces attentes, de même qu'au profil des usagers.

Certains d'entre eux considèrent que c'est à l'utilisateur de faire preuve de capacité d'adaptation. C'est d'ailleurs une des fonctions de la demande de service et des groupes d'accueil que d'expliquer aux usagers de façon plus précise ce à quoi ils peuvent s'attendre :

« R. Et moi j'explique d'emblée, au téléphone, comment ça fonctionne le programme, en quoi consiste le programme. Alors c'est à prendre ou à laisser dès le départ. Et... Fait que la personne, elle sait à quoi s'attendre finalement là. Il y en a, c'est sûr, qui veulent, qui s'attendent à une forme de psychothérapie, mais c'est clarifié au départ » (4).

32 Chevalier, S., Geoffrion, C., Audet, C., Papineau, É., & Kimpton, M.-A. (2003).

Cette position reste marginale, et l'on retrouve une panoplie de remaniements thérapeutiques sur le plan du contenu du traitement prévu :

« Q. Comment vous adaptez-vous aux attentes des clients concernant le traitement? Quelles sont les interventions que vous posez? »

« R. Et souvent, le contrôle financier par les pairs. Alors ça, ça fait partie des premières interventions de départ pour sauver un peu la..., sauver la situation, sauver la personne là du pire. Euh!, voir à l'urgence, soit médicale ou santé mentale, là c'est souvent les premières affaires. Et après ça, quand on commence le traitement, c'est l'arrêt du jeu, mais par la prise de pouvoir et la prise de contrôle de ses idées puis l'approche Ladouceur, à ce moment-là, elle s'inscrit bien » (12b).

« Moi disons, en partant, que si je regarde la thérapie Ladouceur, c'est cognitivo comportemental. Je l'utilise. Mais j'utilise à peu près tout. Je suis éclectique. Donc je m'en vais utiliser beaucoup d'autres choses aussi. Mais comme vous dites, dépendamment de la personne qui va se présenter, il y a des personnes qui ne veulent pas continuer la thérapie immédiatement, ils ont besoin..., ils ont besoin tout simplement de verbaliser, d'exorciser des douleurs. Alors, souvent, bien la thérapie, elle prend le bord... C'est ça là. Donc ça c'est une adaptation. Il y en a d'autres qui sont plus proactifs. Bien ceux qui sont plus proactifs, bien on est quasiment capable de se brosser un tableau comportemental puis ça y va. Mais il y en a d'autres, ce n'est pas ça, c'est psychodynamique puis il faut les écouter, parce que là il y a des nœuds à dénouer. Et puis souvent, je pourrais dire que quand ils ont eu ce qu'ils voulaient au niveau de leurs besoins, la thérapie risque de s'arrêter là » (15).

Au plan du format des traitements, certains usagers exprimeront une préférence pour le traitement de groupe ou le traitement individuel, mais, à moins de ne pas en être à leur première demande d'aide, leur idée concernant la thérapie pour le jeu reste vague : *« Mais comme ils savent peu à quoi ils s'attendent, fait que c'est comme s'ils avaient peu d'attentes par rapport au déroulement puis aux rencontres » (1).*

Cette méconnaissance des services offerts semble naturelle puisque le traitement du jeu pathologique reste un domaine d'intervention relativement récent³³. C'est ce qui fait que dans certains cas, les usagers vont transposer la représentation traditionnelle qu'ils ont de la consultation chez un spécialiste de la santé mentale, qui est celle du modèle médical psychothérapeutique, sur leurs attentes. Ce faisant, le nombre de séances se trouve augmenté, et une place moins importante est accordée aux exercices cognitifs prévus au

33 Notons néanmoins que beaucoup d'intervenants ont suggéré une meilleure promotion locale et nationale des services, qui permettrait d'en faire connaître la disponibilité et la nature.

protocole du CQEPTJ. Les intervenants ont souligné comment la relation didactique du protocole du CQEPTJ laisse peu de place à la relation thérapeutique, et les propos des usagers et des intervenants convergent pour statuer que la relation thérapeutique est un élément crucial de l'intervention, et qu'en ce sens, le mode relationnel psychothérapeutique traditionnel, semblerait répondre mieux aux attentes des uns et des autres.

3.3.5. Les attentes vis-à-vis le jeu

Dans l'étape initiale de l'évaluation, nous avons déjà constaté que l'arrêt du jeu n'est pas nécessairement l'objectif premier de l'utilisateur : « *Le premier postulat est celui par lequel les joueurs qui font une démarche pour obtenir des services veulent voir régler leur problème de jeu. Il n'est ni évident, ni démontré que tel soit le cas. Les joueurs qui ont recours aux services pourraient vouloir ou s'attendre à recevoir d'autres services. Il n'est pas inconcevable que cette clientèle désire tantôt des services financiers, légaux, des services de santé pour des problèmes de santé physique fréquents chez les joueurs, des problèmes de sommeil, de gestion de stress, de conciliation familiale, de conciliation avec l'employeur ou autres. Bref, le joueur peut concevoir son problème de jeu sous différentes facettes, pour lesquelles il s'attendra ou non à recevoir des services. En termes plus théoriques, nous soulevons ici la question des besoins ressentis ou comment la personne conçoit son problème. (...) Quoiqu'il en soit, la situation financière extrêmement détériorée s'avère probablement la motivation la plus prégnante dans la littérature. Arrêter de jouer semble subsidiaire pour le joueur qui recherche un traitement*³⁴ ».

Cependant, le travail sur les habitudes de jeu est évidemment à l'agenda de la plupart des intervenants. Ils ont chacun, nous l'avons dit, leur propre conception de ce que serait « un traitement idéal » et ont donc, idéalement, des objectifs pour leurs clients. Cependant, la plupart vont procéder conformément aux objectifs exprimés par les usagers vis-à-vis leur comportement de jeu. Il est en général tenu pour acquis que s'il doit y avoir arrêt complet du jeu, éventuellement, mais c'est de façon graduelle que cela se fera. Les « rechutes » ne doivent en aucun cas constituer des critères d'exclusion et elles seront courantes puisque souvent, au début, le joueur « ne veut pas arrêter de jouer mais arrêter de perdre ».

D'ailleurs, lorsque l'on demande aux intervenants ce qu'est pour eux un traitement complété, une infime minorité suggère que ce serait lorsque le joueur a arrêté. On privilégie d'abord l'atteinte des objectifs du client, fixés par l'utilisateur, ce qui a pour conséquence que le traitement dure plus longtemps :

34 Chevalier, S., Geoffrion, C., Audet, C., Papineau, É., & Kimpton, M.-A. (2003).

« R.: OK, on a un programme établi d'avance, mais on va travailler avec qu'est-ce que tu vis en ce moment. Puis si ce n'est pas dans mon cadre, si ce n'est pas dans la case de la session 1, ce n'est pas important, on va travailler là-dessus. Nous autres, c'est supposé d'être quinze rencontres, je crois. Finalement là, c'est bien plus long que ça. Ce n'est pas logique ça quinze rencontres. Mais on a..., c'est vrai on a un horaire à suivre » (10).

On observe par ailleurs l'emphase mise par les intervenants sur le libre arbitre de l'utilisateur, sur son autonomie dans son processus de décision quant au jeu contrôlé ou à l'abstinence. Si presque deux tiers des intervenants visent à long terme l'arrêt de jeu, ils refusent de l'imposer aux joueurs :

« R.: Fait que moi je vais prôner une abstinence complète là, mais qu'on va y aller tranquillement pas vite. Pour l'instant, si elle pense de pouvoir contrôler, bien je vais la laisser vivre l'expérience pour se rendre compte qu'elle ne sera pas capable de contrôler, on le sait là. Mais je vais la laisser se découvrir par elle-même, je ne vais pas... Je respecte le rythme des gens en bousculant des fois, puis souvent là, en confrontant quand même, mais je crois beaucoup que les gens ont le potentiel, eux-mêmes, de changer » (12b).

« Évidemment le but, ce n'est pas d'en faire un sacro-saint abstinent du jeu » (15).

Il faut noter une moindre variation dans la négociation de la nature de l'intervention en traitement interne puisque de toute façon, le confinement rend l'accès au jeu improbable.

Le débat qui oppose les tenants du jeu contrôlé et ceux de l'abstinence n'est donc pas tranché par le Programme d'évaluation et de traitement des joueurs excessifs. Selon Blaszczynski, il appartient au thérapeute de juger de la vulnérabilité ou de la force du joueur : *« some gamblers have the ability to return to and maintain controlled gambling over substantial periods with minimal risk for relapse », mais « it seems prudent to encourage abstinence as the preferred treatment goal until predictor variables are available which could identify the subjects who are able to maintain controlled gambling following treatment »*³⁵. Nous pourrions ajouter que le thérapeute doit aussi juger des attentes de l'utilisateur quant à sa qualité de vie, car si ce dernier ne veut pas nécessairement arrêter de jouer mais plutôt « arrêter de perdre », les pertes dont il est ici question impliquent beaucoup plus que de l'argent.

35 Blaszczynski, A., McConaghy, N. (1993).

Voir aussi Blaszczynski, A., McConaghy, N. & Frankova, A. (1991).

3.3.6. Les attentes vis-à-vis la qualité de vie

Le mal de vivre des usagers qui requièrent un traitement est en général assez profond : leur qualité de vie, leurs conditions matérielles sont détériorées, leur fonctionnement social, professionnel et familial est érodé... Par ailleurs, beaucoup restent fonctionnels mais éprouvent de la détresse face à leur faiblesse, à la perte de leurs idéaux, à la perte d'estime personnelle. Ils sont incrédules de s'être fait « embarquer » par de vulgaires machines, cherchent le pourquoi... Ainsi, deux intervenants nous relatent les attentes de leurs usagers :

« R.: C'est : « soulagez-moi » puis « je veux moins souffrir » puis..., des grosses attentes. Ils ne savent pas qu'est-ce qu'on va faire... Il y en a qui vont dire : « oui, je voudrais savoir pourquoi que je joue », euh (...) Et par la suite, il demande : « c'est quoi la fonction du jeu, à quoi ça sert le jeu dans sa vie? » (2).

Selon les intervenants, les éléments du Programme d'évaluation et de traitement des joueurs excessifs ne permettent pas de résoudre entièrement ces deux questions de la souffrance et de la raison de l'irruption de la dépendance dans leur vie. Les intervenants tentent donc de travailler sur la fonction du jeu dans la vie de l'utilisateur et ce sujet est très complexe. Il existe plusieurs raisons possibles de jouer, le désir de gain d'argent, de socialisation, d'émotions, d'expérimentation, de divertissement, de développement et/ou d'utilisation d'habiletés, de consommation, d'esthétisme, d'expérience religieuse ou spirituelle, ou le jeu à fins caritatives³⁶. Elles expliquent pourquoi le joueur s'adonne au jeu et peuvent contribuer à orienter le traitement en ce que des activités alternatives proposant des rétributions similaires peuvent être proposées. Mais les raisons qui expliquent pourquoi le joueur joue de façon excessive sont plus difficiles à évaluer; selon les intervenants, il existe avant le jeu, pour plusieurs, un mal être qu'il faut soigner.

D'ailleurs, il est une panoplie de raisons invoquées pour cesser de jouer, dont un bon nombre concernant un travail non pas strictement sur les conséquences du jeu pathologique mais aussi sur ses catalyseurs : les gens veulent « être mieux dans ma peau », « être capable de prendre ma place dans la vie », « m'affirmer », « que ça aille mieux dans mon couple », « être capable de payer mes comptes », « redevenir la personne que j'étais avant », « être responsable », « être plus fier de moi », « ne plus perdre ».

36 Chevalier, S. (2003).

La place accordée par les intervenants à des approches parallèles, de nature plus holistes, qui questionnent l'étiologie et les aspects émotifs de la dépendance témoignent de cette réalité : la souffrance empiète hors de l'espace de jeu, peut avoir précédé le jeu, et travailler sur le problème de jeu peut ne pas être suffisant :

« Je dirais que l'approche cognitive comportementale, comme ils l'ont faite, a ses points forts, dans cette branche-là, mais je rajouterais aussi que tout ce qui est l'aspect émotif a été mis de côté au niveau du traitement de Ladouceur. Donc de comprendre ce que j'expliquais tantôt, gérer les émotions désagréables, travailler sur l'identité négative de soi, travailler également à réduire le besoin d'amour et de contrôle, comme on peut le faire avec l'approche émotivo-rationnelle, je pense que c'est une lacune importante au niveau du traitement Ladouceur. Donc tout l'aspect cognitivo-comportemental est important, mais on a mis un peu de côté l'aspect émotif, puis je pense que de développer..., d'aider les gens à développer une autonomie émotive est important. Donc moi, si j'en privilégie une, c'est celle-là (20).

Une autre stratégie mise en place par plusieurs intervenants concernant l'aspect émotif consiste à outiller les usagers pour mieux communiquer et exprimer leurs émotions et leurs besoins, par le biais notamment d'exercices de communication non violente.

Les intervenants, dans la mise en œuvre du Programme d'évaluation et de traitement des joueurs excessifs, ont donc constamment développé des stratégies pour avant tout rassurer leurs clients, installer et maintenir un lien thérapeutique et réussir à les garder dans le programme. Conformément à l'invitation lancée par le CQEPTJ à « personnaliser le programme³⁷ », les intervenants ont aménagé les objectifs et les façons de faire pour minimiser les abandons et s'adapter aux clients, à l'ancienneté et à la gravité de leur problème de jeu mais aussi à la co-occurrence d'autres problèmes d'ordres conjugaux, professionnels, financiers, de santé mentale ou de toxicomanie et d'alcoolisme.

37 Ladouceur, R., Boutin, C., Doucet, C., Lachance, S., & Sylvain, C. (2000), p. 7.

4. LES ÉTAPES DE TRAITEMENT DU PROGRAMME D'ÉVALUATION ET DE TRAITEMENT DES JOUEURS EXCESSIFS

Le Programme d'évaluation et de traitement des joueurs excessifs ne s'est pas installé dans un vacuum. Un quadruple déterminisme a pesé déjà sur son application et a modelé sa mise en œuvre.

A une méta échelle, les **réalités régionales distinctes de chaque secteur** où a été expérimenté le programme ont teinté son application. À ces réalités géographiques, socio-économiques et démographiques différentes, les intervenants ont répondu par différentes adaptations.

À l'échelle des centres de traitement, le Programme d'évaluation et de traitement des joueurs excessifs a pris ses assises sur deux paradigmes : les **orientations thérapeutiques institutionnelles** (ou philosophie de traitement pré existantes), intimement liées au fait que le programme était établi dans le réseau de services en toxicomanie. En second lieu, **la nature et le fonctionnement des services offerts**, soit interne ou externe, individuel ou groupe, publique ou communautaire.

Par ailleurs, la nature des traitements ne se conforme pas exclusivement à la politique des établissements qui les offrent. Un centre de traitement est un tout constitué de **l'ensemble des intervenants**. Il est une mosaïque d'individualités, de formations, de pratiques, de croyances qui se conjuguent en une somme de compétences multiples et disparates et dont résulte donc un éventail de possibilités pour l'utilisateur, en fonction de l'intervenant ou du groupe qu'on lui désignera.

A cet égard, l'évaluation de l'application du Programme d'évaluation et de traitement des joueurs excessifs ne peut se faire dans une perspective mécaniciste qui consisterait à quantifier le taux de complétion ou le taux d'abstinence à l'issue d'un traitement. La réalité est que, dans l'ensemble des pratiques préexistantes ou récentes de traitement des joueurs pathologiques au Québec, est venue s'ajouter la thérapie pour le jeu du CQEPTJ. Il est techniquement impossible d'isoler les éléments et techniques du programme du CQEPTJ de la somme des éléments et techniques thérapeutiques utilisés par la totalité des intervenants des centres dans l'ensemble des régions afin d'en mesurer « l'efficacité ».

Mais nous pouvons, au mieux, demander aux intervenants ce qu'ils en pensent et évaluer le poids relatif de ces éléments et techniques dans leur pratique effective.

4.1. Impressions générales de la formation et du programme

Certains intervenants avaient déjà traité des joueurs en thérapie avant l'instauration du Programme expérimental sur le jeu pathologique du ministère de la Santé et des Services sociaux. Pour la majorité d'entre eux, l'acquisition de connaissances sur le jeu proprement dit était nécessaire et a donc été abordée avec beaucoup d'intérêt :

« Je comprenais l'alcoolisme, je comprends la toxicomanie, le jeu, je ne le comprenais pas puis eux m'ont fait comprendre le jeu. Donc je comprends cette dépendance-là aussi » (10).

Suite à la formation, il s'est alors agi d'intégrer les outils à des façons de faire existantes, à des clientèles précises, à des cas concrets. Cette période d'adaptation est vécue différemment par chacun, mais il y a consensus à affirmer que la formation a apporté des matériaux utiles à la réflexion sur le jeu, dont l'intégration se fait sur un continuum dans le temps :

« R.: Au niveau théorique, je réfléchissais à ça puis je me disais : on avait assez d'éléments pour pouvoir monter une programmation. Peu dans l'application, au départ, mais beaucoup dans la théorie des concepts, ces choses-là. Mais dans l'application, très peu. Comment arriver à appliquer ces concepts-là? Comment les expliquer? Comment y donner notre couleur? Ça, on l'a fait avec le temps. On l'a installé, on a installé les services à notre couleur, avec le temps » (1).

Si les éléments concernant la logique des jeux et du joueur sont particulièrement appréciés, on reproche souvent au traitement du CQEPTJ son absence de vision systémique et de solutions globales aux problèmes périphériques vécus par le joueur, d'où l'ajout de la composante systémique :

« R.: Qu'est-ce que j'en ai pensé? Au début? Euh!, non, au début je trouvais ça le « fun », je trouvais que, bon, il y avait du contenu. Au niveau du jeu, au niveau des pensées magiques, au niveau du hasard, j'ai dit : « bien c'est le « fun », c'est des belles théories, des belles trouvailles ». Mais je me suis aperçu que c'était incomplet. Tu sais.

Q.: Et à quel niveau c'est incomplet?

R.: Bien au niveau de la personne elle-même. On n'est pas des machines, on est avec un être humain là, tu sais. Tu sais, au niveau du contexte de vie du client là, c'est quoi son contexte de vie là le gars? Tu sais, si on parle d'une approche systémique là, c'est quoi là? Fait que c'est assez limité. Mais je dirais que sans ça, il nous manquerait quelque chose. Ça, ça prend ça » (7).

A cette analyse, ce second intervenant ramène à notre attention l'idée que non seulement la prise en compte du contexte de vie du client doit être un élément déterminant de l'approche thérapeutique mais, encore une fois, que l'on ne doit pas négliger la pluralité des profils des joueurs :

« Moi je pense que s'il y a une formation qui se fait de façon spécifique sur le jeu, on aurait intérêt à ce que la formation touche les troubles de personnalité, que ça soit approfondi parce qu'on n'est pas dans un cadre de recherche où on va prendre juste les joueurs qui « fissent » à notre approche. On est un centre de réadaptation public et on doit donner un service à tout le monde qui nous consulte. Et dans ce sens-là, on n'a pas été formé pour ça. Mais Dieu merci, tout le monde avait des expériences ici là puis tu te débrouilles. Hein!, on est des gens formés en relation d'aide là puis des psychologues, des travailleurs sociaux... » (2b).

Cette opinion concernant la possible inadéquation de l'outil cognitivo-comportemental à la large portion de la clientèle qui ne correspond pas à la définition du « joueur pur » est largement partagée par les intervenants suite à la formation :

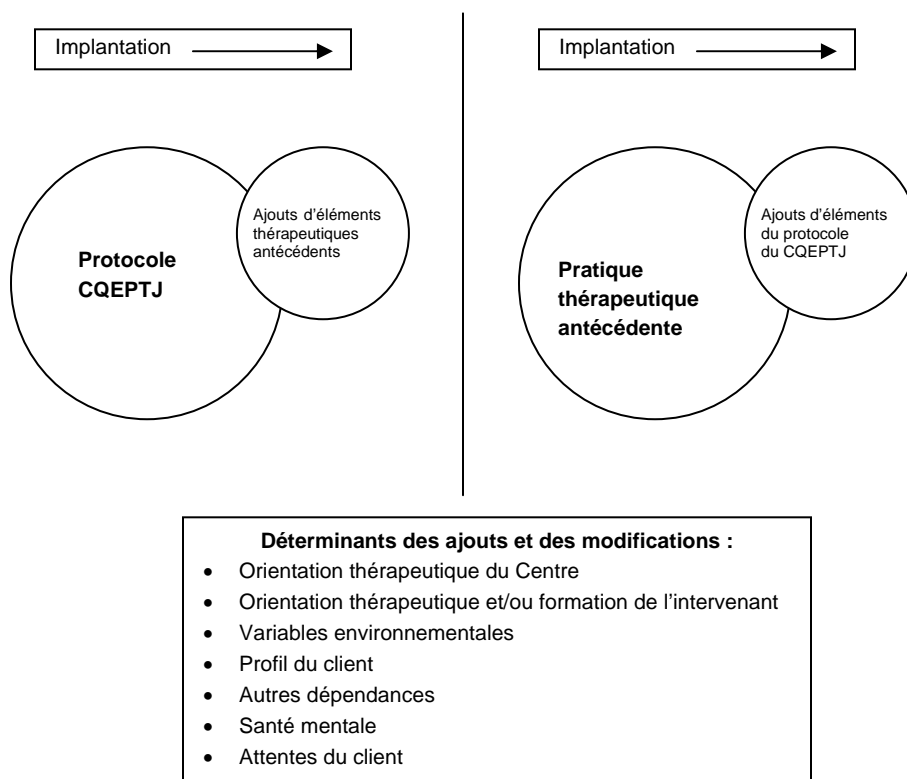
« Je trouvais que la formation, finalement, le traitement répondait plus à des joueurs purs et non pas à des joueurs, un autre type de clientèle, des joueurs un peu plus..., soit avec des traits de personnalité un peu plus problématiques ou à des personnes qui sont un peu plus au niveau émotif ou... Fait que je trouvais que c'était beaucoup centré sur le cognitif. Mais j'ai trouvé ça quand même très utile avoir cette formation-là, hein!, surtout au niveau des erreurs de pensée, ça aussi j'ai trouvé ça bien d'apprendre ça là » (9).

Les impressions générales concernant le Programme d'évaluation et de traitement des joueurs excessifs sont donc très diversifiées. Pour certains, ce programme s'est intégré en douceur, venant se greffer en un tout cohérent à des pratiques qui allaient dans le sens de l'intervention cognitivo-comportementale :

« Bien nous on a notre base, ç'a toujours été la thérapie cognitive-comportementale de Monsieur Ladouceur. Fait que ç'a toujours été et ça demeure encore notre base, sauf que, en cours de route on a greffé un paquet de choses et des fois on a enlevé certaines choses et on en remet. Comme moi par exemple, avec le temps aussi, j'ai développé un paquet de choses aussi, alors j'ai obtenu un peu plus de liberté que j'en avais avant dans le sens que dans mes groupes, je m'aperçois que, oups, ils sont rendus là ou tel exercice est peut-être mieux. Je « switche » un peu. Je change un petit peu. Mais ma base reste toujours la même, mon programme que j'ai ici, il est toujours le même de base, sauf que moi je le travaille à travers tout ça » (13).

Dans cette perspective, pour certains intervenants, c'est le protocole du CQPETJ qui constitue un ajout à leur pratique thérapeutique habituelle, tandis que comme dans ce dernier cas, le protocole du CQEPTJ est adopté en premier et adapté par la suite par l'ajout d'exercices ou de concepts relevant d'un autre champ thérapeutique et de l'expérience de l'intervenant. Donnons à cet intervenant le mot de la fin de cette section, puisqu'il remet en perspective le Programme d'évaluation et de traitement des joueurs excessifs. Il s'agit d'un programme expérimental, appelé à changer avec le temps et grâce aux apports des intervenants eux-mêmes :

Deux modalités d'adoption du protocole du CQEPTJ



« R.: Qu'est-ce que j'en pense? Bien ça me semble répondre aux personnes. Ça me semble parler aux personnes, parce que les personnes... Moi je l'ai pris tel quel, sans poser nécessairement de jugement de valeur, dans le sens que j'ai essayé de le..., je le vends aux personnes. Puis à force de le vendre, je me le suis vendu puis... Mais en même temps je reste ouverte à tout là. Tu sais, tout ce qui peut exister, d'autres approches, parce que ça, ce n'est pas coulé dans le ciment, c'est le premier, c'est appelé à changer... » (17).

4.2. L'évaluation

L'évaluation initiale prévue au protocole de traitement du CQEPTJ se déroule en principe sur deux rencontres et se base sur une entrevue diagnostique et une série de tests. Elle vise à « établir un premier contact dans un climat propice à la naissance d'une relation de confiance avec le joueur », « comprendre et écouter le joueur » afin de savoir ce qui l'amène en traitement, « prendre des mesures quantitatives et qualitatives des habitudes de jeu du joueur », mesurer sa perception d'efficacité personnelle, évaluer différentes variables liées aux répercussions du jeu dans la vie du joueur et vérifier la présence de troubles mentaux et d'autres dépendances. Sont prévus à cet effet l'administration des instruments suivants : questionnaires sociodémographiques, South Oaks Gambling Screen (SOGS), impulsivité d'Eysenck, anxiété de Beck, dépression de Beck, la liste des occasions de jouer, l'entrevue diagnostique sur le jeu révisée, les questions liées au jeu, la perception d'efficacité personnelle devant les principales situations à risque, l'exercice sur la motivation « avantages et désavantages » et la feuille d'autonotation.

Dans la première partie, nous avons vu que 48 % des intervenants considèrent que l'évaluation des besoins des usagers a un impact important ou crucial sur le résultat du traitement. « L'évaluation initiale » prévue par le Programme d'évaluation et de traitement des joueurs excessifs, constitue une des façons de prendre la mesure des besoins des usagers.

Dans les entrevues, les intervenants se sont prononcés sur deux aspects de l'évaluation. Premièrement sur son utilité. L'utilité est double; on parle ici de sa fonction pour le thérapeute, comme outil d'évaluation et/ou de préparation à l'intervention proprement dite, et de son utilité pour l'utilisateur des services de traitement. En second lieu, les intervenants se sont prononcés sur le contenu et les procédures proprement dites. Dans un cas comme dans l'autre, les avis sont partagés entre les intervenants critiques et les intervenants satisfaits.

Utilité

En ce qui concerne son utilité, il se dégage deux grandes tendances dans l'appréciation générale de l'entrevue diagnostique : les intervenants qui estiment qu'elle constitue un outil de prise de conscience pour les usagers et les intervenants, et ceux qui considèrent qu'il s'agit d'une formalité administrative non essentielle sinon inutile, dont certains aspects leur échappent et qui est trop lourde pour la clientèle.

Si cet intervenant évoque l'aspect hautement technique de l'évaluation, il en apprécie aussi les résultats qui constituent une « photographie » et aident à comprendre quel genre de joueur est l'utilisateur. Si le DSM-IV permet de confirmer ou d'infirmer le diagnostic de joueur, le SOGS donne une idée de l'intensité du problème. De même, la liste des occasions de jouer

donnera une idée des facteurs de risque les plus susceptibles de fragiliser l'utilisateur et fournit des pistes d'intervention.

Une autre qualité évoquée de l'évaluation est que, hormis d'orienter le traitement, couplée au bilan, elle permet de quantifier « l'avant » et « l'après » thérapie, de mesurer les acquis du traitement. Elle constitue donc à cet égard un outil didactique utile aussi à l'utilisateur. Certains intervenants déplorent le manque de temps disponible à leur agenda pour analyser en profondeur l'image qui se dégage de ce portrait.

En interne, le profil de l'utilisateur bâti pendant la période d'évaluation est, de l'avis d'un intervenant, très utile pour que la totalité des intervenants avec lesquels l'utilisateur aura affaire aient une même compréhension de son profil :

« Puis ce qui est le « fun » avec ces deux pages-là, c'est que ça donne les pistes aux autres intervenants aussi, parce que c'est un résumé du client. C'est sûr que ce n'est pas un diagnostic, mais c'est quand même un résumé du client. On sait s'il est plus dépressif ou anxieux ou... Fait que moi je trouve que ça va bien faire une photo, en fait, du client quand il est arrivé ici. Ça nous donne un peu une direction d'intervention. Je l'adore » (21).

Les exercices « la liste des occasions de jouer » et « les situations à risque » sont relativement bien perçus des intervenants, puisqu'elles permettent essentiellement de « saisir la dynamique », « comprendre les motivations », et surtout, de faire comprendre à leur client les logiques qui sous-tendent parfois leurs actions. De façon récurrente dans les entrevues, et au sujet de maints aspects du protocole de traitement, les intervenants s'inquiètent de l'absence de dispositions relatives au travail sur les aspects affectifs et émotionnels du problème. Cependant, la liste des occasions de jouer est une des techniques dont on relève la pertinence à cet égard :

« Ça permet de voir si c'est des émotions agréables, désagréables qui l'amènent à jouer. C'est tu des problèmes relationnels? C'est tu le fait de l'alcool? Celui-là je le trouve intéressant » (18).

L'ensemble de ces techniques, si elles sont correctement analysées fournissent, du point de vue des intervenants, des indicateurs des risques de rechute des joueurs

« C'est important qu'on identifie : lui c'est quoi là, il est plus vulnérable? À quel moment? Qu'est-ce qui l'amène à rechuter? Puis c'est souvent le cœur de ça, je trouve, qui est à comprendre pour la personne » (18).

Donc, en ce qui concerne la finalité des procédures d'évaluation, on s'entend pour en reconnaître l'importance dans la mesure où les constats et les analyses sont communiquées à l'utilisateur : meilleure connaissance du joueur de ses motivations, de ses déclencheurs. Mais en l'absence d'une formation plus soutenue sur l'interprétation des résultats d'évaluation, qui constitue en somme une première prise de contact intime avec l'utilisateur, l'aspect administratif du processus prend cependant trop souvent le dessus sur son aspect humain.

Rares sont les intervenants qui utilisent l'entrevue diagnostique et principalement le DSM-IV comme instrument de diagnostic dans l'esprit d'exclure les personnes dont le score n'atteindrait pas 5 sur 10, soit le seuil du joueur pathologique. Comme le mentionne cet intervenant, il est hors de question d'exclure une personne qui n'atteint pas ce seuil, puisqu'elle « l'atteindra dans six mois si on ne fait rien », et il est toujours préférable de faire de l'intervention précoce.

Contenu et procédures

Ainsi, de l'avis de certains intervenants, l'outil diagnostique est complexe, non à administrer, mais à interpréter, tandis que certains plus scolarisés semblent moins pris au dépourvu par la logique d'administration et d'interprétation des différentes grilles d'évaluation. Ce qui, par ailleurs, n'implique pas que les autres intervenants n'aient pas acquis au cours de l'expérience les compétences nécessaires à faire une évaluation juste et efficace de l'état psychique et physique d'un usager et de ses besoins. Cependant, sa complexité est souvent évoquée. Du point de vue quantitatif, certains intervenants ont du mal à relativiser les scores et à évaluer l'implication que ces scores ont sur le bilan du joueur et devraient avoir sur le cours du traitement. Ils soulignent d'ailleurs que le cahier de formation ne contient pas de directives précises à ce sujet.

Certains intervenants ont ressenti le besoin de se faire aider et ont eu recours à la ligne téléphonique mise à leur disposition par le CQEPTJ pour qu'on leur explique comment interpréter les résultats obtenus à la suite de l'évaluation. Selon un témoignage, l'aspect hautement scientifique et vraisemblablement hermétique de la réponse obtenue (un texte anglais de nature scientifique parsemé de statistiques) n'a pas été d'une grande aide : « *Je ne veux pas savoir comment a été pondue cette grille d'évaluation-là, je veux savoir comment analyser les résultats. Rien que ça que je veux savoir moi. C'est quoi le lien que je fais avec la problématique? Tu sais, fait que je peux bien remplir des grilles puis remplir des grilles moi là, mais ça ne m'apporte rien là* (4).

La lourdeur de l'évaluation est un problème pour l'intervenant, mais aussi, vraisemblablement, pour certains clients, comme en témoignaient déjà les usagers dans le rapport consacré à leur point de vue³⁸. Pour certains usagers, elle avait aussi le défaut de

38 Chevalier, S., Geoffrion, C., Audet, C., Papineau, É., & Kimpton, M.-A. (2003).

retarder les échanges véritables client-intervenant, la relation thérapeutique, et l'intervention proprement dit. Des intervenants en conviennent puisqu'ils retardent parfois des éléments de l'évaluation « *C'est sûr que je ne vais pas dans le gros détail, je vais y revenir un petit peu plus tard* » (21).

La lourdeur de cette étape est plus notable dans le cas d'une clientèle hypothéquée au niveau de la santé mentale et des capacités de lecture et d'écriture. Les intervenants s'adaptent en remplissant certains formulaires pour leurs clients :

« Moi j'ai un client, je pense qu'il ne sait pas lire. Je ne suis pas sûre, parce que je n'ai pas osé lui demander. Sauf que quand..., aie!, il y a quand même beaucoup de choses à leur donner. Hein!, les cahiers 1 à 5 puis tout ça. Fait que même au début, j'avais « anxiété de BECK », « dépression de BECK », puis là je suis venue pour lui dire : « bon, viens, tu vas les compléter ici puis je vais rester avec toi dans le bureau ». Puis là j'ai vu que, il ne savait pas quoi faire avec ça. Fait que je lui ai dit : « veux-tu qu'on le fasse ensemble? »; il a dit : « oui ». Je n'ai pas osé lui demander ça : « s'il savait lire ou pas », mais... Fait qu'on a tout fait ensemble » (22).

La longueur de l'entrevue est présentée par plusieurs comme étant aussi rébarbative pour la personne en besoin d'aide et particulièrement pour la personne en crise; elle est un passage obligé à des fins de recherches et à des fins thérapeutiques, mais elle est potentiellement démotivante. Certains intervenants ont précisé que les usagers se sentaient comme des « cobayes », « sous examen » : *Mais j'essaie, moi, de ne pas les..., tous ces tests..., toutes ces feuilles-là, j'essaie de remplir ça quand le client n'est pas là³⁹* » (16). Autre type d'adaptation, afin d'alléger le cours du processus d'évaluation en thérapie, les intervenants ne font pas nécessairement l'évaluation dans son entièreté où recommandent aux usagers d'en faire certaines parties à la maison (où dans les périodes libres en cas de thérapie interne).

Pour résumer, ainsi que le mentionnaient les décideurs et coordonnateurs de services⁴⁰, on retrouve donc plusieurs types d'approches face à l'évaluation. « A un extrême, il y a la position adaptative qui ajuste les besoins d'information au type de client qui est rencontré. La collecte d'informations avec des outils standards comme ceux du CQEPTJ est parallèle ou ponctuelle et se situe dans une démarche de questionnement du bien fondé d'une utilisation trop stricte et lourde de ces instruments. (...) À l'autre extrême, il y a la position structurée qui fait de cette collecte une étape essentielle pour documenter le travail d'évaluation. Dans ces cas, la collecte peut se faire dans une seule rencontre prévue à cet effet qui peut faire partie des groupes de transition, comme on l'a vu plus haut, ou de la première journée

39 Cette pratique pose par ailleurs la question de la validité des réponses, puisque les données ainsi recueillies ne relèvent plus de l'auto-déclaration de l'utilisateur mais bien d'une interprétation de l'intervenant.

40 Allard, D., Audet, C., St-Laurent, D., Chevalier, S. (2003).

d'admission dans un centre résidentiel. (...) Entre ces deux extrêmes, il y a ceux qui font remplir les outils du CQEPTJ de manière plus étendue et intégrée ». Cette dernière position implique parfois des variations importantes à l'évaluation prévue, de même que des ajouts : certains utilisent des évaluations « maison », l'IGT (indice de gravité de la toxicomanie) ou l'outil DÉBA, jugeant ce dernier plus convivial pour remplacer l'entrevue diagnostique.

Finalement, un commentaire revient souvent, l'évaluation « escamote » les questions touchant la qualité de vie (autonomie, logement, emploi, vie familiale), et ceci est en soi un manquement important puisque, selon les intervenants, le travail thérapeutique doit aussi concerner ces dimensions plus systémiques de la dépendance. Cette importance de la prise en compte de tous les aspects de la vie du joueur va sa refléter, non seulement dans l'évaluation, mais aussi dans l'appréciation que font les intervenants de la partie cognitive du traitement.

4.3. L'analyse de la séance de jeu

Dans le protocole de traitement du CQEPTJ, quatre exercices sont spécifiques au jeu pathologique, contrairement aux autres étapes qui sont utilisées plus largement dans le traitement des addictions : ce sont l'analyse de la séance de jeu, la définition du hasard, les erreurs de pensée, et les exercices « A moi de jouer ».

L'analyse de la séance de jeu consiste pour l'intervenant à demander à l'utilisateur de décrire en détail sa dernière séance de jeu. L'analyse de cette séance a pour but de mettre en relief les pensées erronées du joueur, de voir comment est déclenchée l'envie de jouer et de connaître les spécificités du joueur. On ne note pas à l'analyse des réponses du questionnaire de variation interrégionale de l'appréciation de l'élément « analyse d'une séance de jeu ». 4,5 % des intervenants disent ne jamais l'utiliser, 17,5 % l'utilisent régulièrement, 23,9 % l'utilisent souvent et 54,5 % l'utilisent toujours (tableau 2). En termes de commentaires appréciatifs, de réserves et d'adaptations, les entrevues livrent des opinions variées.

Certains expriment comment cette séance fait ressortir les pensées erronées et révèle bien les mécanismes et la personnalité du joueur, peu importe que celui-ci aime ou pas l'exercice. Un intervenant, qui dit avoir moins d'expérience avec les joueurs, se sent « rassuré » par cet exercice bien qu'il lui arrive de « le sauter ». Les mots « essentiel », « important », « relativement important » reviennent fréquemment, tandis que d'autres intervenants expriment des réserves au sujet de la compréhension et de l'acceptation de cette étape par les usagers. Certains joueurs ne comprendraient pas la nécessité de faire cet exercice et s'y sentiraient mal à l'aise. Par ailleurs, pour plusieurs intervenants, il est dangereux de raviver les émotions ressenties pendant le jeu. D'autres vont plus loin en se questionnant sur l'aspect éthique de la chose puisqu'une telle mise en situation peut donner l'envie à l'utilisateur de jouer à nouveau, à plus forte raison, selon un autre intervenant, si l'utilisateur s'est abstenu

de jouer depuis plusieurs mois et qu'il y a alors risque de le remettre en situation « d'obsession ». Ainsi, par mesure de prudence, l'intervenant évitera de stimuler encore plus le désir de jouer ou adaptera l'exercice en fonction de la sensibilité des joueurs. S'ils font une rechute ou qu'ils se présentent en thérapie et qu'ils viennent juste de jouer, « *bien je saute sur cette occasion-là puis là je fais l'analyse de la séance de jeu* » (2b). Pour ces mêmes raisons dictées par la précaution, un autre intervenant va évaluer informellement, à la fin de l'analyse de la séance de jeu, si l'utilisateur présente des signes de vulnérabilité à une rechute, s'il semble ébranlé. S'il sent que l'exercice l'a déstabilisé et ramené à une forte envie de jouer, l'intervenant tentera de travailler à amenuiser cet effet.

En ce qui concerne les aménagements apportés, un intervenant rapporte que l'analyse de la séance de jeu pourra être reportée « à plus tard » lorsque l'utilisateur arrive avec des « urgences » ou encore des pensées suicidaires : il commence par régler le problème, que celui-ci soit lié à une dispute conjugale, un problème d'hébergement, un créancier insistant : « *Fait que je dirais que dépendamment de l'urgence, mon gars qui m'arrive, qui est suicidaire, bien là c'est sûr que là, avant de faire l'analyse séance de jeu, lui je vais peut-être faire trois, quatre rencontres là à clarifier ça puis à lui donner des moyens pour être sûr qu'il ne se tuera pas, qu'il va se rendre jusqu'à la prochaine rencontre* » (18).

Autre aménagement, un autre intervenant demande à ses usagers de lui décrire leur dernière séance de jeu « comme un film » et de décrire les actions, pensées et sensations. Cette approche permet une rationalisation et une distanciation relative par rapport à l'événement décrit. Un autre intervenant va dactylographier la séance de jeu, et la remettre au client afin qu'il puisse y réfléchir, encourageant encore plus l'introspection, tandis qu'un dernier enregistre son client :

« *... je leur demande la permission de les enregistrer et là ils n'ont pas vu aucun concept encore. Fait que là c'est eux autres les experts du jeu et ils me parlent d'une séance de jeu. OK. (...) Là on écoute ça ensemble puis moi j'arrête la cassette : « Est-ce que c'est encore vrai pour toi, ça? Est-ce que c'est encore vrai les stratégies que tu essaies? »; « Non ». Je te le dis là, souvent là, c'est fini. Il n'y a plus de jeu. C'est parce que la personne, ce n'est pas le voisin qui parle, c'est elle. Fait qu'elle s'écoute et là... Puis moi là, je vais dire, il n'y a pas personne qui a été fâché après moi. (...). Puis il y a un client qui m'a dit..., il dit..., lui il est parti avec la cassette, il voulait l'écouter tout seul. Il dit : « je me suis écouté trois fois pour être sûr que c'était moi ». Il dit : « j'en reviens pas de mes pensées ». Il dit : « une chance... », il m'a dit ça de même, il dit : « une chance que tu l'as enregistré, parce que je t'aurais obstinée longtemps » (22).*

4.4. La définition du hasard et les situations à risque

La définition du hasard et les situations à risque ont pour objet la clarification de la notion de hasard et la distinction entre les jeux d'adresse et jeux de hasard. Il s'agit par ailleurs de sensibiliser le joueur aux pièges et mécanismes de son discours intérieur et de le sensibiliser aux situations à risque. On ne note pas à l'analyse des réponses du questionnaire de variation interrégionale de l'appréciation de l'élément « définition du hasard ». 3,4 % des intervenants disent ne jamais l'utiliser, 11,4 % l'utilisent régulièrement, 18,2 % l'utilisent souvent et 76 % l'utilisent toujours.

Les tenants de cette partie du traitement la considèrent importante et « pertinente pour aider le joueur à prendre conscience » (15) de la façon dont fonctionnent les appareils de loterie vidéo et, accessoirement, du risque qu'ils représentent. Cette prise de conscience ne règle pas le problème mais aide à délimiter une sphère de travail importante.

C'est un « outil clé », « essentiel », auquel les usagers sont « attentifs ». L'outil se prête aussi bien au groupe qu'à l'individuel. Un intervenant souligne que c'est un outil déterminant dans le travail sur la prévention de la rechute puisqu'il met en relief les situations à risque.

Divers aménagements sont apportés dans la mesure où, par exemple, un intervenant va le faire de façon tout à fait informelle dans une discussion de groupe et non comme un exercice méthodique :

« Ça peut être un peu aride. Donc moi je leur dis : « bon bien là c'est un petit peu comme si on retournait à l'école, je vais vous faire un quiz, tout ça ». Alors la plupart du temps, on rigole beaucoup dans cette rencontre-là. Et là, quand on parle de hasard, bien là ce qui est intéressant c'est que, souvent..., c'est là qu'on va commencer à faire la distinction entre la vie et le jeu. (...)J'essaie d'ajouter de l'humour aussi, parce que ça peut faire un peu pédagogique » (18b).

Un autre nous dit « *Je le fais, pas nécessairement avec le livre là, mais je le fais* » (2b). Là encore, un autre intervenant va se servir d'un logiciel qui imite les mécanismes des appareils de loterie vidéo afin de démontrer au joueur à quel point c'est le hasard qui régit les résultats au jeu : « *un outil terrible!* »(7).

Certains intervenants ne sont pas preneurs : ils considèrent la définition du hasard comme une étape rébarbative du traitement pour les personnes atteintes sur le plan cognitif. Les clients qui ont des « retards », des « lacunes » ont besoin de mots simples. Ils n'ont jamais entendu le mot hasard « de leur vie » et, si on leur parle de « *hasard, indépendance des tours, espérance de gains négative, la semaine d'après ils ne s'en souviennent pas* » (22).

Pour cet autre intervenant c'est le contraire : les usagers « sont des gens brillants » et qui « trouvent ça ridicule parce qu'ils le savent déjà » (10). Et cet intervenant de rajouter que cet exercice n'a pas d'impact sur les connaissances de ces joueurs qui connaissant très bien les lois de la probabilité et du hasard, et il l'a « enlevé de l'horaire ».

Encore une fois, on constate donc que l'appréciation de cette partie précise du traitement est inextricablement liée au profil des usagers qui en sont les bénéficiaires et que les intervenants apprêtent en fonction de la clientèle un exercice jugé utile mais qui peut néanmoins apparaître trop didactique.

4.5. Les erreurs de pensée

Les deux rencontres prévues au traitement pour les erreurs de pensée ont pour objectif d'amener le joueur à connaître les pièges des jeux de hasard et d'argent qui induisent des erreurs de pensée. Par ailleurs, on vise à ébranler les croyances du joueur relatives au jeu. On introduit les notions d'espérance de gains négative, d'indépendance des tours, d'illusion de contrôle et « d'espoir de se refaire ». Cet exercice et les lectures connexes reposent sur le postulat que la dépendance est le fruit d'erreurs cognitives communes à tous les joueurs et qu'il faut corriger ces erreurs pour retrouver une relation saine avec le jeu.

Les intervenants utilisent de façon généralisée et régulière les exercices sur les erreurs de pensée : 1,1 % des intervenants disent ne jamais l'utiliser, 9 % l'utilisent régulièrement, 21,3 % l'utilisent souvent et 68,5 % l'utilisent toujours.

Les intervenants comprennent vraisemblablement le noyau cognitif comme un tout et ils ont très peu différencié leurs commentaires portant sur les volets respectifs « analyse de séances de jeu », « définition du hasard et situations à risque » et « les erreurs de pensée ». Ainsi, les commentaires sur les erreurs de pensée sont le plus souvent amalgamés aux deux volets cognitifs précédents ainsi qu'à l'exercice suivant « A moi de jouer ». Nous présentons néanmoins ici les quelques commentaires relatifs aux erreurs de pensée qui n'ont pas déjà été évoqués précédemment.

Les réserves concernant cette étape du traitement sont marginales mais elles corroborent certains points de vue concernant la lacune d'intégration de l'aspect émotif de la dépendance à diverses étapes du traitement : « *Si la personne elle sait que c'est une erreur de pensée, ça c'est le rationnel. Mais l'émotif, on fait quoi avec ça?* ».

Par ailleurs, on souligne à nouveau le fait que cet exercice est essentiellement destiné aux personnes souffrant de problèmes avec les appareils de loterie vidéo et les machines à sous. C'est en effet le jeu qui cause le plus de problèmes parmi la clientèle des services, mais la présence de joueurs qui ont un problème avec d'autres jeux impose des adaptations aux intervenants, afin que ceux-ci ne se sentent pas marginalisés, plus particulièrement dans les

groupes. Ceci est le cas notamment avec les amateurs de paris sportifs, avec lesquels les notions sur l'indépendance des tours, l'illusion de contrôle sont moins pertinentes.

Toujours dans le cadre du traitement de groupe, cet exercice pose un problème de synchronisation entre les personnes intégrées tardivement au groupe et qui n'auraient pas encore fait l'analyse de la séance de jeu à la base qui fournit les éléments de la séance « erreurs de pensée ». Cette situation implique un « rattrapage » et des « pirouettes » de la part de l'intervenant, possiblement l'insertion d'une rencontre individuelle avec le nouvel arrivant.

Au chapitre des adaptations apportées par les intervenants, on constate le retour du leitmotiv concernant le travail sur les émotions, que l'on intègre au travail cognitif :

« Les personnes qui ont plus tendance à être dans l'émotion, je te dirais qu'on rajoute une colonne aussi pour eux autres où est-ce que là on va aborder les émotions. Parce que sinon, juste du cognitif, il y a certaines clientèles qui répondent plus ou moins à ça. Donc c'est un outil qui est très intéressant pour défaire les erreurs de penser, mais comme je te dis, moi je ne resterais pas non plus juste au niveau cognitif » (9).

De façon fort créative, cet intervenant propose « un peu d'hypnose dirigée », un jeu de rôle où il devient le joueur et où le joueur endosse le rôle de thérapeute. « *Je deviens joueur, tu sais, trois, quatre rencontres plus tard, puis le joueur est thérapeute puis il me dit mes pensées erronées* » (2b).

Cet autre intervenant continue à travailler avec l'enregistrement audio des pensées erronées, tandis que celui-ci procède par photocopies, afin que le joueur puisse se relire avec du recul. De ces trois dernières stratégies, on note une tendance à favoriser l'aspect dynamique de la prise de conscience des pensées erronées par le joueur, plutôt qu'une approche unidirectionnelle dans laquelle la matière du cahier serait livrée de façon didactique.

Il semblerait aussi que cet exercice soit un déclencheur important sur le plan de la dynamique de groupe, qui mobilise beaucoup les esprits et fasse tomber certaines barrières de gêne dans le groupe. Un témoignage intéressant fait état de la colère ressentie par ceux des joueurs qui étaient bel et bien ignorants de leurs mécanismes erronés de pensée, lorsqu'ils se rendent compte de l'ignorance dans laquelle ils étaient tenus :

« Euh!, oui, il y a eu des groupes où c'était assez..., il y avait des réactions assez fortes de colère, de..., parce que ça ébranle des croyances, hein! (...) Les pensées, les erreurs de pensée, le texte, on le voit en détail, c'est le cœur du traitement, on le voit en détail (...) C'est sûr que quand t'arrives avec des concepts, ça fait des années qu'eux autres ils pensent que ça fonctionne comme ça puis toi t'arrives puis tu leur dis : « bien non, ce n'est pas comme

ça que la machine fonctionne », ça va susciter des colères, oui. Parce que ça ébranle » (1).

Cette prise de conscience concernant la logique des ALV est peut-être un outil positif, catalyseur du désir de s'extirper de la dépendance. Il arrive cependant que certains joueurs abandonnent après cette étape, avec l'impression, parfois justifiée, d'avoir compris et donc d'avoir réglé leur problème. Une analyse plus fine des dossiers d'abandons permettrait de documenter le sujet et de faire des recommandations sur la nécessité de prévenir les usagers de la nécessité et de la complémentarité du travail comportemental dans le processus de guérison.

4.6. Les exercices « A moi de jouer »

Les exercices « à moi de jouer » sont destinés à « *favoriser la reconnaissance et l'assimilation de la relation entre les pensées et la décision de ne pas jouer* ». Ils constituent une étape supplémentaire au travail précédent sur les pensées erronées en ce qu'il « fait envisager le renoncement au jeu comme un choix éclairé plutôt que comme une privation ». C'est en quelque sorte l'étape où le joueur passe de la théorie à la pratique en élaborant des stratégies pour contrer les pensées qui lui donnent envie de jouer. Ces exercices rencontrent moins l'adhésion des intervenants : 9,2 % des intervenants ne l'utilisent jamais, 17,2 % l'utilisent occasionnellement, 26,4 % y ont souvent recours et 47,1 % y ont toujours recours. Parmi les quatre portions du traitement spécifiquement relatives au jeu, c'est donc celle qui est le moins fréquemment utilisée.

Quelles sont les raisons de cette moindre utilisation? Le positionnement de l'exercice fait dire à plusieurs intervenants qu'il est répétitif par rapport au cheminement du joueur qui, arrivé à ce stade du traitement, aurait déjà naturellement accédé à ce stade de réflexion. Ainsi les intervenants aménagent le protocole : « *Je trouve que les clients habituellement, par le temps qu'ils ont passé par vraiment comprendre pourquoi qu'ils jouent, ils sont déjà rendus à un point où ils font l'analyse par eux-mêmes là de quoi faire ou quoi faire d'autre (...). Habituellement, je le fais plus tôt avec eux* » (14).

Une autre intervenant parle de « redondance ». La même critique revient encore, cet exercice n'est pas approprié pour les joueurs qui ont des difficultés avec l'écriture où dont les capacités cognitives sont moins développées, puisqu'il consiste à remplir une grille relativement élaborée. Ceci donne lieu à des adaptations qui permettent de rencontrer les besoins ou les limites de la clientèle, où la verbalisation remplace simplement l'écriture ou, encore « *Ça c'est mon ennemi! Je vais le faire au tableau. On va le faire verbalement, mais, écoute, il y a peut-être..., sur tous les clients que j'ai vus, il y en a peut-être dix qui l'ont fait de façon religieuse puis qui sont revenus avec les exercices là. Les autres là... Bien..., je pense qu'aussi ça demande une certaine habilité intellectuelle, parce qu'il y a de l'écriture...* » (2b).

Tout comme au stade de l'évaluation, certains usagers parlent de la sensation désagréable d'être en train de faire « des devoirs » tandis que d'autres sont très assidus et apprécient justement la rigueur de ces exercices.

Les intervenants étalent parfois l'exercice sur la totalité des séances en le reprenant lorsque le sujet de l'intégration des connaissances à la prévention de la rechute s'impose comme un enjeu important : « *Pour moi les exercices « À moi de jouer » viennent justement faciliter cette intégration-là, donc on travaille les déclencheurs et tout ça* » (9).

Il apparaît selon certains intervenants que le groupe tend à dynamiser ce type d'exercice : les joueurs corrigent réciproquement leurs pensées erronées et se soumettent mutuellement des stratégies d'évitement des situations à risque.

Mais une réserve apparaît pour le traitement en interne : le fait d'être en interne ne donne pas l'occasion au joueur de tester ces acquis, d'appliquer à des situations de risques concrètes le principe de corrections des idées erronées, et cette intervention reste donc momentanément à un niveau théorique. Les joueurs sont en possession d'un mode d'emploi qu'ils ne peuvent soumettre à l'épreuve de la réalité. Le travail de prévention de la rechute des personnes traitées en interne devrait donc être adapté, accentué, et incorporer des méthodes d'actualisation de ces techniques « sur le terrain », au sortir de la thérapie.

Les intervenants font donc encore une fois ressortir une réserve concernant la nature de l'exercice, qui nécessite écriture et introspection. À la lueur des commentaires des intervenants sur la partie cognitive, il est permis de penser que les intervenants, comme les usagers⁴¹, accordent une prépondérance à la relation thérapeutique qui se déploie difficilement et est à l'occasion bousculée, et même occultée par l'appareillage technique inhérent au volet cognitif du traitement.

4.7. La dimension comportementale

La partie comportementale comprend l'identification des situations à risques. Ces situations à risque peuvent concerner l'exposition au jeu, la consommation de drogues, d'alcool, le manque d'occupation, les problèmes relationnels, la pression sociale et, plus généralement, les émotions négatives. Il s'agira donc d'élaborer des stratégies visant à identifier et contourner ces problèmes lorsqu'ils se présentent. Les problèmes financiers font aussi l'objet de stratégies de rationalisation. Notons que la consultation budgétaire est un des éléments dont les intervenants estiment qu'elle a un impact important (65,4 %) ou crucial (14,8 %) sur le résultat du traitement. 2,5 % d'entre eux estiment que son importance est nulle ou 17,3 % minime. Cependant, spontanément, les intervenants ont plus tendance à traiter de ce sujet en début de thérapie, estimant que l'angoisse provoquée par l'endettement, le paiement aux

41 Chevalier, S., Geoffrion, C., Audet, C., Papineau, É., & Kimpton, M.-A. (2003).

créanciers ou la simple difficulté de subvenir aux besoins immédiats et de faire un budget est suffisante pour entraver la disponibilité à la thérapie. D'ailleurs, selon certains, c'est précisément à cause de ses problèmes financiers que le joueur va se décider à venir consulter, il serait donc inapproprié d'attendre la douzième séance pour aborder le problème.

Selon les intervenants, bon nombre de ces éléments ont déjà été ou devraient être vus en cours de traitement sinon à l'amorce du traitement : « *L'approche comportementale, moi là, elle est tout de suite avant l'approche cognitive. Dès le contact téléphonique (...). C'est ça. Les cartes de crédit là, ciseaux si c'est possible. Ne pas s'exposer, s'il est capable de ne pas aller dans les endroits de jeu, aussi. Fait que ça, je vais en parler aussi. Même quand c'est de l'évaluation, toutes les rencontres, il y a toujours un côté comportemental* » (22).

Il y a presque consensus sur l'utilité de ces éléments comportementaux, bien qu'un intervenant suggère, notamment, l'intégration d'un plan d'intervention plus clair qui amène le joueur à « *poser un geste comportemental précis dans ses changements* » (15). Règle générale, les intervenants réfèrent donc plus tôt, plus abondamment, et aussi plus assidûment à des techniques comportementales. Pour bon nombre d'entre eux, la partie cognitive se fait parfois au détriment de la partie comportementale, et « *tout l'aspect comportemental là, tout le texte, les pièges du jeu, je trouve que c'est un noyau central bien, bien important qu'il faut conserver, peu importe la méthode, l'approche qu'on utilisera* » (17).

Nous avons vu que des réserves étaient exprimées quant à l'efficacité des éléments cognitifs de traitement sur les personnes diminuées sur le plan cognitif. Dans ces cas, les solutions comportementales sont préconisées, qui à défaut de permettre une réflexion sur des technicalités liées au fonctionnement des lois de la probabilité ou des ALV, identifient et balisent les comportements à risque. Il n'est pas par ailleurs établi que l'approche comportementale soit suffisante avec cette clientèle qui, nous l'avons vu, demande parfois un diagnostic et un suivi plus spécifique que le « *joueur pur* ».

En résumé, les intervenants considèrent la partie comportementale du traitement nécessaire mais trop timide en l'état actuel; on procède donc à un étalement des techniques suggérées. Ils insistent sur le fait qu'il est difficile pour une personne en traitement d'avoir la disponibilité mentale requise pour entamer et poursuivre le traitement lorsque les créanciers le harcèlent où qu'il vient de mesurer l'importance des dettes accumulées. C'est pourquoi on préconise l'établissement précoce d'un plan financier étalant le remboursement des dettes ou le recours à d'autres interventions financières qui puisse libérer l'esprit de l'utilisateur.

4.8. La prévention de la rechute

La prévention de la rechute est un élément du traitement dont l'utilité fait à peu près l'unanimité chez les intervenants, bien que la plupart réaménagent les séances qui lui sont consacrées. 92 % des intervenants considèrent qu'il s'agit d'un élément important ou crucial

du traitement. 6,8 % ne l'utilisent jamais, 10,2 % l'utilisent occasionnellement, 27,3 % l'utilisent fréquemment et plus de la moitié, 55,7 % l'utilisent toujours. La rechute, ou le « *retour en force des comportements de jeu excessif* ».

Dans le Programme d'évaluation et de traitement des joueurs excessifs, le thème de la rechute est en fait présent tout au long de la thérapie. Il s'agit d'en discuter et de préparer le joueur à cette éventualité. Les intervenants sont d'accords pour dire que les exercices de prévention de la rechute sont aussi échelonnés sur toute la durée du traitement, et non seulement dispensés aux séances prévues. Dans un cas, « *elle commence aussitôt que la personne rentre dans mon bureau. Je pourrais même dire qu'elle rentre à l'accueil. Elle est présente, omniprésente à toutes les rencontres* » (15).

En effet, c'est à tout moment que se présente le danger de rechute, pas nécessairement au terme de la thérapie proprement dite. Évidemment, si un usager joue encore, il ne s'agit pas de faire de la prévention. Mais si le joueur a cessé de jouer dès sa première prise de contact avec les services de traitement, « *eux autres là, première rencontre, je leur mets le manuel cinq, « Prévention de la rechute » (...) Je dis : « on commence par la fin* » (2b).

Cette introduction précoce de la prévention de la rechute est rendue nécessaire par le fait qu'au long de la thérapie, un travail sur les émotions est souvent entrepris par l'intervenant et qu'il est susceptible de déclencher l'envie de jouer ou les automatismes qui amènent à jouer : « *S'ils ont envie de jouer, je dédramatise ça là. Si les envies reviennent, c'est pas parce qu'ils n'ont pas de volonté, c'est parce qu'il y a des mécanismes automatiques qui sont là puis on parle de tout ça. Quoi faire si ça arrive? Est-ce qu'ils ont des numéros de téléphone?* » (2b).

La définition de la rechute préoccupe certains intervenants, pour lesquels une série de rechutes, ce n'est rien d'autre qu'une progression vers la guérison, puisque ces rechutes fournissent en soi des outils pour comprendre les mécanismes qui y mènent. En fait, les intervenants estiment que la définition apposée à la rechute par les usagers est importante. Pour certains, avoir joué une petite somme quelques minutes pendant la semaine constitue une rechute, tandis que pour d'autres, une séance beaucoup plus longue et ruineuse sera définie comme un léger écart. Et cette interprétation même joue pour beaucoup dans le sentiment d'échec ou sur la motivation : « *Puis il n'y a personne qui détient le monopole de la vérité dans ça. C'est leur vérité à eux autres. Bien on sait quelque chose, même ils sont mals avec ça. Fait que moi quand je les rapatrie, on est capable de travailler ça ensemble, on est capable de voir : « regarde, la rechute fait partie de ta guérison. Tant mieux si tu rechutes pas. Le but c'est de ne pas rechuter puis de te servir des outils que t'apprends dans le guide* » (15).

Les intervenants aménagent encore assez librement l'activité prévention de la rechute. L'un produit un « modèle réduit » des prescriptions en cas de rechute afin que le joueur l'ait toujours à portée de main, glissé dans son portefeuille. Dans le même ordre d'idée, un autre privilégie le recours aux « post it » : « *Je dois avoir bien des clients qui ont des petits papiers sur leur frigidaire, dans leurs poches de manteau ou dans les autos* » (4). On scénarise la rechute, afin de voir comment elle pourrait se dérouler, quelles sont les alternatives si un scénario d'évitement du risque ou d'appel « au secours » ne fonctionne pas. L'un d'entre eux va mettre l'emphase sur l'ivresse mentale (ou les états émotionnels exacerbés qui conduisent à la rechute) : « *Il y a beaucoup, beaucoup, beaucoup de rechutes au jeu. (...) La prévention de la rechute on fait ça, mais pas la sienne, on fait l'ivresse mentale, la prévention de la rechute ensemble* » (10). Un autre intervenant se sert d'un exercice corporel qui permet de visualiser comment la rechute peut être vue non pas comme un pas vers l'arrière mais comme un pas de côté, mais pas nécessairement « dans un cours prévu à cet effet là » (2).

Le réaménagement des activités de prévention de la rechute par les intervenants et le fait que ceux-ci y ont recours de façon plus soutenue que prescrit témoigne de l'importance qui est accordée à cette question, notamment parce que le fait d'en parler permet de la dédramatiser. Ce thème de la dédramatisation est évoqué à plusieurs reprises : « *Mais je trouve ça important de dédramatiser les rechutes puis de faire une distinction entre un écart ou une chute puis une rechute* » (9).

Notons finalement que la prévention de la rechute a une autre dimension dans le cadre des services en interne⁴². D'une part parce que l'approche thérapeutique de groupe y est privilégiée et que l'on a donc plus systématiquement tendance à proposer l'alternative des groupes d'entraide tels GA comme éléments efficaces de prévention de la rechute. Par ailleurs, durant la durée du traitement, le joueur n'a pas été exposé au jeu qui lui posait problème et n'a donc pas éprouvé graduellement l'efficacité des outils dont l'intervention l'a doté. Dans un cas, il est question de prévention de la rechute « *tous les vendredi, parce qu'habituellement, les gens s'en vont le vendredi* » (7) et il s'agit alors d'un « plan d'action de départ ». Il peut s'agir, dans un autre cas, d'un unique atelier de prévention de la rechute qui vient faire en fait synthétiser des notions rencontrées en cours de traitement.

Pour résumer, les intervenants soulignent donc l'importance de dédramatiser la rechute, d'aborder le sujet librement et précocement afin d'en comprendre le sens pour le joueur, sa fonction et ses mécanismes, et éventuellement pour la prévenir.

42 En Montérégie, une solution intermédiaire « d'internalisation », qui consiste à isoler quelques jours en interne des clients qui craignent de ne pas pouvoir résister à un retour au jeu, a été mise sur pied. Ce programme de stabilisation est vu aussi un moyen d'éviter un trop long travail sur la motivation en groupe d'accueil et un abandon parce que la thérapie ne commence pas. On se dit alors : « Commençons le traitement et s'il y a un problème, on l'enverra en stabilisation ».

4.9. L'évaluation post-traitement

L'évaluation post-traitement comprend une série de mesures qualitatives et quantitatives de la progression et de l'état de l'usager au terme des services de traitement : DSM-IV, questions liées au jeu, perception d'efficacité personnelle, questionnaires d'anxiété et de dépression de Beck et autre outil jugé pertinent par l'intervenant. Elle a pour fonction de faire un bilan des acquis et de mesurer les impacts du traitement sur les habitudes de jeu et la perception d'efficacité personnelle du joueur face à ces habitudes de jeu et à différents aspects de sa vie. Elle relève donc d'une double logique : prendre une mesure administrative des acquis liés au traitement et servir d'élément de rétroaction pour le joueur en lui proposant une image quantitative de sa progression.

De l'avis d'un intervenant, ce processus est extrêmement gratifiant à l'interne, puisque d'office, l'usager n'a pas joué :

« Je sais que dans le programme il y a beaucoup de places aux émotions, la place des émotions par rapport à l'envie de jouer puis tout ça. Ça fait que, quand je fais le DSM en post-traitement, bien la personne, elle est bien contente de ça là. Tu sais, regarde comment t'es fière de... Même pour la grille d'autonotation, je la fais presque au complet, sauf deux questions. Je fais même la question : « avez-vous joué aujourd'hui ». C'est sûr qu'ils n'ont pas joué. Mais quand que ça fait trois semaines qu'ils ont dit : « non, je n'ai pas joué » là... » (17).

De l'avis d'un autre intervenant en interne, cependant, l'utilisation du DSM-IV est strictement un outil pour l'externe et est de ce fait moins « significatif » et un autre intervenant nuance l'enthousiasme du premier confrère. Selon lui, on ne teste pas, dans l'évaluation post-traitement à l'interne, la capacité réelle d'un usager à résister à ses pensées erronées et à ses situations à risque :

« Puis c'est sûr que les questionnaires de fin là, au bout de trois semaines, ils arrivent trop vite. Moi je les prendrais ceux-là, puis je les mettrais dans trois mois. Mais, à date, là on le fait comme ça là, mais quand ça va être nous autres qui va décider... La mesure n'est pas réelle, c'est sûr, puis j'imagine... C'est sûr que le taux d'anxiété est moins élevé au bout de trois semaines, ça fait trois semaines qu'il est dans la ouate ici. Ça c'est..., il est en sécurité puis tout ça puis c'est correct là, sa femme ne le laissera pas là puis bon... Fait que la mesure est t-elle réelle? Tu sais... Ça fait trois semaines qu'il est ici. À trois mois, la mesure serait plus réelle, je pense, parce que là il est allé se confronter à sa vraie vie puis à ses problèmes puis tout » (21).

En externe, l'appréciation de cette étape est mitigée, soit que l'on questionne l'utilité de le faire selon les modalités prescrites, soit que l'on en critique la lourdeur. Dans ce cas-ci, les intervenants remplissent les questionnaires « *Juste pour ceux-là qui participent aux recherches par exemple* » (11) parce que c'est une exigence de la recherche et qu'ils ont « des comptes à rendre », et ils le font en l'absence de la personne concernée, l'utilisateur :

« Mais regarde, je serais capable de le cocher moi-même, je n'ai même pas besoin de poser les questions à la personne, on le sait là » (4).

« Ça, je t'avoue que je bâcle ça un petit peu là. (...) Moi, rendue à la huitième fois que je fais remplir le DSM, le Beck, le çï, le ça là, moi je n'y crois plus, ça ne me tente plus. Meaculpa, je l'avoue, c'est ce que je fais, je ne le fais pas. À moins que ce soit pour quand c'est pour la recherche là, OK, que les gens ils ont accepté de participer à l'INSPQ là, à ce moment-là je vais faire ce qu'il faut là dans..., avec les questionnaires, mais sinon, pour moi, ça ne fait plus de sens! » (2b).

La différence de compétences des intervenants intervient certainement dans la façon d'envisager ces éléments. Un des intervenants cumulant le plus d'années d'expérience a visiblement développé une capacité à évaluer l'état de l'utilisateur qui se passe de la lourdeur des grilles prescrites mais repose plutôt sur « *ce que la personne va nous donner comme information, puis selon les symptômes qu'on va observer nous autres aussi là* » (11). L'observation continue des symptômes, des propos et des changements observés au cours de la thérapie semblent donc pouvoir permettre une meilleure évaluation, et les questionnaires seront remplis à des fins administratives seulement par l'utilisateur. Notons finalement que certains intervenants ne font carrément pas d'évaluation post-traitement.

4.10. Les suivis post-traitement

Le suivi post-traitement du Programme expérimental d'évaluation et de traitement des joueurs excessifs consiste à « vérifier dans le temps le maintien des améliorations réalisées pendant le traitement » et de prendre des mesures quantitatives et qualitatives des habitudes de jeu des usagers ». On a donc recours au DSM-IV, aux questions liées au jeu, à la perception d'efficacité personnelle, aux questionnaires d'anxiété et de dépression de Beck lors du « suivi trois mois ». Aux « suivi six mois » et « suivi douze mois » est ajouté le SOGS.

D'emblée, le suivi post-traitement est jugé important ou crucial dans des proportions respectives de 50 % et de 23 % par les intervenants. C'est donc une reconnaissance importante de l'utilité perçue de cette partie de l'intervention. En termes de fréquence d'utilisation, ils sont 31 % à l'utiliser toujours, 19 % à l'utiliser souvent, 34 % à l'utiliser occasionnellement et 16 % à ne jamais l'utiliser.

Les modalités de suivi post-traitement sont nombreuses. Certains intervenants le font en personne tandis que dans d'autres cas, il s'agit d'une tâche administrative remplie par d'autres membres du personnel, particulièrement à l'interne :

« Q.: Puis c'est toi qui fais ça? R.: Non, ça se trouve..., il y a eu un stagiaire qui va..., qui s'en est occupé durant son stage. Puis actuellement c'était un intervenant là qui était de soir, parfois de jour la semaine, donc il venait compléter des heures là temporaires là. Donc lui s'occupait de ce suivi-là » (11). « Ça c'est une chose, pour être honnête, probablement c'est une chose à réorganiser là, parce qu'on a eu un changement de statut dans les intervenants et celui qui est supposé de prendre ça en charge, je ne suis pas sûr s'il l'a commencé » (7). Ce qu'une autre personne trouve discutable, en vertu de la valeur du lien thérapeutique qui devrait perdurer dans le suivi : « Je ne fais pas appeler quelqu'un d'autre : « regarde, t'appellerais donc mon client voir s'il va bien là », c'est moi qui appelle. Je me dis : « la personne a fait son suivi avec moi, regarde, je vais me donner la peine de la rappeler », tu sais. J'ai bien plus de chance d'avoir la bonne information que si je fais appeler un étranger. Je trouve que ça ne fait pas professionnel » (4).

Par ailleurs, dans certains cas les joueurs sont contactés par téléphone : soit afin de remplir les différents questionnaires par téléphone, soit pour qu'ils fournissent une adresse valide à laquelle l'on puisse poster les formulaires qu'ils devront réexpédier eux-mêmes après complétion. Une autre méthode consiste à fixer avec l'utilisateur un rendez-vous de « suivi trois mois » lors du dernier rendez-vous thérapeutique. Un rappel sera fait quelques jours avant le rendez-vous. Le suivi post-traitement en personne serait idéal, mais *« si on ne peut pas les avoir en personne, on le fait au téléphone, mais on aime mieux les voir en personne, pour avoir le contact » (14).*

Mais la caractéristique des suivis post-traitement est sans contredit leur caractère souvent informel, et la variabilité des pratiques parfois chez un même intervenant, en fonction des cas :

« Mais certaines personnes, on va se rendre aux trois, aux six, aux douze... La plupart... En plus, t'as rendez-vous là. Tu sais. Mais il y en a quelques-uns que j'ai faits par téléphone..., par le courrier plutôt. Mais il n'y en a pas une tonne là » (22).

On constate au fil des entretiens avec les intervenants que le suivi post-traitement a un poids très variable chez ceux-ci, soit en fonction de leur opinion sur le sujet, soit en fonction d'un certain degré de difficulté qui ne relève pas de la volonté de l'intervenant. Parmi ceux favorables au suivi, un intervenant souhaiterait avoir les budgets nécessaires pour assurer un suivi plus soutenu auprès des joueurs, histoire de maximiser toutes les informations

obtenues de part et d'autre pendant le traitement et de solidifier les acquis à long terme. Cet autre intervenant va dans le même sens, en espaçant très graduellement les rencontres, en accord avec les souhaits de l'utilisateur :

« Personnellement là, je trouve qu'il y a trop d'écart entre chaque trois mois, six mois et douze mois. Ce que je fais, des fois les gens mettons dix, douze rencontres, en moyenne, il y en a que c'est quinze là, mais en moyenne, dix, douze rencontres, et je leur demande : « OK, c'est quoi la fréquence à laquelle vous aimeriez qu'on se voit? Deux semaines, un mois, deux mois, trois mois? »; « ah!, bien je pense que j'aimerais mieux aux deux semaines là pour une fois ou deux puis après... », « fine », fait que je vais les voir pendant deux fois puis je demande : « est-ce qu'on peut passer aux mois, aux deux mois, aux trois mois? »; « bien peut-être au mois »; « fine ». C'est beaucoup selon le besoin de la personne » (4).

Comment les intervenants expliquent-ils le phénomène d'absence de suivi post-traitement : Deux intervenants de région éloignée nous disent que ce n'est pas faute de vouloir en faire. L'un ne s'est jamais rendu jusque là : ses dossiers ne sont pas suffisamment nombreux et la totalité de ses clients n'ont pas achevé le traitement prévu. Le second affirme :

« Mais il n'y a pas de suivi de groupe après, ici, à [nom de ville], de toute façon. Ni de groupe ni individuel, après le... S'il y a de quoi au niveau du jeu, on va les revoir de toute façon là » (16).

Un second écueil de taille à la réalisation des suivis est la difficulté de rejoindre la clientèle, qu'un rendez-vous ait été fixé d'avance ou non au terme du traitement : Les gens ne sont pas disponibles, ils ne laissent pas de coordonnées fiables et ni ne communiquent leurs nouvelles coordonnées. Des intervenants se fixent un nombre limite de tentatives de contact par téléphone et emploient différentes stratégies tel tenter le contact à différentes heures du jour ou poster les formulaires. Mais le taux de retour est extrêmement faible. Les intervenants remarquent que les personnes « qui vont bien » se plient plus volontiers au suivi. Les usagers manquent-ils d'enthousiasme, comprennent-ils la fonction des suivis? A quel point leurs échecs et rechutes, la honte, les empêchent-ils de faire le suivi? Quoi qu'il en soit, certains sont habiles à les esquiver :

« Oui, c'est moi qui les rappelle, puis on se donne rendez-vous, genre un lundi soir ou le mardi jour, oui, le lundi jour, puis on se rencontre. Mais ce que j'ai remarqué c'est que c'est comme les barres de savon : « oui, oui, je viens », mais ils ne se présentent pas. Ou ils rappellent une heure avant : « je ne serai pas là ». Fait que là j'essaie, par téléphone, d'aller voir qu'est-ce qui se passe? Puis je réalise qu'il a recommencé à jouer. Je réalise qu'il a lâché son travail qu'il avait trouvé après, tu sais, bon. Fait que ça c'est..., c'est pas

nécessairement facile là. Tu sais, c'est des barres de savon, hein! J'en reviens pas. (...)Tu sais, ce sont des manipulateurs hors pairs. Ce sont des joueurs de violon, hum!, ... Fait que là ils m'inventent un gros bateau là, c'est vraiment particulier. Je trouve ça le « fun » de les voir aller. Je le sais très bien qu'il est en train d'annuler son rendez-vous là. Ce n'est pas vrai là, sa femme n'est pas malade du tout là » (21).

Une autre raison du désaveu du suivi est que, encore une fois, comme en ce qui concerne l'évaluation pré et post-traitement, un intervenant mentionne la lourdeur du processus lorsque l'on additionne les instruments de mesure : « *Moi ce qu'elle me dit c'est que : « pas encore des questionnaires... », hein!, il y a beaucoup d'écriture, il faut qu'il fasse beaucoup de travail puis je me pose la question : jusqu'à point ça n'influence pas leur décision de quitter aussi? » (15).*

Par ailleurs, l'un d'entre eux mentionne que les instruments de mesure ne sont pas faits pour les personnes abstinentes (comme ça avait été évoqué dans le cas des usagers en interne qui ne sont pas exposés au jeu) :

« Il est venu une heure de temps, mais après cinq, dix minutes là qu'on a fait les questionnaires prévus à cet effet-là, ce n'était pas très adéquat, parce que les questions que je lui posais c'était tout le temps : « bien non, parce que je ne joue pas »; « ah!, bien non, parce que..., de toute façon, ça ne s'applique pas, je n'ai pas joué », tu sais. C'était tout : « non applicable » partout, puis là, un moment donné, j'ai mis le formulaire de côté, je me suis dit : « bien je vais continuer à le compléter toute seule, parce que ça ne s'appliquait pas du tout, du tout ». Ce n'est pas prévu un formulaire pour trois mois de quelqu'un qui a réussi. C'est prévu un formulaire de trois mois pour quelqu'un qui n'a pas réussi le traitement puis qui a recommencé à jouer » (12b).

Dans toutes ces figures de cas, on essaie d'aménager un suivi pour l'utilisateur, notamment en l'allégeant, mais, en regard du 16 % qui ne l'utilisent jamais, il n'est pas évident que tous les intervenants en comprennent la nécessité, ni même la responsabilité qui leur incombe, ce qui constitue un autre enjeu de la bonification des éléments du programme expérimental.

Soulignons en terminant le fait que certains intervenants postulent que, dans le contexte d'une grosse charge de travail, il est prioritaire d'intégrer de nouveaux clients en attente depuis parfois des mois plutôt que de courir derrière des anciens clients qui ne manifestent plus de besoin ou d'intérêt. Ils ne procèdent donc aux suivis post-traitements que pour les fins de la présente évaluation.

Tableau 4. Tableau synthèse des aménagements

Étapes et exercices	Ajout/retrait/aménagement
Évaluation	Raccourcissement Retrait de SOGS, Eysenck, Beck Recours à CQEPTJ pour interpréter les résultats Report après ventilation/crise, report à plus tard Modalités diverses : évaluation orale, écrite, individuelle, par l'intervenant, à la maison... Aide aux usagers avec des problèmes d'écriture, de lecture ou d'attention Transfert des résultats aux autres intervenants Évaluation accrue de l'aspect affectif/émotif/qualité de vie Autres outils : DEBA-JEU, IGT.
Analyse de la séance de jeu	Abstention pour ne pas raviver le désir de jouer Report après ventilation/crise, report à plus tard Adaptation en fonction de la sensibilité des joueurs Administration après une rechute Exercice accompagné d'une tentative d'amenuiser l'effet de vulnérabilité produit Demande faite à l'usager de décrire la séance de jeu comme un film (distanciation) Dactylographie la séance de jeu afin que l'usager la relise et la travaille Administration en individuel pour permettre l'insertion tardive dans le groupe et les exercices Erreurs de pensée
Définition du hasard et situations à risque	Exercice administré de façon informelle en groupe car trop didactique Ajout d'humour Préférence pour le logiciel « Slot Machine Tutorial » Abstention chez les personnes avec « lacunes » et « retards » ou simplification des concepts Abstention chez certaines personnes « qui sont tout à fait au courant »
Erreurs de pensée	Abrégé pour travailler sur l'aspect émotif de la dépendance Abrégé ou adapté pour les personnes qui ne sont pas dépendantes des appareils de loterie vidéo Hypnose dirigée, jeux de rôle : le joueur et le thérapeute échangent de rôles (distanciation) Enregistrement audio des pensées erronées et réécoute plusieurs séances plus tard Dynamisation plutôt que passivité préconisée face à la matière
« A moi de jouer »	Abstention car redondant à ce stade Administration précoce, au début Étalement sur la totalité des séances Verbalisation plutôt qu'écriture en regards des « lacunes » et « retards » cognitifs de certains Tentative d'adaptation du discours pour les joueurs en interne qui ne peuvent mettre à l'épreuve les acquis dans l'immédiat
Dimension comportementale	Étalement sur la totalité du traitement Emphase ou exclusivité du comportemental quand double problématique Intégration d'un plan d'intervention plus clair Établissement dès le début d'un plan financier

5. PRÉOCCUPATIONS SOULEVÉES PAR LES INTERVENANTS

Différents aspects du traitement ont été soulevés par les intervenants comme étant inadaptes à certaines réalités et donc susceptibles de modification, de bonification. Les commentaires suivants concernent des points auxquels les intervenants se sont montrés sensibles. Avant d'exposer certains des points les plus importants susceptibles d'être bonifiés, nous présentons un tableau des modifications suggérées par les intervenants, couplées à celles suggérées par les usagers lorsqu'elles portent sur une même thématique⁴³.

Tableau 5. Aménagements généraux relatifs au jeu et à son traitement

Usagers	Intervenants
Aménagements généraux et réseau	
- Plus de services en région	- Plus de services pour clientèle lourde en région - Ouverture de lits en région dans les services de toxicomanie existants
- Ligne téléphonique avec intervenant 24/7	- Site Internet centralisé sur le jeu (avec collaboration des intervenants)
- Possibilité d'intervention professionnelle de crise à domicile	
- Plus d'information sur les services offerts (joueurs et proches)	- Autonomie et budget de promotion des services locaux
- Meilleur réseautage avec les CLSC	- Partenariat, réseautage, synergie avec autres ressources en santé - Partenariat, réseautage, synergie avec autres centres de traitement : rencontres ponctuelles - Au moins 2 intervenants « jeu » dans une équipe - Système de références facilitées, concertation accrue entre médecins, psy et intervenants - Bureau et téléphoniste (plutôt que répondeur) - Plus de disponibilité - Plus d'espace - Plus d'argent, meilleure répartition entre les centres - Services complets pour les joueurs - Services pour les jeunes - Services pour les aînés - Services pour les proches
Avant le traitement	
- Moins de délais d'attente de traitement	- Diminution des listes d'attente - Accès à l'histoire médicale et thérapeutique de l'utilisateur - Protocole clair de référence pour évaluation psychiatrique

⁴³ Seuls sont affichés ici les commentaires sur le traitement proprement dit. On trouvera aussi en annexe les commentaires concernant le réseau, les actions concernant le jeu et la formation.

Usagers	Intervenants
Pendant le traitement	
- Moins d'exercices écrits	- Moins d'exercices écrits
	- Plus de rencontres individuelles dans le cadre de services d'orientation de groupe
	- Possibilité de référer à l'interne des personnes qui n'ont pas de double problématique
- Prolongement de la durée (peu importe la durée du traitement suivi)	- Plus de temps à accorder aux usagers
	- Pas de limite de 15 rencontres
	- Service individualisé
- Raccourcissement de la durée (peu importe la durée du traitement suivi)	
- Préférence pour le groupe et non l'individuel (en région, surtout)	- Nécessité de groupes homogènes
- Préférence pour l'individuel	- Plus de services en individuels
- Préférence pour des groupes de joueurs seulement	
- Besoin d'intervenants qualifiés, crédibles, présents, sérieux, solides, qui ont du nerf, de l'expérience et des réponses...	
- Possibilité d'inviter des proches aux réunions (en l'occurrence, son patron)	- Services pour l'entourage
- Plus de contenu portant sur la motivation	- Redistribution et enrichissement des activités sur la motivation
- Plus de contenu portant sur les facteurs familiaux, économiques, culturels	- Aller plus en profondeur, aller dans le milieu du joueur
- Matériel d'information plus résumé, distinct selon les dépendances	- Simplifier l'évaluation, les outils diagnostiques
- Gratuité ou baisse des frais pour les thérapies internes	- Gratuité des services
- Système d'auto exclusion efficace	
- Diversifier les services	- Offrir une semaine intensive en interne (dans centre externe)
	- Offrir une fin de semaine intensive de couple (dans centre externe)
- Faire payer la thérapie par les assurances (privées ou assurance maladie)	
- Visite avec le thérapeute au casino	
Après le traitement	
- Disponibilité d'aide pour les rechutes	- « Relances » pour les joueurs
- Importance de garder le contact, un suivi, des liens...	- Suivis plus rapprochés
- Suivi post thérapeutique d'un an payé par le gouvernement	
- Disponibilités d'arrangements financiers	- Conseiller financier bénévole
	- Service de fiducie pour les joueurs
- Maison communautaire d'hébergement, de formation et de réinsertion pour ceux qui ont tout perdu	- Meilleur suivi des personnes âgées très isolées
- Programme gouvernemental de réinsertion	

On observe une convergence entre certains des commentaires exprimés par les usagers et les intervenants. Cependant, quelques suggestions sont aussi accompagnées de leur contraire, comme en ce qui concerne la durée du traitement (plus courte ou plus longue) ou la préférence pour les services de groupe ou individuels. Cette constatation renforce l'idée que les services doivent être modulés en fonctions des besoins et attentes de la clientèle.

Dans la partie suivante du présent rapport, nous nous attachons à développer plus en profondeur les enjeux des problèmes relatifs au traitement proprement dit, tels que soulevés le plus fréquemment par les intervenants.

5.1. L'attente

Pour certains usagers interrogés dans la première étape de l'évaluation⁴⁴, les démarches de recherche d'aide ont été simples, rapides et satisfaisantes alors que pour d'autres, elles ont été complexes et effectuées en plusieurs étapes. Les principales sources de référence évoquées sont les suivantes : les cartons de Jeu Aide et Référence (JAR) ou SOS-JEUX qui se trouvent dans les lieux de jeu, un proche qui avait des contacts avec l'organisme, un programme d'aide aux employés (PAE), un travailleur social, psychologue ou médecin de famille (au CLSC ou à l'hôpital), l'annuaire téléphonique, Internet, les bureaux des Services d'aide financière de la Sécurité du revenu, une annonce à la télévision, dans les journaux, ou un membre GA. Certaines personnes ont précisé qu'elles connaissaient l'organisme où elles ont été admises pour l'avoir déjà fréquenté, parce qu'elles connaissaient quelqu'un qui y travaillait ou parce qu'elles avaient fait le lien entre le traitement des dépendances générales et leur problème de jeu. Cependant, il apparaît que si l'information est relativement accessible concernant les services, les délais d'intervention n'ont pas été satisfaisants pour tous les usagers :

« Puis moi, ce n'était pas dans trois mois que j'avais besoin d'aide, moi c'est tout suite. Elle m'a dit : « on peut faire une évaluation deux mois ». Pardon! J'ai dit : « je m'excuse là, je pense que ça ne marche pas du tout. Ce n'est pas dans quatre mois que j'ai besoin moi-là, pas dans trois mois là, c'est tout de suite que j'ai besoin d'aide ». Puis il y en avait un autre mais ça commençait comme dans trois semaines ou quelque chose comme ça. Je trouvais ça trop loin aussi... Moi je n'ai pas le temps d'attendre trois semaines, moi c'est tout de suite. Je suis cotée compulsif, je suis compulsive dans tout, fait que c'est tout de suite ».

L'enjeu de l'attente est important dans la mesure où, comme le souligne le témoignage précédent et comme le conclut Petry⁴⁵, la plupart des recherches confirment le fait que les joueurs sont impulsifs par nature et qu'il existe un fort lien entre les dépendances à l'alcool et aux drogues, le jeu pathologique et l'impulsivité. On peut penser que si les joueurs prennent la décision impulsive de consulter, le manquement à leur fournir une aide immédiate et à enclencher le traitement dans des délais rapides risque de provoquer un désengagement. Cet aspect de la motivation au traitement resterait à documenter.

44 Chevalier, S., Geoffrion, C., Audet, C., Papineau, É., & Kimpton, M.-A. (2003).

45 Petry, N.M. (2001).

Néanmoins, les intervenants ont aussi soulevé le problème d'organisation des services dans différents contextes. Les périodes d'attente varient de 24 heures à jusqu'à six semaines. Ces écarts varient en fonction de multiples causes : la fluctuation saisonnière de la clientèle (moins d'usagers en plein été, par exemple); le sexe de la clientèle (dans le cas où en interne, il y aurait de la place pour un joueur mais « *l'étage des filles est plein* »); la prévalence régionale de jeu pathologique et la notoriété des services (exemple de l'Outaouais où, selon un intervenant, les usagers, après avoir patienté une moyenne de trois semaines dans un « groupe de motivation » pour avoir un traitement, ne peuvent être vus qu'aux trois semaines par leur thérapeute). Par ailleurs, des rendez-vous peuvent être disponibles le jour mais l'usager n'est libre que le soir, et ces plages horaires sont plus rares et plus convoitées. Les points de service en région nécessitent en général moins d'attente en raison d'une fréquentation moins dense. Une foule de facteurs fait donc en sorte qu'il n'est pas toujours possible d'intervenir sur le champ. Les intervenants et les institutions où ils travaillent ont donc fréquemment compensé cette lacune en instaurant des groupes appelés « groupes de support », « groupes de motivation », « groupes d'attente », « groupes d'accueil », dont l'objectif est de fournir un support sinon un début d'intervention thérapeutique qui permet de temporiser en attendant la prise en charge par un thérapeute attitré. Certains de ces groupes s'adressent en fait autant aux usagers des services individuels en cours de traitement qui voudraient « solidifier » leurs acquis et échanger qu'aux personnes en attente de traitement. Notons par ailleurs que 66,3 % des intervenants pensent que l'accueil est un élément dont l'effet est important ou crucial sur le résultat du traitement.

En ce qui concerne l'attente pour le traitement de groupe, une solution est évoquée par un intervenant, qui consisterait à démarrer des groupes simultanés ou de plus petits groupes :

« Et, probablement que, c'est ce que je voulais reparler aussi avec l'équipe, que je partirais peut-être plus des petits groupes, pour offrir des services justement rapidement ou faire des groupes ouverts. Mais ça c'est encore..., c'est..., c'est..., ça va être des choses à réflexion là, parce qu'on n'est pas rendu là, mais peut-être qu'oui aussi » (1).

Cette solution méritante a le désavantage de ne résoudre que le problème des services de groupe. Pour le joueur qui choisit délibérément le traitement en individuel pour des raisons personnelles (par inconfort de parler en public, par exemple, où parce qu'il recherche une relation thérapeutique personnalisée), la solution de groupe d'accueil pour temporiser peut être un facteur important de démotivation sinon d'abandon. Cette solution apparaît néanmoins un aménagement préférable à la perte totale de contact entre la demande de service et le premier rendez-vous individuel, puisque, selon une intervenante, la rétention après l'attente est très basse :

« R.: Oui, les gens téléphonent. Bon, dépendamment si on de l'attente ou pas, ça c'est bien triste ..., parce qu'on a été un temps où il y avait énormément d'attente, il y avait comme trois mois d'attentes. Beaucoup de gens n'attendent pas trois mois. Et on l'avait fait le calcul, il y avait à peu près, je pense que c'était 60 ou 70 % des gens, quand on les rappelait, ou bien ils avaient changé d'idée : « ah!, là, là je me contrôle » ou bien non il était allé ailleurs ou bien non ne me rappelait pas. Fait que je me disais : « c'est 70 % là, c'est beaucoup ». (4)

D'une façon ou d'une autre, ces aménagements de groupes de « temporisation » ont un effet direct sur le travail de l'intervenant, soit qu'il soit amené à animer des groupes alors que sa tâche ne le prévoyait pas, soit qu'il soit appelé à commencer l'évaluation avant le début officiel du traitement en individuel :

« Une demande forte avec des ressources insuffisantes appelle un recours à des séances de groupe statutaires. De plus, dans ces cas, une pression trop forte peut obliger à créer un lieu d'attente, c'est-à-dire à prolonger le groupe d'accueil sur plus d'une séance pour maintenir le contact et le soutien nécessaires auprès des demandeurs afin qu'ils puissent attendre d'être intégrés dans le programme de traitement. Ce délai est parfois aussi nécessaire pour les organismes qui ont un processus thérapeutique de groupe mais ne subissent pas forcément une forte pression de la demande, dans la mesure où ils doivent prendre le temps de regrouper un nombre suffisant de personnes pour amorcer le traitement. Dans ces cas, où le groupe d'accueil devient groupe d'attente, le contenu des rencontres peut déborder largement les fonctions d'accueil comme telles et toucher des processus de soutien qui intègrent déjà des éléments du processus thérapeutique (ex. prise de conscience des situations à risque et recherche de solutions préventives, analyse de la situation financière et recherche de solutions de redressement). Il faut ajouter à cela que plus la période d'accueil se prolonge, plus la possibilité d'intégration d'éléments d'évaluation du demandeur augmente, surtout les éléments qui concernent la collecte d'informations à partir d'instruments auto-administrés. Cette étape pré-traitement qui est l'évaluation du demandeur peut donc être couverte en grande partie dans le cadre des groupes d'accueil⁴⁶ ».

Le Programme d'évaluation et de traitement des joueurs excessifs ne prévoyait pas cette figure de cas où certaines étapes seraient administrées avant l'admission officielle et la prise en charge par l'intervenant désigné. La séquence et le contenu des différentes étapes du

46 Allard, D., Audet, C., Chevalier, S. (2002).

programme prévu sont donc modifiés par chaque centre de façon spontanée, en fonction du taux de fréquentation des institutions.

Les groupes de temporisation, aussi utiles soient-ils, ne sont pas une panacée à un service qui serait disponible dans des délais raisonnables. Une analyse fine du bassin potentiel d'utilisateurs et des ressources disponibles par secteur permettrait de diminuer l'attente entre la demande de service et l'admission en thérapie.

5.2. L'évaluation

D'emblée, les chercheurs⁴⁷ s'entendent pour dire que la résolution de problèmes repose sur sa juste identification et sur une évaluation appropriée de l'état de l'utilisateur : « *Dans le contexte où l'évaluation des besoins selon l'utilisateur diffère fréquemment de celle du professionnel de la santé et dans la mesure où une grande proportion des utilisateurs indique que l'opportunité de discuter du problème et des solutions à y apporter représente un aspect crucial du traitement, il apparaît impératif de documenter ces aspects auprès des utilisateurs* ».

Ceci est particulièrement lorsque l'on est en présence de problèmes de santé mentale. Les intervenants soulignent la difficulté de traiter les patients souffrant de troubles mentaux et le peu de ressources disponibles pour référer directement les utilisateurs à des services de psychologue ou de psychiatre. Encore faut-il pouvoir les identifier correctement. L'entrevue diagnostique du Programme d'évaluation et de traitement des joueurs excessifs prévoit à la rubrique 40 une auto-déclaration d'antécédents de problèmes en santé mentale. Le questionnaire sociodémographique s'enquiert à la question 9 si l'utilisateur a déjà eu recours aux services d'un psychologue ou d'un psychiatre. Par ailleurs, seront évalués par trois questionnaires distincts l'anxiété, l'impulsivité et la dépression.

Si les intervenants sont unanimes à déclarer que la lourdeur de l'entrevue diagnostique est une entrave à la rétention des utilisateurs dans le programme, mais que par ailleurs l'évaluation de troubles mentaux et la référence si nécessaire doivent précéder le traitement, certains suggèrent l'adoption d'un autre outil d'évaluation plus précis (l'auto-déclaration, par exemple, est-elle fiable) pour les problématiques de santé mentale. On suggère aussi la mise sur pied d'un couloir de référence où l'intervenant n'ait pas à référer d'abord à un omnipraticien avant d'accéder aux intervenants en psychiatrie et en psychologie.

47 Voir Roth, D., & Crane-Ross, D. (2002) et Griffiths, M., & MacDonald, H.F. (1999).

Par ailleurs, en matière d'évaluation, les intervenants avaient à se prononcer sur leur perception et la perception de leur clientèle sur les outils DSM-IV et SOGS, leur utilité, leur maniabilité. Il est entendu qu'en s'exprimant sur l'évaluation pré et post-traitement, ils ont déjà exposé en partie l'opinion et l'utilisation qu'ils font de ces outils. La grande disparité des attitudes face à ces outils nous est apparue. D'une part, il ressort qu'une clarification conceptuelle et relative à l'application de ces outils serait nécessaire afin de réduire le flou entourant son utilisation :

« Q.: Est-ce que tu te sers, toi, des outils SOGS et DSM?

R.: Le DSM, des fois; le SOGS, non.

Q.: Puis pourquoi des fois le DSM? Est-ce qu'il y a...

R.: Bien si on doute d'une dépression, on va aller vérifier tout de suite.

Q.: Mais DSM, il ne mesure pas la dépression, il mesure juste le jeu.

R.: Bon bien c'est l'autre d'abord.

Q.: C'est l'inventaire de Beck?

R.: Ce n'est pas ça, ça ressemble à ça, le DSM, ce n'est pas ça? C'est lequel?

Q.: C'est l'inventaire de Beck peut-être, sur la dépression?

R.: Non, c'est des lettres. En tout cas...

Q.: Beck, non? Ce n'est pas ça? Donc tu fais quelque chose pour évaluer la dépression parfois?

R.: Le DSM..., bien il y en a... [nom d'intervenant] il s'en sert puis [nom d'intervenant] il s'en sert. Ça c'est celui pour mesurer à quel degré il joue?

Q : Oui

R.: À quel degré c'est un joueur. Eux autres s'en servent, pas moi.

Q.: OK. Tu t'en rends compte de visu?

R.: Oui.

Q.: ... le degré de gravité.

R.: Oui. Mais dans... Quand on fait notre évaluation, nous autres, ça le demande. Dans l'évaluation...

Q.: Votre évaluation-maison?

R.: Oui. On le voit.

Q.: Oui.

R.: *Fait que je ne le fais pas* » (10).

Cette longue citation rend bien la confusion apparente au sujet de ces outils, qui n'est cependant pas généralisée. Parmi ceux qui utilisent et comprennent ces outils, les opinions sont partagées. Certains préfèrent le DSM-IV et maintiennent des réserves sur le SOGS, estimant qu'il donne moins d'informations, notamment en raison de sa moindre « sensibilité au niveau du temps » (18b). Le SOGS est apprécié pour d'autres caractéristiques, il permettrait entre autre de mieux cerner les types et fréquences de jeu, le type de joueur. Et cet intervenant de conclure, moi : « *Le SOGS a sa place aussi. Je le vois comme ayant sa place. Quant 'à l'évaluation sur le SOGS, j'aime..., je préfère moi le DSM-IV, au niveau de l'évaluation, plus pointue un peu. Oui. Ça c'est... Mais je garderais les deux.* » (15)

La fonction de « *thermomètre* » (12) de ces outils est soulevée par plusieurs, qui constatent que la comparaison des scores au début et à la fin du traitement est bénéfique au joueur, éclairante pour le thérapeute. Selon un intervenant, la batterie d'outils déployée à l'arrivée du joueur en traitement peut lui donner confiance, lui donner l'impression que l'on est « *outillé, préparé* » (12b). Mais le commentaire contraire est évoqué à plusieurs reprises. Pour certains clients le questionnaire est trop lourd :

« *Fait qu'il y a comme..., il y a ça là, il y a peut-être un côté où le nombre de questionnaires fait peur un peu puis ça..., on risque de les perdre avant, c'est ça le dilemme, surtout quand il y a un problème de consommation* » (16).

Les questionnaires SOGS et DSM-IV sont par ailleurs moins appropriés dans le cadre de la thérapie interne, en fin de traitement, puisque pour bon nombre de questions concernant le jeu, les réponses seront systématiquement négatives. Un autre intervenant affirmant que pour l'usager qui a réussi à contrôler son jeu pendant quelques semaines en attendant d'entrer en thérapie, bon nombre de réponses seront négatives, ne rendant pas en cela compte de la gravité du problème au moment de la démarche d'aide.

Finalement, selon un intervenant entendu lors de la journée sur le jeu pathologique, la proportion grandissante de femmes vivant seules, retraitées, avec des économies, qui

s'adonnent au jeu de façon problématique peuvent présenter des scores en deçà des barèmes du joueur pathologique. Les questions 5, 8, 11 à 16 du questionnaire SOGS ne s'appliquent en effet pas à une personne vivant seule et encore autonome financièrement. (*idem* pour les questions 18 à 24 des critères diagnostiques du DSM-IV telles que présentées dans l'entrevue diagnostique).

Selon les intervenants, il serait donc important de remettre en perspective les caractéristiques propres à chaque outil d'évaluation, de préciser leurs modes d'interprétation respectifs puisque nulle part dans le manuel du CQEPTJ ne sont établies les implications et les actions que devraient suggérer les scores de ces différents outils. Il faut aussi permettre une utilisation différenciée dépendant du profil de l'usager en cours d'évaluation. Les intervenants ont généreusement aménagé l'évaluation en omettant certaines de ses parties ou en utilisant des outils maison, affirmant que le processus d'évaluation doit être vu comme un élément permettant d'éclairer la pratique et non de l'entraver.

5.3. Les abandons et les complétions

Les premières questions que suscite une évaluation de programme sont les suivantes; « est-ce que ça fonctionne, est-ce efficace? » Il n'existe pas de réponse simple. Les statistiques échouent à rendre compte de la réalité des cas individuels. Le succès d'un traitement s'évalue-t-il à la satisfaction du client, à l'atteinte des objectifs négociés entre l'usager et le clinicien, à la complétion du programme, au taux de maintien d'abstinence, à la résolution des multiples problèmes fondateurs ou résultants de la dépendance, à l'accession à la dernière séance ou à l'atteinte du dernier suivi?

Un traitement réussi est-il un traitement complété, et dans un tel cas, comment définit-on un traitement complété? Lorsque dans le cadre de la présente recherche nous avons demandé aux intervenants ce qu'était pour eux un « traitement complété », les réponses se sont réparties en deux catégories bien distinctes : pour les premiers, il s'agissait de la complétion technique du programme sur la base du nombre de séances et du contenu préconisé. Pour les seconds, sensiblement plus nombreux, un traitement complété s'évaluait par la maîtrise des clients dans leur relation au jeu et dans leur relation à leur vie en général, dans certains cas par l'arrêt total du jeu. Et dans ce processus, l'autonomie de la personne qui vient consulter sera partiellement garante du succès : « *Moi je ne fais rien, je ne pousse pas. Je responsabilise mon client le plus possible, parce que je sais que c'est le secret. (...) Je suis un « coach », mais c'est lui qui « score » des buts, tu sais* » (15).

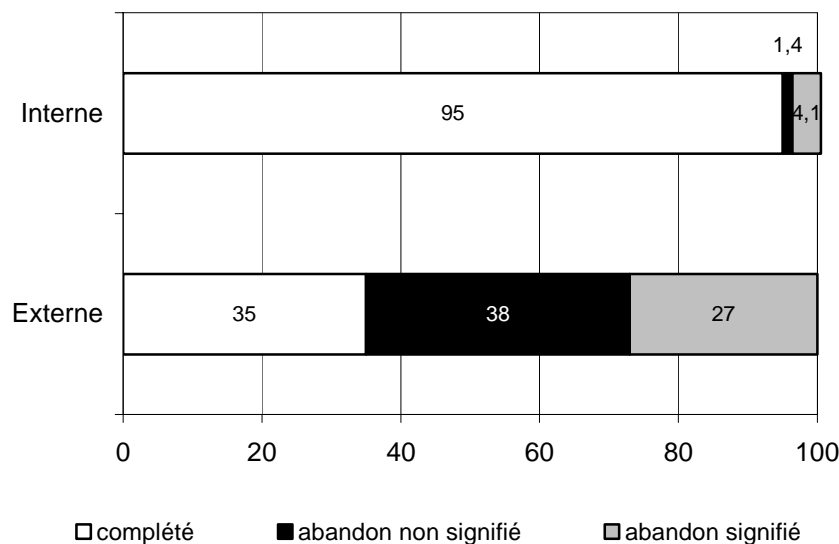
L'évocation de la maîtrise du jeu comme indicateur de succès rejoint partiellement les visées du programme pensé par le CQEPTJ, en autant que la maîtrise du jeu était bien l'objectif visé par l'usager. Comme le souligne très justement Roth et Crane-Ross⁴⁸, « *Si des*

48 Roth, D., & Crane-Ross, D. (2002).

différences trop importantes subsistent entre les deux évaluations de besoins, celle du joueur et celle du pourvoyeur, les services offerts ne tiendront pas compte des attentes de la clientèle; alors augmente la probabilité d'abandon de traitement, d'insatisfaction face au traitement, de rechute ou encore que le traitement ne rencontrent pas les résultats escomptés ».

Le taux d'abandon⁴⁹ du Programme d'évaluation et de traitement des joueurs excessifs après la seconde phase de collecte des données s'est avéré élevé : 5,5 % des joueurs en services internes et 65,03 % des joueurs en services externes abandonnent le traitement avant sa complétion.

Figure 3. Taux de complétion des joueurs pathologiques en traitement (%) – Programme expérimental sur le jeu pathologique, 2003



Les intervenants ne comptabilisent cependant pas chaque abandon comme un échec⁵⁰, puisqu'un certain nombre de ces personnes peuvent avoir abandonné parce qu'elles avaient acquis suffisamment de contrôle ou résolu de problèmes pour « voler de leurs propres ailes » : « *Il y a un déclic puis majeur pour eux autres. Je ne l'ai pas revue la madame. Elle dit : « moi je ne viens plus », elle dit : « je suis correcte. Je suis venue chercher ce que j'avais besoin ». Alors moi ce n'est pas ça. Je dis, le programme Ladouceur, avec le nombre*

49 Dans le cadre de la partie quantitative de la présente étude, nous définissons les personnes ayant abandonné le traitement, en interne ou en externe, comme celles s'étant présentées à au moins une séance à la ressource où elles ont sollicité des services mais ayant, par la suite, cessé de s'y présenter avant la fin du traitement. Les abandons doivent avoir été clairement identifiés par un représentant de la ressource où l'utilisateur était traité. Sont exclues de cette catégorie, les personnes qui suspendent un traitement, avec l'accord ou à la suggestion de leur thérapeute, tout comme celles ayant été expulsées.

50 Pas plus qu'une complétion du traitement n'est un succès d'office. Chevalier, S. & al. (2004).

de rencontres, je pourrais dire qu'il n'a pas été respecté dans l'ensemble, au niveau de l'ordre ou la structure du programme lui-même » (15). D'autres ont pu juger le programme, son application, l'horaire ou même le thérapeute incompatible avec leurs besoins et leurs attentes et différer le traitement, sinon changer d'établissement. Comme première étape à un meilleur contrôle des abandons, la compréhension des mécanismes d'abandons, du profil des « abandonneurs », et de ceux qui persévèrent en traitement s'avèrent donc des enjeux supplémentaires du programme expérimental. Par ailleurs, avec un taux d'abandon de ce registre, il faut se questionner sur l'adéquation de l'hypothèse cognitive qui est apportée comme principal élément explicatif des problèmes de jeu dans le protocole de traitement proposé.

Il faut noter que le taux d'abandon québécois se compare aux résultats de l'Ontario, l'Oregon, le Minnesota, la Nouvelle-Zélande, Victoria, programmes récents et donc en adaptation : *« Tous les joueurs à requérir un traitement ne termineront pas la thérapie entreprise. Loin de là; en Oregon, par exemple, où les statistiques disponibles sont fort précises, on constate qu'en 1999-2000, parmi l'ensemble des personnes à avoir fait une demande d'aide pour un problème de jeu pathologique, 21 % des requérants ne se sont jamais présentés, 27 % ont complété le programme avec succès et 41 % ont abandonné. Des données comparables sont obtenues sous d'autres juridictions. Au Minnesota, en 1996, les taux de complétion vont de 29 % à 87 % selon le type de programme observé (Stinchfield et Winters, 1996; Rhodes et autres, 1997). Stewart et Brown (1988) ont observé, pour l'ensemble des groupes GA du Royaume-Uni, un taux d'abandon de 69 % après 10 rencontres. Dès lors, plusieurs questions se posent. Qu'advient-il des joueurs qui abandonnent? Dans quelle proportion retournent-ils jouer? Dans quelle proportion ont-ils réglé les problèmes qu'ils évaluaient avoir? Pourquoi abandonnent-ils? »⁵¹.*

Qu'advient-il des joueurs qui abandonnent? Aucune mesure ne permet de répondre à cette question. Il est cependant permis de penser qu'un certain nombre de joueurs seront revus ultérieurement puisque des 327 personnes admises en interne qui ont répondu à la question « Au cours de votre vie, vous êtes-vous fait traiter pour un problème de jeu? », 61,8 % ont répondu Oui. Nous ne possédons pas les données pour les joueurs traités en externe. Dans l'état actuel des services offerts, il est également impossible de faire un suivi sur des personnes qui abandonnent et de savoir dans quelle proportion elles retournent jouer, pas plus que l'on ne peut spéculer sur la résolution des problèmes ou l'atteinte des objectifs pour lesquels elles avaient été admises en traitement. Finalement, pour répondre à la dernière de ces questions, voici les motifs d'abandon évoqués par les usagers :

51 Chevalier, S., Geoffrion, C., Audet, C., Papineau, É., & Kimpton, M.-A. (2003) p. 9

Tableau 6. Les motifs d'abandon de thérapie selon les usagers⁵²

Relatifs à l'usager	Relatifs à l'intervenant	Relatifs au programme
- Manquer de motivation (ne pas être encore rendu assez loin);	- Manque de connaissance et de formation de l'intervenant;	- Avoir l'impression d'avoir fait le tour de la question, trouver que c'est trop répétitif;
- Ne pas faire la thérapie pour soi-même ou pour les bonnes raisons;	- Manque de rigueur et de suivi de l'intervenant;	- Pas de réponse à ses questions;
- Ignorer qu'il s'agit d'un abandon ou qu'il y avait une suite à la thérapie;	- Perte de contact avec l'intervenant (départ, maladie, vacances, pas de relance, etc.);	- Être déçu du manque de profondeur de la thérapie, de ne pas être allé « fouiller assez creux »;
- Avoir honte de retourner voir l'intervenant après une rechute (regret, découragement);	- Sentiment d'abandon car les rendez-vous sont déplacés, espacés, échelonnés;	- Manque de confidentialité, d'anonymat, peur d'être identifié, reconnu;
- Croire ne pas « avoir fait ses devoirs » donc, remettre la démarche à plus tard;	- Manque d'affinité, de confiance ou de lien avec l'intervenant.	- Manque de diversité des services (seulement en groupe, individuellement, en externe, en interne, etc.);
- Penser qu'on est guéri et que le problème est réglé;		- Période d'attente trop longue avant d'avoir une place en thérapie, manque de ressources;
- Le faire pour soigner d'autres problèmes de santé (physique ou mentale);		- Irrespect des règles (ex. 2 absences entraînent l'exclusion du groupe).
- Déménager, partir en voyage, en vacances;		
- Ne pas avoir d'horaire fixe (régulier, organisé).		

Néanmoins, les entrevues avec les intervenants nous donnent des indices sur le profil des gens qui abandonnent. Nous leur avons demandé si, dans leur pratique, il existait un « abandonneur type » : ce sont d'après eux les personnes qui sont venues avec des motivations extrinsèques (conjoint, employeur, créanciers), les personnes alcooliques, toxicomanes et joueuses, les gens très impulsifs, les gens « qui ne sont pas prêts » (en phase de « contemplation »), les personnes avec des troubles de la personnalité, les borderline, les personnes qui vivent des états paniques ou de l'ivresse mentale, les personnes avec déficit d'attention, les joueurs récréatifs qui prennent conscience qu'ils n'ont pas besoin de thérapie, les gens qui n'ont plus la capacité de se mobiliser, ceux qui perdent de vue leurs objectifs de thérapie, les personnes qui éprouvent un inconfort lié au groupe, celles qui ne paient pas (elles s'investissent moins) et, finalement, les « victimes », qui

52 Ibid, p. 46

imputant la responsabilité de leur problème à une cause extérieure, ne sont pas aptes à faire un travail sur eux-mêmes.

Ces éléments ne sont pas nécessairement des prédicteurs d'abandon, mais la présence unique ou multiple de ces indices pourraient commander à l'intervenant un souci ou une vigilance particulière. Les intervenants estiment par ailleurs que si la majorité des motifs d'abandon sont relatifs à l'usager lui-même, certains relèvent de l'inadéquation de certains aspects du Programme et des facteurs organisationnels :

Tableau 7. Les motifs d'abandon de thérapie selon les intervenants

Relatifs à l'usager	Relatifs au programme	Relatifs aux services
- Perte de vue des objectifs;	- Lourdeur de l'évaluation;	- Trop d'attente;
- Motifs de consultation extrinsèques;	- Matériel écrit trop abondant;	- Groupes trop gros;
- Rechutes et sentiment d'échec;	- Inadaptation aux doubles et triples problématiques;	- Groupes trop peu homogènes;
- Investissement insuffisant;	- Carence de travail sur la dimension affective;	- Espacement des rendez-vous.
- Sensation de contrôle;	- Pas assez de contenu sur la motivation.	
- Sensation de guérison;		
- Le client n'est que venu « tester » le programme;		
- Incapacités cognitives;		
- Désir d'interne;		
- Minimisation de ses problèmes de jeu relativement aux autres;		
- Désir de continuer à jouer.		

Selon les intervenants, les abandons sont associés de près aux attentes préalables des usagers et à la gravité de leur problème mais ils sont aussi et surtout tributaires de la motivation de ceux-ci⁵³. C'est pourquoi certains intervenants estiment que le travail sur la motivation est incontournable et nombre d'entre eux la situent dès le début du traitement. Beaucoup disent avoir recours aux fondements théoriques et exercices de Prochaska et De Clemente⁵⁴, tandis que la majorité travaille la motivation avec « les exercices de balance décisionnelle », les « avantages et désavantages », les « exercices de Mise pas ta vie

53 On peut penser que les conditions écono-matérielles pour la survie de base jouent aussi un rôle prépondérant dans le maintien en traitement.

54 Prochaska, J. & De Clemente, C. (1986).

(TVDS) », « l'entrevue motivationnelle », « l'algorithme décisionnel »... Quel que soit le terme qu'ils utilisent pour décrire leur intervention, les intervenants estiment que le travail sur la motivation a un impact important (43,8 %) ou crucial (53,9 %) sur le résultat du traitement, et que, dès lors, ils y recourent relativement plus systématiquement que ce qui est prévu dans le Programme d'évaluation et de traitement des joueurs excessifs puisque l'exercice « avantages et désavantages » y est « à compléter avant le traitement » et n'est plus recommandé par la suite. Les interventions sur la motivation se font autant en individuel qu'en groupe et il faut noter que les groupes qui ont d'ailleurs été aménagés par certains centres pour pallier les listes d'attente ou faire office de suivi sont souvent appelés, significativement, « groupes de motivation ».

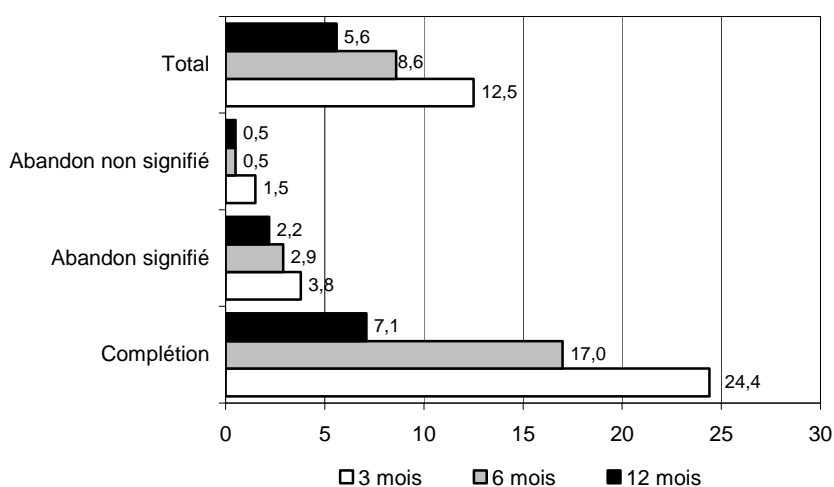
Nos travaux indiquent donc que les abandons représentent un phénomène important tant sur le plan quantitatif que sur celui de l'impact sur la personne en traitement et son cheminement thérapeutique. Très rapidement après l'implantation des services pour les joueurs pathologiques, les centres de traitement et les intervenants ont perçu l'ampleur du problème et ont mis de l'avant des mesures en vue de le contrer. Il faut savoir que si nous avons établi des critères pour mesurer quantitativement le taux d'abandon (voir plus haut), la perception qu'ont les intervenants et les usagers de l'abandon est variable. L'abandon n'indique pas nécessairement un échec quant à l'atteinte des objectifs de traitement; non plus que la complétion du traitement n'est un gage absolu de gains thérapeutiques significatifs et durables. Mais pour certains, l'abandon peut être perçu comme un échec personnel supplémentaire extrêmement dévalorisant. La nature très technique du protocole de traitement du CQEPTJ semblerait, selon certains intervenants et usagers, un facteur générant un sentiment d'inadéquation personnelle face à la thérapie et précipitant l'abandon, d'où les nombreuses adaptations qui y sont apportées.

5.4. Les suivis

La difficulté de réaliser le suivi de la façon prescrite par le protocole du CQEPTJ a été soulevée à maintes reprises en entrevue, tandis que paradoxalement, les intervenants en soulignaient l'importance. Les résultats du questionnaire administré aux intervenants nous indiquent aussi que le suivi représente une étape importante du traitement. Cette étape est cependant omise ou n'est réalisée qu'occasionnellement par plus de la moitié des intervenants. Lorsque qu'un intervenant suit sa clientèle, généralement, il procède au suivi pour moins de la moitié de celle-ci.

Cette réalité est corroborée par les données recueillies dans les dossiers des joueurs traités, où nos résultats indiquent que le suivi⁵⁵ est une activité réalisée peu fréquemment. Parmi les seules **personnes éligibles** à être suivies nous observons des taux de suivi de l'ordre de 13 % à 3 mois, de 9 % à 6 mois et de 6 % à 12 mois (figure 4). Même en retirant du calcul les personnes qui n'ont pas complété le traitement, le taux de suivi à 3 mois est du quart (24 %) des personnes éligibles. Ces résultats sont d'ailleurs similaires à ceux obtenus dans la région de la Mauricie et Centre-du-Québec où environ 20 % des clients sont suivis⁵⁶.

Figure 4. Taux de suivi total et selon la modalité de fin de traitement (%) – Personnes éligibles aux suivis 3, 6 ou 12 mois, programme expérimental, 2001-2003



Légende :

Complétion = a complété le traitement selon l'intervenant.

Abandon signifié = l'utilisateur a abandonné le traitement et a indiqué son abandon à l'intervenant.

Abandon non signifié = l'utilisateur a abandonné le traitement sans en aviser l'intervenant.

Quelques variables concernant l'orientation de l'intervenant influent sur la réalisation du suivi. Les intervenants qui traitent les joueurs en interne sont davantage susceptibles de faire des suivis. Les intervenants les plus expérimentés aussi; de même que ceux qui préconisent l'inclusion de la gestion de crise à leur plan de traitement. Pour la plupart des intervenants, il appert que le suivi possède une valeur thérapeutique ou, au moins, une valeur symbolique

55 Nous estimons qu'un suivi a été réalisé lorsqu'un formulaire DSM-IV a été rempli. Il s'agit de la seule forme d'indication dont nous disposons pour mesurer le suivi. Dès lors, les autres types de suivis, ceux qui ne résultent pas dans la complétion d'un formulaire DSM-IV ne peuvent être comptabilisés. Notre mesure représente donc une estimation valide des suivis tels que préconisés dans le protocole de traitement, mais une sous-estimation de l'ensemble des suivis tels qu'ils peuvent être réalisés sur le terrain.

56 Données présentées par Jean-Pierre Ménard au Forum sur le jeu pathologique, le 30 septembre 2003.

d'importance. Cette valeur ne se traduit cependant pas dans la réalité par un taux élevé de suivi auprès de la clientèle.

Une même variabilité entre les intervenants existe quant aux objectifs spécifiques visés par cette activité. Ces objectifs peuvent cependant être regroupés selon trois catégories. La première où il s'agit de vérifier généralement comment se porte l'utilisateur ou si des problèmes particuliers sont survenus (dans certains cas, le suivi en arrive presque à ressembler à un appel de courtoisie). La deuxième catégorie d'objectifs est celle par laquelle le suivi est fait pour remplir les conditions de la recherche ou de l'évaluation⁵⁷ – les suivis cesseront à la complétion de l'évaluation. Finalement, le suivi représente pour certains une intervention thérapeutique en bonne et due forme qui sert principalement à évaluer les risques de rechute, à consolider les acquis thérapeutiques et à poursuivre la réadaptation du client.

Le format du suivi peut varier selon la région, le centre de traitement ou encore les intervenants dans un centre particulier. Les suivis donc peuvent être faits en personne (au centre de traitement, dans un autre centre, au domicile du client), par téléphone, par la poste ou selon plusieurs de ces modalités; les suivis peuvent être faits en groupe, individuellement ou même des deux façons à la fois (une portion du suivi se fait en groupe, une autre individuellement).

Ici encore, la multiplicité des approches demeure le fait saillant. Six modalités ont été observées; le suivi, lorsqu'il est fait, est réalisé par l'une ou l'autre des instances suivantes : 1° le clinicien traitant, 2° un autre clinicien désigné du programme, 3° un clinicien du programme spécialisé dans les suivis, 4° un stagiaire, 5° un organisme externe au centre de traitement mandaté régionalement pour faire les suivis, 6° un groupe de soutien GA fait foi de suivi.

Comme pour les autres thèmes, nous observons un large éventail de façons de faire. Certains intervenants suivent la clientèle selon les indications du protocole de traitement : à 3, 6 et 12 mois. Certains préfèrent ne pas faire l'évaluation à 3 mois. D'autres encore, complètent les directives du protocole en ajoutant à celui-ci un groupe de soutien hebdomadaire (soit un groupe d'une durée de 14 semaines ou encore un groupe perpétuel). D'autres modalités vont dans le sens d'une terminaison graduelle du traitement : 1° après la fin des séances « régulières » de traitement, le clinicien pourra rencontrer l'utilisateur à diverses fréquences jusqu'au suivi à trois mois ou 2° les dernières séances « régulières » de traitement sont espacées dans le temps et font foi de suivi jusqu'au suivi à trois mois.

57 Rappelons que le suivi demeure une étape du protocole d'intervention.

Les joueurs, quant à eux, qui ont suivi un traitement sont essentiellement tous d'avis que le traitement ne doit pas se terminer abruptement avec la dernière séance « formelle »⁵⁸. Comment expliquer alors que ceux-ci, d'après les intervenants, ne se prêtent pas facilement à cette procédure?

De l'ensemble des données concernant la variabilité des objectifs, du format, de l'attribution de la responsabilité et de la fréquence du suivi, nous concluons que les assises théoriques sur lesquelles s'appuie le suivi semblent peu développées ou peu partagées par les intervenants et le personnel d'encadrement du réseau. Un travail de réflexion et de mise en commun des expériences eu égard au suivi semble une démarche importante à réaliser; sans qu'il ne soit ici question d'urgence, il nous semble que cette démarche devrait être mise en œuvre rapidement. Le but d'une telle démarche serait d'identifier les procédures et les approches les plus susceptibles d'optimiser les efforts de réadaptation de la clientèle. Une étape ultérieure consisterait à mieux harmoniser les pratiques selon les régions afin de fournir des services de qualité et d'envergure comparables à tous les Québécois.

5.5. Les proches

Le programme expérimental, tel qu'il avait été prévu originellement, visait à offrir des services individuels seulement et ne prévoyait pas inclure systématiquement au traitement la thérapie familiale. Certaines ressources ont utilisé la marge de manœuvre qu'il leur était loisible de prendre pour offrir différentes formules intégrant les proches à la démarche thérapeutique du joueur ou en marge de celle-ci. Des formations complémentaires sur les proches ont été données par deux personnes ressources du Centre Le Passage mandatées par le MSSS, les 25 et 27 mars 2003. Ces formations visaient à « *améliorer les conditions de vie et de bien-être des proches, diminuer les risques de problèmes familiaux et sociaux occasionnés par le jeu excessif et motiver le joueur problématique à recevoir de l'aide professionnelle et spécialisée ou à modifier son comportement* »⁵⁹. Malgré le fait qu'aucune recherche empirique n'ait été répertoriée dans la littérature sur l'efficacité et les résultats des thérapies de couple ou familiales comme modèles de traitement pour le jeu pathologique⁶⁰, les entrevues démontrent qu'il existe un consensus quant à l'utilité d'offrir de tels services :

« R.: Moi, ce qui est arrivé, c'est que j'ai vu des couples, puis je référais le ou la conjointe à poursuivre en individuel avec un autre intervenant.

Q.: Quand le conjoint est au courant, évidemment.

58 Chevalier, S., Geoffrion, C., Audet, C., Papineau, É., & Kimpton, M.-A. (2003).

59 Montigny, G., et Guay, L. (2002).

60 Lee, B. (2002).

R.: Oui. Mais ça c'est quelque chose aussi qu'on va travailler. On va le vérifier dès l'accueil, on regarde la place du jeu là dans la vie puis on vérifie qui est au courant de votre jeu? Qui ne le sait pas? Qu'est-ce que ça fait, par exemple, que votre conjoint ne le sache pas? On va l'explorer parce que, par expérience, ce qu'on sait c'est que tant qu'il y a des cachettes, il y a des portes ouvertes pour jouer. Fait que ça, ça va être exploré. Donc c'est de regarder le lien avec l'entourage, puis l'entourage est invité. [Nom d'un intervenant] a déjà fait une rencontre avec la grand-mère, le fils, le petit-fils, la blonde du joueur..., en tout cas, tu sais c'est ouvert à ça parce qu'on trouve et je trouve que, quand il y a une intervention systémique là, sur le système, qui est faite, ça fait beaucoup avancer les choses. C'est incroyable là. Ça c'est vraiment très riche là. Une rencontre de couple, c'est extraordinaire parce que la personne qui consulte, elle va te dire quelque chose, elle va te décrire une affaire puis là tu assistes à la réalité, comment ça se passe. C'est vraiment riche là d'informations puis souvent ça fait débloquer des choses pour la personne qui consulte. Ça va plus vite après » (2b).

Cependant, encore une fois, les intervenants composent de diverses façons avec la nécessité d'offrir du support aux proches. L'implication prend de multiples formes, et les variations seront différentes en fonction de la nature des services offerts. Dans les traitements individuels en externe, le proche sera parfois invité à se joindre à la première et à la dernière séance. Dans un autre cas, on aménage des groupes de soutien et d'information pour les proches (famille, mais aussi amis et collègues) à raison d'une fois par semaine, desquels sont exclus les joueurs. Ces groupes peuvent être spécifiques aux proches de joueurs ou inclure aussi les proches de personnes aux prises avec d'autres dépendances. Dans une autre figure de cas, l'intervenant du centre de traitement traitera le joueur, tandis qu'un second intervenant du même centre s'occupera du conjoint (et il y aura parfois une réunion à quatre dans le cours de la thérapie). Certains estiment qu'il est important qu'un même intervenant ne fasse pas d'intervention auprès du joueur et de sa conjointe pour préserver à tout prix le caractère unique du lien thérapeutique. Il faut prendre ici en considération que, si les interventions mixtes permettent de rompre la loi du silence et de confronter deux réalités, elle expose l'intervenant à des situations de colère ou de détresse difficile à gérer dans le respect des deux individus.

Dans le cas des traitements internes, un autre type d'intégration du proche dans le processus thérapeutique consiste à demander au joueur, au stade de l'évaluation, la permission de contacter son conjoint afin de l'impliquer dans le rétablissement. Il sera aussi contacté lors du bilan de traitement afin de faciliter le retour à la maison. Certains centres offrent, pendant le traitement à l'interne du joueur, des séances d'information externes aux proches à raison de 90 minutes par semaine pendant deux mois. Par ailleurs, sur un mode plus informel, le dimanche, la visite des proches est permise.

Quelle que soit l'approche adoptée par les établissements de traitement ou les intervenants, le désir ou l'absence de désir d'intégration des proches a un impact considérable sur l'intervention. L'implication du conjoint ou d'un proche significatif peut constituer une balise supplémentaire en vue d'éviter une rechute. De plus, comme le mentionne un intervenant, la « loi du silence » continue d'isoler le joueur et rend la récidive plus facile et plus discrète :

« R. : Dans le fond, je donne de l'appui aux joueurs qui tentent d'expliquer au conjoint que ce n'est pas simple et aussi de mettre la réalité au conjoint dans le sens que la personne veut, elle est très motivée, mais qu'il y a un facteur temps qui est là, là.

Q. : Autant que possible, vous allez essayer qu'il y ait au moins une ou deux rencontres comme ça avec le conjoint? Est-ce que ça marche? Est-ce que les clients veulent?

R. : Je l'offre assez régulièrement, ça ne marche pas toujours parce que des fois il y a une « game » à ce qu'ils ne viennent pas, des fois c'est l'autre qui n'est pas disponible à venir...ou qui n'est pas au courant aussi, mais ça aussi, j'attends beaucoup du fait de rompre le silence autant que possible et souvent je trouve que ça fait partie de la dynamique de la loi du silence, que j'appelle là. Alors je leur demande qu'est-ce que ça leur apporte de rien dire, puis quels sont les pièges de ne rien dire, et comment ça peut les aider aussi à retourner jouer » (2).

Importance d'expliquer au proche ce que vit le joueur, importance de soulager le proche, opportunité de régler des problèmes périphériques au couple ou à la vie familiale, briser la loi du silence et l'isolement, les intervenants s'accordent pour reconnaître les bénéfices des services offerts aux proches. Certains d'entre eux souhaiteraient l'intégration de ce volet au Programme d'évaluation et de traitement des joueurs excessifs et la systématisation de services pour les proches constitue une constante dans les propositions d'amélioration :

« R.: Puis moi, en tout cas, j'ai eu des bons résultats à venir jusqu'à maintenant, tu sais, en termes d'être capable de dire à l'autre les insatisfactions plutôt que d'y faire vivre là, puis que, finalement, ils se rendent compte que, bien, à dire, c'est bien plus solide qu'à ne pas dire. C'est bien, bien, bien intéressant. Puis je trouve que c'est une grosse... Je trouve que c'est une lacune ça dans le traitement, tu sais, le volet « Jeu », on oublie l'impact de ces aspects-là » (4).

Un directeur clinique interviewé dans le cadre de l'évaluation nous mentionnait qu'il estimait qu'entre autre, la section « À moi de jouer » se prêterait bien à cette participation. Il apparaît aussi que tout le travail concernant la planification budgétaire et les arrangements financiers gagneraient à être fait de concert avec des proches significatifs. A ce stade, au niveau

thérapeutique proprement dit, il y aurait à analyser quelles portions spécifiques du programme gagneraient à être faites en intégrant les proches.

5.6. Les coûts de l'interne

Les coûts de l'interne peuvent être prohibitifs pour des personnes qui ont des difficultés d'argent et qui ne bénéficient pas de programme d'aide aux employée ou d'assurances. Cette barrière est décuplée quand la clientèle de points de service de régions éloignées requiert un traitement en interne. Un intervenant nous relatait le cas d'un usager pour lequel l'hébergement aurait été impératif, mais qui ne disposait pas des montants nécessaires d'une part au coût de la thérapie et, d'autre part, les 800 \$ qu'aurait coûté le billet d'avion. Dans ce cas précis, l'intervenant est personnellement intervenu auprès de la Régie régionale afin de trouver un aménagement pour l'usager⁶¹.

Un autre intervenant en point de service en région nous fait part d'une amélioration qu'il souhaiterait voir apporter au programme :

« R.: La disponibilité au niveau de la gratuité aussi, tu sais, parce que ce n'est pas tout le monde qui... Malgré qu'on ne refuse personne. S'il y a quelqu'un qui dit : « je veux aller en thérapie, je n'ai pas d'argent »; « viens-t-en », tu sais. Mais, bon...

Q.: Vous procédez à des arrangements financiers à long terme... ?

R.: Autant que possible, mais on est subventionné. Et on se sert de cette subvention-là pour offrir de la gratuité si possible, on essaie de se faire payer via les assurances ou les compagnies ou les employeurs. Parce que plus on va avoir d'argent, plus on va être capable d'aider le monde, là c'est le but... Ça l'air..., ça l'air un petit peu frère André comme..., quand je parle comme ça là, mais c'est vraiment ça, tu sais. Mon idée c'est d'aider le monde là puis d'aider les joueurs. Actuellement, ce que je fais des fois, comme dépannage, je les envoie à [nom de l'établissement] pour une fin de semaine ou deux jours, trois jours pour se reposer, reprendre leurs forces après des périodes de jeu, ou les mettre dans un milieu protégé là. Fait que ça j'utilise un peu nos services internes pour ça, mais sinon c'est que je trouve ça loin là, tu sais, les référer à [nom de l'établissement], euh!, c'est excessivement cher, excessivement loin... » (7).

61 Les entrevues avec les responsables régionaux soulignent le fait que les préoccupations des intervenants ont été entendues et que, au moins, des efforts pour financer ou expérimenter des services internes dans la région étaient en cours. Ces entrevues avec les directions ont été menées après celles avec les intervenants.

Ceci dit, dans un autre courant de pensée, un intervenant nous a confié qu'il estimait important que l'utilisateur s'investisse, non seulement mentalement, mais aussi financièrement dans son rétablissement :

« Q.: Est-ce qu'il y a un profil type du gars qui abandonne ou de la fille qui abandonne? »

R.: Non. Bien je te dirais, par exemple, les gens qui ne paient pas, ils s'investissent beaucoup moins. Parce que moi je fais du privé, puis les gens qui paient, ils vont jusqu'au bout. On dirait qu'ils en veulent pour leur argent. Puis enlever de l'argent à un joueur, c'est important. Lui il en veut pour son argent le joueur. Fait que de ne pas payer du tout là, des fois, je ne suis pas sûre moi que c'est la recette » (10).

Est-il possible d'en arriver à une solution qui soit non discriminante pour les moins nantis et acceptable pour les personnes qui ont encore des ressources financières, ou la gratuité doit-elle être universelle? C'est une question sur laquelle il faudrait encore se pencher. Les coûts du transport ont à être évalués en regard de l'éloignement relatif des centres de traitement en interne et de l'origine de leur clientèle. Une augmentation du nombre et une revue de la localisation des établissements offrant des services internes permettraient de régler en partie ce problème.

5.7. Autres thèmes abordés par les intervenants

Les intervenants ont souligné en entrevue divers thèmes autour du Programme d'évaluation et de traitement des joueurs excessifs pour lesquels aucune question n'était par ailleurs posée. L'absence d'objectifs thérapeutiques clairs dans le Programme d'évaluation et de traitement des joueurs excessifs a été soulevée, bien que les intervenants s'en réfèrent dans la majorité des cas aux principes qui guident leur propre institution et aux objectifs des clients.

Par ailleurs, la nature du jeu mis en cause dans le problème du joueur a été évoquée. Il apparaît que le programme est destiné principalement aux joueurs d'appareils de loterie vidéo et de machines à sous puisque la plupart des connaissances transmises sur les taux de retour et l'illusion de contrôle concernent des ALV et les MAS. Certains joueurs de cartes se sentiraient démotivés, notamment dans des situations de groupes où ils sont marginalisés. Le problème de l'hétérogénéité des groupes est soulevé autrement par une intervenante : *« Et là je dirais il y a une..., parce qu'on a beaucoup de monde, bon, la direction tend vers une approche de groupe, qui en soi, j'accepte, mais pas à tout prix. Et moi je ne vois pas mon monsieur professionnel médecin avec ma madame « borderlines » dans un groupe. Je vais perdre les deux » (2).* Dans ces deux cas, l'insertion dans un groupe, s'il ne constitue pas le premier choix de l'utilisateur, peut être un facteur d'abandon.

Finally, the problem of the duration of treatment has been raised several times: « *Mais oui, on garde ça à l'œil tout le temps, parce que c'est pas des vacances, hein! C'est... Trois semaines, c'est court dans une vie, trois semaines. Fait que s'ils perdent une journée à faire des rebelles ou à ne pas participer, bien ils perdent une grande richesse je pense, là, tu sais. Fait que toute l'équipe, on les observe beaucoup, hein! On observe tous nos participants puis on essaie qu'ils soient ouverts puis qu'ils soient présents là, qu'ils prennent le maximum, parce que trois semaines, c'est court* » (21). In the framework of external treatment, the majority of intervenants agree to say that the duration of treatment and the number of sessions should be established relatively to the user's state and objectives and not according to an immutable norm. The norm, nevertheless, rather than of re-establishing specific prescriptions for CQEPTJ, is often determined by the workload of the intervenants.

Finally, testifying to their eclecticism, the intervenants have sometimes shared innovations and initiatives of various kinds within the framework of their functions: recourse to the Slot Machine Tutorial software, creation and maintenance of an Internet site, computerization of evaluation questionnaires, coffee meetings, memory aids in case of relapse, role games, recognition cards, conferences, art and music therapy, relaxation and meditation, etc. The themes addressed are also broader than what is planned in the protocol since the intervenants work, according to an intervenant's understanding of the day's theme on pathological gaming, the themes of « self-esteem », of « impulsivity », of the « responsabilization and of the victimization », of the « reappropriation of power and of the social conscience », of the « pleasure and of the satiety », of non-violent communication. Most consider that these themes, initiatives or « therapeutic tricks » should be known by other intervenants, disseminated by the bias of exchanges and meetings, or by the bias of an interactive Internet site.

6. CONCLUSION

Il apparaît impossible de mesurer le succès du Programme d'évaluation et de traitement des joueurs excessifs par une mesure standard relative soit au taux de complétion des usagers soit à la mesure de leur abstinence au terme du traitement. D'une part, parce que les objectifs de traitement ne sont pas établis de façon explicite et, d'autre part, parce que la totalité des éléments du Programme d'évaluation et de traitement des joueurs excessifs n'a pas été administrée de façon standard, constante et uniformisée par les intervenants.

Différents indicateurs avaient été retenus pour mener à terme l'évaluation du Programme d'évaluation et de traitement des joueurs excessifs, soit des indicateurs de participation, d'adaptation, de réseautage et d'impact (PARI). Ce rapport, constituant l'évaluation qualitative des *variations* des activités de traitement, a donc permis de documenter en quoi les intervenants adoptent ou adaptent les modalités de traitement prévues. Comment utilisent-ils le programme qu'on leur a donné? Comment le jugent-ils? Proposent-ils des modifications? Les grandes lignes de ce qu'il faut en retenir sont ici résumées.

Les intervenants remanient la séquence des éléments du Programme d'évaluation et de traitement des joueurs excessifs dès l'évaluation : la lourdeur de ce processus causée par l'addition de questionnaires entrave l'établissement spontané du lien thérapeutique⁶², jugé primordial, et la résorption immédiate des crises (financière, familiale, professionnelle, existentielle). Le portrait qui résulte de l'évaluation est cependant jugé particulièrement utile dans le cas des services en interne où plusieurs intervenants auront à interagir avec un même usager.

Le volet cognitif du programme, nous l'avons vu dans les témoignages des intervenants, reçoit un accueil mitigé dépendant du profil des clients. Ces derniers ne sont pas tous des « joueurs purs ⁶³ ». La correction des pensées erronées serait lourde et inappropriée pour les personnes souffrant de problèmes de santé mentale. Le programme repose en grande partie sur des intentions didactiques qui font appel au raisonnement, à la logique. Les intervenants adaptent donc cet appareillage didactique à ces personnes qui représentent une minorité non négligeable.

62 Comme les usagers en ont témoigné dans le rapport *Le point de vue des usagers*, l'adéquation des relations avec le thérapeute peut être à la source d'un sentiment de réussite ou d'échec; il a son importance dans la persévérance ou non en thérapie. Les intervenants vont dans le même sens en affirmant, dans une proportion de 66 %, que la relation thérapeutique est un élément crucial de l'intervention.

63 Rappelons que la moitié des personnes qui ont été traitées dans le cadre du programme expérimental ont été traitées aussi pour au moins un des problèmes suivants : alcoolisme, toxicomanie, autres dépendances et santé mentale dans l'année précédant leur entrée en thérapie.

L'adéquation du volet cognitif chez les personnes ne présentant pas de problèmes de santé mentale est également remise en cause par certains intervenants; la clientèle en traitement connaît souvent les lois des probabilités et la différence entre un jeu de hasard et un jeu d'adresse. Par quel mécanisme ne recourent-ils pas à leur pensée logique lorsqu'il s'agit de jeu? Il existe une part de désinformation qui fait en sorte que les appareils de loterie vidéo, notamment, provoquent une « illusion de contrôle » et induisent les joueurs en erreur. Le Programme d'évaluation et de traitement des joueurs excessifs tente très concrètement de corriger cette illusion quant à la mécanique réelle de la machine et l'exposé des principes de l'espérance de gains négative a, selon les intervenants, un effet percutant sur certains usagers⁶⁴. Mais Delfabbro⁶⁵ a très justement émis l'hypothèse que les pensées entretenues irrationnellement le sont en fonction du contexte. Les pensées erronées des joueurs trouvent leur racine dans un mauvais usage sélectif des informations plutôt que dans un manque de connaissances sur les jeux de hasard et d'argent. Par ailleurs, Delfabbro conclut que les soi-disant phénomènes cognitifs s'expliquent en utilisant des principes comportementaux : « *Actions or stimulus events preceding a reward become reinforced and will have a higher probability of being influential again in similar situations. This would appear to explain many irrational behaviors, and also situations when gamblers claim to recognize signs that their luck is going to improve*⁶⁶ ».

Une réserve importante concerne « l'analyse de la séance de jeu ». Si une bonne moitié des intervenants l'utilisent toujours, l'aspect éthique de l'exercice est questionné : est-il raisonnable de replonger une personne abstinente ou celle qui vise à le devenir dans une situation de jeu, même fictive ou virtuelle (dans le cas du logiciel Slot Machine Tutorial)? Ce type de séance est-il susceptible de replonger le joueur dans les états psychologiques ou physiques qu'il éprouvait en jouant et d'accélérer une rechute?

En raison des quelques réserves exprimées face aux éléments cognitifs, et à cause de contingences liées à leur approche et à leur clientèle, une autre tendance consisterait chez les intervenants à développer plus tôt et plus largement les aspects émotif et comportemental de la thérapie. Le thème de la prévention de la rechute occupe également dans la pratique un espace plus étendu que prévu dans la théorie. Il existe par ailleurs un consensus à penser que le réseau de l'utilisateur, c'est-à-dire les proches, constitue un pilier essentiel à développer pour faciliter ce travail comportemental.

64 Selon quelques intervenants, un effort plus intensif de l'industrie dans cette direction constituerait une aide appréciable.

65 Delfabbro, P. (2004).

66 Ibid, p. 16.

Quant à l'évaluation post-traitement, l'article 3.7 du code de déontologie de l'AITQ stipule que « *Afin de contribuer au meilleur suivi possible, le clinicien voit à tenir à jour le dossier clinique des usagers dont il a la charge et à faire suivre l'information* »⁶⁷. Cette fonction de mise à jour de l'évaluation post-traitement, qui consiste à fournir un portrait de l'état de santé de l'utilisateur aux intervenants qui auraient à le traiter éventuellement, devrait donc être présentée aux intervenants comme incontournable. Elle devrait être aménagée de façon à la rendre plus conviviale pour les intervenants et les usagers.

Le suivi post-traitement n'est pas utilisé par 16 % des intervenants. Nous pensons qu'il y a partiellement eu confusion entre les exigences de l'évaluation du Programme expérimental sur le jeu excessif menée par l'INSPQ et les prescriptions de suivi du Programme d'évaluation et de traitement des joueurs excessifs du CQEPTJ qui découle aussi d'un contexte de recherche. La collecte des données a présenté une somme importante de travail pour les intervenants, et leur évaluation de la lourdeur du suivi est sévère. Il serait important de réhabiliter aux yeux des intervenants l'utilité réelle des suivis post-traitement auprès des usagers.

Finalement, les usagers ont mentionné à plusieurs reprises la nécessité de mettre sur pied un système de références et d'accès au diagnostic rapide dans le cas des doubles problématiques. En ce sens, ils prônent un modèle d'organisation intégré, entérinant les propos de Rugle *et al.* qui estiment que « *Given the rate of substance abuse, suicidality and major affective disorders among pathological gamblers, it is important to have a matrix of care for pathological gamblers that can integrate detoxification, chemical dependency treatment and education, and psychiatric stabilization and intervention when appropriate* »⁶⁸.

Un programme individualisé dans une structure établie

La multiplicité des approches utilisées est liée, nous l'avons vu, à des facteurs environnementaux et à des facteurs humains. Elle est aussi nécessairement dictée par l'aspect multicausal des problèmes de jeu. Blaszczynski⁶⁹ dresse une typologie des joueurs qui illustre la complexité inhérente au traitement du jeu pathologique. Il existe selon lui des joueurs « normaux », des joueurs émotionnellement vulnérables et des joueurs avec une vulnérabilité biologique et/ou des traits d'impulsivité. Dès lors, la difficulté du traitement réside dans la compréhension de l'utilisateur en face de l'intervenant et dans la détermination de l'approche qui sera la plus ajustée à ce cas. Elle explique aussi le caractère hétéroclite et multiforme des points de vue sur l'intervention ici exprimés. Comme le mentionne Pavalko, la solution de tout problème est basée sur la compréhension de ses causes et c'est là que

67 <http://www.aitq.com/pdf/codedeontologie.PDF> Le code de déontologie est une exigence pour adhérer, en tant qu'organisme, à l'Association des intervenants en toxicomanie du Québec et pour obtenir la certification du ministère de la Santé et des Services sociaux.

68 Rugle, L., Derevensky, J., Gupta, R., Winters, K., & Stinchfield, R. (2001).

69 Blaszczynski, A. (2000).

réside la plus grande difficulté du traitement des joueurs pathologiques : la cause du problème n'est pas clairement comprise et il y a apparence de multiplicité de causes. Conséquemment, il n'est pas surprenant qu'il n'ait pas émergé une approche unique de traitement et que, de façon générale, les intervenants adoptent une approche pragmatique, utilisant « ce qui marche » et évitant de s'enfermer dans une seule stratégie⁷⁰.

En 2001, se tenait à Boston le « National Think Thank on State funded gambling treatment program », sur une initiative du Massachusetts Council on Compulsive Gambling. Regroupés en petites équipes de travail, les participants⁷¹ du Think Thank devaient notamment proposer leur vision du traitement idéal en tenant compte des aspects liés au financement et à la structure administrative, aux modalités de traitement, de recrutement de rétention, à l'étude d'impact et d'efficacité. Quelles qu'aient été les modalités de traitement proposées, il a été constaté que dans tous les cas, les participants assortissaient ces propositions d'un « lorsque approprié », reconnaissant ainsi que ce qui est efficace pour l'un ne l'est pas nécessairement pour l'autre⁷². Un consensus a donc été dégagé à l'effet que, compte tenu de la disparité énorme de la clientèle, le programme « idéal » devrait offrir le spectre entier de modalités de traitement et d'arrangement. On conçoit facilement les coûts et les difficultés d'opérationnalisation d'une telle approche, mais elle a le mérite de soulever la nécessité de laisser place à l'aménagement d'un espace pour l'individualisation des traitements à l'intérieur d'une structure et d'un programme qui ne soient pas trop rigides.

La notion même d'expérimentation qui coiffe le nom du programme implanté au Québec (Programme expérimental sur le jeu pathologique) laisse place à ce genre de réflexion, d'ajustements. Les administrateurs, les directeurs cliniques et surtout les intervenants ont en effet eu à renégocier sur une base régulière certaines des modalités de traitement pour s'adapter à une clientèle hétérogène et à des besoins parfois sous ou surévalués. Le caractère récent du programme expérimental qui est ici évaluée joue pour beaucoup dans cette nécessité d'ajustements, typique de toute phase d'implantation de programme. La prochaine étape pour les responsables du programme consisterait à faire le point sur ces ajustements et d'identifier ceux qui sont les plus prometteurs pour un renouvellement et une meilleure intégration du programme, sans doute individualisé et multimodal, de même que mieux soutenu par un réseau de services complémentaires.

70 Pavalko, R. M. (2001).

71 40 participants des 13 états fournissant des services de traitement subventionnés par l'État, dont 34 % étaient des administrateurs de ces programmes de traitement, 23 % des administrateurs gouvernementaux, 19 % des dispensateurs de services cliniques de première ligne et 24 % qualifiés « autres ».

72 Massachusetts Council on Compulsive Gambling, Massachusetts Department of Public Health; Harvard Medical School, Division on Addictions (2001).

7. RÉFÉRENCES

- Allard, D., Chevalier, S. (2000). Le monitoring évaluatif - Les critères dans la littérature et l'exemple du jeu pathologique. Montréal, Journées annuelles de santé publique.
- Allard, D., Audet, C., Chevalier, S. (2002). Monitoring évaluatif du programme québécois de traitement des joueurs excessifs Proposition d'indicateurs : Système PARI. Document de travail, Montréal : Institut national de santé publique du Québec.
- Allard, D., Audet, C., St-Laurent, D., Chevalier, S. (2003). Évaluation du Programme expérimental sur le jeu pathologique. Rapport 6 - Monitoring évaluatif – entrevues initiales auprès des décideurs et des coordonnateurs. Montréal : Institut national de santé publique du Québec.
- Andrews, G., Slade, T. & Issakidis, C., (2002) Deconstructing current comorbidity: data from the Australian national survey of mental health and well-being. *British Journal of Psychiatry*, 181: (4), 306-314.
- Audet, C., St-Laurent, D., Chevalier, S., Allard, D., Hamel, D., & Crépin, M. (2003). Évaluation du Programme expérimental sur le jeu pathologique. Rapport 7 - Monitoring évaluatif - indicateurs d'implantation - données rétrospectives. Montréal : Institut national de santé publique du Québec.
- Bardin, L. (1977). *L'analyse de contenu*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Beaupré, R. (2002). *Rien ne va plus - itinéraire du joueur*. Montréal : Éditions Québec Amérique.
- Blaszczynski, A. (2000). Pathways to pathological gambling: Identifying typologies. *eGambling* 1-13.
- Blaszczynski, A., McConaghy, N. (1993) A Two to Nine Year Treatment Follow-up Study of Pathological Gambling., in *Gambling Behavior and Problem Gambling*, Eds. William R. Eadington and Judy A. Cornelius. Reno, Nevada: Institute for the Study of Gambling and Commercial Gaming, 215-238.
- Blaszczynski, A., McConaghy, N. & Frankova, A. (1991). Control versus abstinence in the treatment of pathological gambling: A two to nine year follow-up. *British Journal of Addictions*, 86, 299-306.
- Blaszczynski, A.P., McConaghy, N., & Frankova, A. (1991b). A comparison of relapsed and non-relapsed abstinent pathological gamblers following behavioural treatment. *British Journal of Addiction*, 86 (b): 1485-1489.
- Boechler, V., Neufeld, A., & McKim, R. (2002). Evaluation of client satisfaction in community health centre: Selection of a tool. *Canadian Journal of Program Evaluation*, 17: (1). 97-117.

- Boughton, R. (2002). Voices of women who gamble in Ontario: A survey of women's gambling, barriers to treatment & treatment service needs. Dallas (TX): The 16th Annual National Conference of Problem Gambling June 13-15.
- Brown, R.I.F. (1986a). Dropouts and continuers in gamblers anonymous: Life-context and other factors. *Journal of Gambling Behavior*, 2: (2). 130-140.
- Brown, R.I.F. (1987b). Dropouts and continuers in Gamblers Anonymous: Part 2. Analysis of free-style accounts of experiences. *Journal of Gambling Behavior*, 3: (1). 68-79.
- Brown, R.I.F. (1987c). Dropouts and continuers in Gamblers Anonymous: Part four. Evaluation and summary. *Journal of Gambling Behavior*, 3: (3). 202-210.
- Center for Disease Control (1999). Framework for program evaluation in public health. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 48, 1-40.
- Chevalier, S. & al. (2004). L'abandon de traitement chez les joueurs pathologiques, in *L'Intervenant* 20(2), pp. 8-11.
- Chevalier, S. (2003). Évaluation du Programme expérimental sur le jeu pathologique. Rapport 4. Cadre théorique de la participation aux jeux de hasard et d'argent et du développement de problème de jeu – Rapport préliminaire. Montréal : Institut national de santé publique du Québec.
- Chevalier, S., Geoffrion, C., Audet, C., Papineau, É., & Kimpton, M.-A. (2003). Évaluation du Programme expérimental sur le jeu pathologique. Rapport 8 - Le point de vue des usagers. Montréal : Institut national de santé publique du Québec.
- Chevalier, S., Papineau, É., & Geoffrion, C. (2003). Évaluation du Programme expérimental sur le jeu pathologique. Rapport 9 – Les lignes téléphoniques dédiées aux jeux de hasard et d'argent. Montréal : Institut national de santé publique du Québec.
- Chevalier, S., & Allard, D. (2001). Pour une perspective de santé publique des jeux de hasard et d'argent. Montréal : Institut national de santé publique du Québec.
- Crisp, B.R., Thomas, S.A., Jackson, A.C., Thomason, N., Smith, S., Borrell, J., Ho, W., Holt, T.A.(2000). Sex differences in the treatment needs and outcomes of problem gamblers. *Research on Social Work Practice*, 10, 229-242.
- Cromer, G. (1978). Gamblers anonymous in Israel: A participant observation study? of a self-help group. *International Journal of the Addictions*, 13: (7). 1069-1077.
- Delfabbro, P. (2004). The stubborn logic of regular gamblers : obstacles and dilemmas in cognitive gambling research. *Journal of gambling studies* 20 : (1). 1-21.
- Dickerson, M.G. & Weeks, D. (1979). Controlled gambling as a therapeutic technique for compulsive gamblers. *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry*, 10: 139-141.

- Donabedian, A. (1973). *Aspects of medical care administration*. Cambridge (MA): Harvard University Press.
- Griffiths, M., & MacDonald, H.F. (1999). Counselling in the treatment of pathological gambling: An overview. *British Journal of Guidance & Counselling*, 27: (2). 179-190.
- Griffiths, M. and Delfabbro, P.(2001). The biopsychosocial approach to gambling: Contextual factors in research and clinical interventions. *eGambling* 1-33.
- Guastello, S.J. and Guastello, D.D.(1991). How organizations differ : Implications for multisite program evaluation. *New Directions for Program Evaluation* 50, 71-81.
- Hodgins, D. (2001). Processes of changing gambling behavior. *Addictive Behaviors*, 26:121-128.
- Hodgins, D., Currie, S., Peden, N., & Diskin, K. (2002). Preventing relapse for problem gamblers who are not attending support groups. Dallas (TX): The 16th Annual National Conference of Problem Gambling June 13-15.
- Hodgins, D., & el-Guebaly, N. (2000). Natural and treatment-assisted recovery from gambling problems: A comparison of resolved and active gamblers. *Addiction*, 95: (5). 777-789.
- Hodgins, D.C., Makarchuk, K., el-Guebaly, N., & Peden, N. (2002). Why problem gamblers quit gambling: A comparison of methods and samples. *Addiction Research & Theory*, 10: (2). 203-218.
- Huberman, A. M., Miles, M. B. (1991). *Analyse des données qualitatives*. Bruxelles, DeBoeck.
- Hudak Jr, C.J., Varghese, R., & Politzer, R.M. (1989). Family, marital, and occupational satisfaction for recovering pathological gamblers. *Journal of Gambling Behavior*, 5: (3). 201-210.
- Jackson, A.C., Thomason, N., Ryan, V., Smith, S. (1997). Analysis of clients presenting to problem gambling services from July 1, to June 30, 1996. Client & Service Analysis Report No.1. Problem Gambling Research Program, University of Melbourne, School of Social Work.
- Jackson, A.C., Thomason, N., Ryan, V., Smith, S. (1997). Analysis of clients presenting to problem gambling services from 1 July 1996 to 30 June 1997. Client & Service Analysis Report No.2. Problem Gambling Research Program, University of Melbourne, School of Social Work.
- Kaush, O (2003). Patterns of substance abuse among treatment seeking pathological gamblers, *Journal of substance abuse treatment*, 25:(4). 263-270.
- Keefler, J., & Rondeau, G. (2002). Men and shame. *Intervention*, (116). 26-36.

- Ladouceur R, Sylvain C, Boutin C, Lachance S, Doucet C, Leblond J. (2003), Group therapy for pathological gamblers: a cognitive approach. *Behavioral Research and Therapy*, 41(5):587-96.
- Ladouceur, R., Boutin, C., Doucet, C., Lachance, S., & Sylvain, C. (2000). Programme d'évaluation et de traitement des joueurs excessifs. Centre québécois d'excellence pour la prévention et le traitement du jeu, Université Laval. Programme élaboré dans le cadre du Programme expérimental sur le jeu pathologique, mis de l'avant par le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.
- Ladouceur, R., Chevalier, S., Allard, D., Jacques, C. (2002). Prévalence du jeu excessif au Québec, Québec, Centre québécois d'excellence pour la prévention et le traitement du jeu de l'Université Laval et Institut national de santé publique du Québec.
- Landry, M., Lecavalier, M. (2003) L'approche de réduction des méfaits : un facteur de changement dans le champ de la réadaptation en toxicomanie, *Drogues, santé et société*, 2 (1), 124-140.
- Lee, B. (2002). Well-being by choice not by chance: an integrative, system-based couple treatment model for problem gambling, Submitted for the OPGRC post-doctoral research award 2001-2002, Ontario, p. 4.
- Léger, J. M., & Florand M. F. (1985). L'analyse de contenu : deux méthodes, deux résultats? *L'entretien dans les sciences sociales* (A. Blanchet et autres). Paris, Dunod, 1985.
- Lesieur, H., & Blume, S.B. (1987). The South Oaks gambling screen (SOGS): A new instrument for the identification of pathological gamblers. *American Journal of Psychiatry*, 144: (9). 1184-1188.
- Lorenz, V., & Yaffee, R.A. (1986). Pathological gambling: Psychosomatic, emotional and marital difficulties as reported by the gambler. *Journal of Gambling Behavior*, 2: (1). 40-49.
- Maccallum, F., Blaszczyński, A (2002) Pathological gambling and comorbid substance use, *Australian and New-Zealand journal of psychiatry*, 36:(3). 411-415.
- Mancuso, C.A., Rincon, M., McCulloch, C.E., & Charlson, M.E. (2001). Self-efficacy, depressive symptoms, and patients' expectations predict outcomes in asthma. *Medical Care*, 39: (12). 1326-1338.
- Mark, M.E., & Lesieur, H. (1992). A feminist critique of problem gambling research. *British Journal of Addiction*, 87:549-565.
- Massachusetts Council on Compulsive Gambling, Massachusetts Department of Public Health; Harvard Medical School, Division on Addictions (2001) The results of a national think thank on state-funded gambling treatment program.

- Meyer, B., Pilkonis, P.A., Krupnick, J.L., Egan, M.K., Simmens, S.J., & Sotsky, S.M. (2002). Treatment expectancies, patient alliance, and outcome: Further analyses from the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70: (4). 1051-1055.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2002). Programme expérimental jeu pathologique – Bilan et perspectives. Québec, juin.
- Moore, T.L. (2000). Gambling treatment programs evaluation update. Salem (OR): Department of Human Services, Office of Alcohol and Drug Abuse Programs.
- Montigny, G., et Guay, L. (2002). L'intervention auprès des proches du jeu pathologique, Centre d'aide aux proches LE PASSAGE.
- Moore, T. L. (2000). Gambling treatment programs evaluation update - July 1, 1998 through June 30, 2000. Wilsonville, Herbert & Louis LLC.
- Moore, T. L. (2001). Gambling treatment programs evaluation update - July 1, 2000 through June 30, 2001. Wilsonville, Herbert & Louis LLC
- Najavits, L.M. (2003). How to design an effective treatment outcome study, *Journal of gambling studies*, 19: (3). 3178-337.
- National Research Council. (1999). Pathological gambling. A critical review. Washington, DC: National Academy Press.
- Orford, J., & McCartney, J. (1990). Is excessive gambling seen as a form of dependence? Evidence from the community and the clinic. *Journal of gambling studies*, 6: (2). 139-152.
- Ozga, D., & Brown, J. (2002). When treatment follows gambling? expansion. Dallas (TX): The 16th Annual National Conference of Problem Gambling June 13-15.
- Papineau, E. et Chevalier, S. (2003). Évaluation du Programme expérimental sur le jeu pathologique. Rapport 3 – Revue critique de la littérature portant sur les évaluations d'interventions préventives. Montréal: Institut national de santé publique du Québec.
- Pavalko, R. M. (2001). Problem gambling and its treatment: An introduction. Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Perreault, M., Tempier, R., Tardif, H., Bernier, J., Pawliuk, N., Garceau, L., & Lusignan, R. (1999). Perspective d'usagers suivis en clinique externe d'établissements de première, deuxième et troisième lignes. *Santé mentale au Québec*, XXIV: (2). 52-73.
- Petry, N.M. (2002). How treatment for pathological gambling can be informed by treatment for substance use disorders. *Experimental and clinical psychopharmacology*, 10: (3), 184-192.

- Petry, N.M. (2001). Substance abuse, pathological gambling, and impulsiveness. *Drug and Alcohol Dependence*, 63: 29-38.
- Poirier, L. (2001). La trajectoire de demande d'aide des joueurs excessifs. Québec : Mémoire - École de service social, Université Laval.
- Poirier, L., & Lindsay, J. (2001). Trajectoire de demande d'aide des joueurs excessifs. St-Augustin-de-Desmaures : Centre CASA.
- Prochaska, J. & De Clemente, C. 1986 'Toward a comprehensive model of change', in *Treating Addictive Behaviors: Processes of Change*, eds. Miller, W. & Heather, N., Plenum Press, New York.
- Rankin, H. (1982). Control rather than abstinence as a goal in the treatment of excessive gambling. *Behaviour Research Therapy*, 20: 185-187.
- Rhodes, W., Norman, J., Langenbahn, S., Harmon, P., & Deal, D. (1997). Evaluation of the Minnesota state-funded compulsive gambling treatment programs - Final report. Cambridge (MA): Abt Associates Inc.
- Rosecrance, J. (1989). Controlled gambling: A promising future. In: Shaffer, H.J., Stein, S.A. et al (Eds.), *Compulsive gambling: Theory, research and practice* (pp. 147-160). Lexington, MA: Lexington Books.
- Rosenthal, R. J. (2004). The role of medication in the treatment of pathological gambling: Bridging the gap between research and practice. *EGambling*: 10. Consulté le 19 mars 2004 à http://www.camh.net/egambling/issue10/ejgi_10_rosenthal.html
- Rugle, L., Derevensky, J., Gupta, R., Winters, K., & Stinchfield, R. (2001). The treatment of problem and pathological gamblers. Washington, DC.
- Rush, B. and Moxam, R. S. (2001). Treatment of problem gambling in Ontario: Service utilization and client characteristics. Ontario, Center for Addiction and Mental Health.
- Rush, B., Moxam, R. S., and Urbanoski, K.A.(2002). Characteristics of people seeking help from specialized programs for the treatment of problem gambling in Toronto. *eGambling* 1-22.
- Roth, D., & Crane-Ross, D. (2002). Impact of services, met needs, and service empowerment on consumer outcomes. *Mental Health Services Research*, 4: (1). 43-56.
- Service à la famille chinoise du Grand Montréal. (1997). Jeux et jeu problématique chez les adultes chinois du Québec : une étude exploratoire. Montréal : Service à la famille chinoise du Grand Montréal.
- Sharpe, L. (2002). A reformulated Cognitive-behavioural model of problem gambling: A Biopsychosocial perspective. *Clinical Psychology Review*, 22. 1-25.

- Steinberg, M.A. (1993). Couples treatment issues for recovering male compulsive gamblers and their partners. *Journal of gambling studies*, 9: (2). 153-167.
- Stewart, R.M., & Brown, R.I.F. (1988). An outcome study of Gamblers anonymous. *British Journal of Psychiatry*, 152:284-288.
- Stewart, D.W., & Shamdasani, P.N. (1990). *Focus groups - Theory and practice*. Newbury Park (CA): Sage.
- Stinchfield, R., & Winters, K. (1999). Outcome of Minnesota's gambling treatment programs. Saint Paul (MN): University of Minnesota.
- Stinchfield, R. and Winters, K. C. (1996). Treatment effectiveness of six state-supported compulsive gambling treatment programs in Minnesota. Minnesota, Minnesota Department of Human Services.
- Torres, R.T., Stone, S.P., Butkus, D.L., Hook, B.B., Casey, J., and Arens, S.A.(2001). Dialogue and reflection in a collaborative evaluation: Stakeholder and evaluator voices. *New Directions for Evaluation* 85, 27-39.
- Turcotte, D., Dulac, G., Lindsay, J., Rondeau, G., & Dufour, S. (2002). La demande d'aide chez les hommes en difficulté : trois profils de trajectoires. *Intervention*, (116). 37-51.
- Weiss, R.D., Najavits, L.M., & Mirin, S.M. (1998) Substance abuse and psychiatric disorders. In R.J. Frances & S.I. Miller (Eds.), *Clinical textbook of addictive disorders* (2nd ed., 291-318. New-York: Guilford.
- Wray, I., & Dickerson, M. (1981). Cessation of high frequency gambling and 'withdrawal' "symptoms. *British Journal of Addiction*, 76:401-405.

ANNEXE 1
LETTRE DE SOLLICITATION DES INTERVENANTS



Québec, le 23 mai 2003

Madame, Monsieur...

Objet : Évaluation du programme expérimental de traitement des joueurs pathologiques
Le point de vue des intervenants

Madame, Monsieur

Les étapes précédentes de l'Évaluation du programme expérimental québécois de traitement des joueurs pathologiques s'interrogeaient sur les points de vue des usagers et des coordonnateurs. Ce portrait du programme québécois ne saurait être complet sans le point de vue des intervenants, et l'Institut national de santé publique du Québec entreprend aujourd'hui cette nouvelle portion de l'évaluation.

Nous sollicitons donc par la présente votre participation à une entrevue individuelle d'approximativement 90 minutes. Celle-ci portera globalement sur votre formation, vos expériences de traitement, vos idées et vos attentes concernant le traitement du jeu pathologique.

Votre participation est importante en ce que, à titre d'intervenant, votre point de vue est nourri d'expériences concrètes. Ces expériences modèlent la pratique au quotidien et nous pensons qu'elles doivent aussi alimenter l'évaluation et l'orientation des programmes. Votre contribution pourra permettre d'une part d'améliorer le contenu et l'efficacité des services offerts aux usagers et, d'autre part, d'améliorer les paramètres de travail des intervenants.

Nous vous remercions à l'avance de votre très précieuse collaboration et vous assurons de la plus absolue confidentialité des résultats d'entrevue. Vous trouverez sous pli une enveloppe de retour préaffranchie.

Chantale Audet

Institut national de santé publique du Québec
945, avenue Wolfe, 3^{ème} étage
Ste-Foy (Québec) G1V 3B5
Téléphone : (418) 650-5115, poste 5713
Télécopieur : (418) 643-5099
chantale.audet@inspq.qc.ca

ANNEXE 2
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

TITRE DU PROJET : MONITORAGE ÉVALUATIF DU PROGRAMME EXPÉRIMENTAL SUR LE JEU PATHOLOGIQUE

ÉQUIPE DE RECHERCHE : Denis Allard, Institut national de santé publique du Québec
Chantal Audet, Institut national de santé publique du Québec
Serge Chevalier, Institut national de santé publique du Québec
Elisabeth Papineau, Institut national de santé publique du Québec

Les objectifs et la démarche du projet m'ont été expliqués. Je comprends que cette entrevue recueille de l'information pour construire un indicateur qualitatif du système de monitoring du programme québécois de traitement des joueurs pathologiques. Cet indicateur vise à dresser un portrait des variations du processus de traitement en lien avec les types de joueurs et les conditions de pratique de ce travail.

De plus, il m'a été précisé que :

1. L'objectif principal de cette entrevue auprès d'un échantillon d'intervenants du programme expérimental sur le jeu pathologique est de mieux comprendre les exigences du travail de thérapeute auprès des joueurs pathologiques et de saisir les modalités d'intervention que ce travail implique. Ces informations serviront à faciliter les échanges entre les intervenants et les responsables du programme pour en améliorer le contenu.
2. Chaque entrevue durera environ une heure et demie, pouvant cependant être plus brève ou plus longue selon le répondant.
3. Mis à part l'inconvénient d'accorder de mon temps pour une entrevue, ma participation au projet ne m'engage à rien. Il m'est possible en tout temps de me retirer de l'étude ou de mettre fin à l'entrevue, et ce, sans avoir à fournir de justification.
4. L'entrevue sera enregistrée sur cassettes audio et transcrite par la suite.
5. Pour ce qui est de l'anonymat de ma participation et de la confidentialité des renseignements fournis, les mesures suivantes ont été prévues :
 - Les cassettes utilisées pour l'enregistrement des entrevues seront conservées sous clé, sans référence à l'identité des personnes interviewées.
 - Mis à part la personne embauchée pour la transcription des entrevues, seuls les membres de l'équipe de recherche attirés à l'analyse de ces informations auront accès aux cassettes.
 - Ces cassettes seront effacées à la fin du projet (mars 2004).

6. Pour des questions additionnelles concernant ce projet, il est possible de contacter Denis Allard, chercheur principal, au (514) 528-2400 poste 3539, ou Chantale Audet, agente de recherche, au (418) 650-5115 poste 5713.

J'ai reçu une copie signée du présent formulaire.

Signature de l'interviewé(e)

Date

Signature de l'intervieweur(euse)

Date

ANNEXE 3
SCHÉMA D'ENTREVUE INDIVIDUELLE

Évaluation du programme expérimental sur le jeu pathologique

Guide d'entrevue avec les intervenants

10 JUIN 2003

1. Clientèle

Pouvez-vous me parler des clients que vous recevez? (Description de la clientèle en général)

Sous-questions :

1. Quelles sont leurs caractéristiques sociales (sexe, âge, statut matrimonial)?
2. Ont-ils souvent d'autres problèmes de santé (santé physique, santé mentale) ou d'autres dépendances? Quelle est l'ampleur du phénomène des comorbidités, des doubles ou triples dépendances dans votre clientèle?
3. Quels sont leurs problèmes de jeu (jeux les plus fréquentés, intensité de la dépendance, origines de la dépendance)?
4. Est-ce que votre clientèle se présente avec des attentes spécifiques? Comment y faites-vous face?
5. Le profil de la clientèle a-t-il changé depuis le début du programme? Qu'est-ce qui a changé?

2. Traitement

A. Quelle est votre approche du traitement?

Sous-questions :

1. Quels objectifs visez-vous (abstinence, réduction des méfaits)?
2. Est-ce que ces objectifs sont fixés en fonction de l'état du client à l'arrivée? Est-ce qu'ils sont fixés avec le client? Est-ce que vous vous ajustez à leurs attentes?
3. À quelles approches thérapeutiques vous référez-vous pour leur venir en aide?
4. Quelle est la place des proches dans votre approche thérapeutique?
5. À quoi correspond pour vous un traitement complété?
6. À quoi correspond pour vous un abandon?
7. Qui abandonne le traitement?
8. Les admissions multiples (ou réadmissions) sont-elles nombreuses? Sont-elles nécessaires chez certains joueurs pour atteindre les résultats souhaités?

B. Plus concrètement, comment se déroule le traitement? Quelles sont vos étapes de traitement?

Sous-questions :

1. Faites-vous l'accueil des joueurs? Si oui, comment? Si non, qui le fait dans votre organisation? Quel est le contenu de cette ou ces rencontres?
2. Comment faites-vous l'évaluation du joueur? Avec quels instruments? Comment cette information vous est utile? Pouvez-vous nous donner des exemples?
 - a) Est-ce qu'il vous arrive d'orienter dès le début un client vers un autre type des services (autres services de traitement de dépendances, autres services de traitement du jeu pathologique en externe, de groupe ou individuel, en interne)? Qu'est qui vous fait prendre cette décision?
3. Est-ce que vous abordez de manière spécifique la question des motivations du joueur à suivre un traitement (exercice de motivation, échelle de motivation, séances de développement de la motivation)? Est-ce que vous revenez sur cette question en cours de traitement?
4. Comment se déroule la thérapie? Comment se répartissent les types de rencontres (de groupe, individuelles, de couple, familiales)? Quels sont les thèmes abordés (contrôle des habitudes de jeu, origines lointaines ou récentes du problème, résolution de problèmes associés au jeu)? Comment gérez-vous les rechutes? Comment répondez-vous aux besoins des clients entre deux séances de thérapie?
5. Comment et à quel moment du traitement abordez-vous la prévention de la rechute?
6. Quels suivis faites-vous suite à la complétion du programme? Avec quels objectifs et quels outils? Est-ce que le client peut faire appel à certains services après le traitement? Avez-vous un groupe de suivi?
7. Est-ce que vous êtes impliqué dans des activités de réinsertion?
8. Quelle place faites-vous aux Fraternités (principalement les GA) dans le processus de traitement?
9. Qu'est-ce qui est le plus utile ou le plus aidant dans le traitement? Qu'est-ce que vous trouvez le plus difficile?
10. Quels types de clients sont les plus difficiles à traiter? Ajustez-vous votre traitement à ces clientèles?

C. Comment se situe votre approche du traitement par rapport au programme de formation donné par l'Université Laval?

Sous-questions :

1. L'entrevue diagnostique?
2. L'analyse d'une séance de jeu?
3. Définitions du hasard, les situations à risque?
4. Les erreurs de pensées?
5. Les exercices « À moi de jouer »?
6. La prévention de la rechute?
7. L'évaluation post-traitement?
8. Les suivis?
9. Utilisation et utilité du SOGS et DSM-IV?
10. Que faites-vous d'autre?

3. Formation (s)

A. Est-ce que la formation et le soutien de formation, organisés par le MSSS en lien avec l'Université Laval, vous sont apparus suffisants?

Sous-questions :

1. Avez-vous suivi la formation de 3 jours offerte par l'Université Laval? Qu'en avez-vous pensé?
 - a. Avez-vous pu la suivre avant de commencer à traiter les joueurs?
 - b. Était-ce suffisant? Aviez-vous l'impression de la maîtriser après la formation? Vous sentiez-vous outillé?
 - c. Est-ce qu'on vous a donné suffisamment d'information sur l'utilisation des outils (DSM-IV, SOGS, Inventaires de Beck, etc.)?
 - d. Est-ce qu'on a répondu à vos questions lors de la formation?
2. Avez-vous participé aux activités complémentaires de cette formation de base?
 - e. Lesquelles? (services téléphoniques, journées de relance, journées thématiques)
 - f. Est-ce que ces activités ont répondu à vos besoins?

B. Est-ce que vous avez mis à jour votre formation par d'autres moyens que ceux offerts par le MSSS?

- g. Quels sont ces moyens (séminaires internes, régionaux, congrès, colloques, formation Internet, formations au Canada ou à l'étranger)?
- h. Est-ce que certains de ces moyens pourraient faire l'objet d'une diffusion plus élargie aux autres organismes de traitement?

C. Sur quels aspects de votre travail pensez-vous que des formations complémentaires vous seraient le plus utiles?

4. Place dans l'organisation et réseautage

A. En plus du traitement, avez-vous d'autres activités relatives au programme de jeu dans votre organisation?

Sous-questions :

1. Promotion du programme par des contacts, des conférences, etc.
2. Activités d'échanges d'information et de formation sur le traitement (ex. comité clinique, séminaires). Avez-vous des occasions de discuter avec vos collègues du traitement des joueurs pathologiques? Avez-vous des rencontres avec la direction sur les orientations du programme?
3. Discussion, négociation d'ententes de référence et de collaboration avec d'autres services régionaux ou provinciaux (traitement interne ou externe pour le jeu pathologique, suivis pour le jeu pathologique, autres dépendances, problèmes de santé physique ou mentale)
4. Comités cliniques régionaux sur le programme
5. Collecte de données pour projet de recherche ou d'évaluation (importance dans votre charge de travail? intérêt et utilité perçus?)

B. Pensez-vous disposer dans votre région d'un réseau adéquat de services pour les joueurs pathologiques? Quelles améliorations faudrait-il y apporter? Avez-vous l'impression collectivement d'avoir un effet sur le problème du jeu dans votre région?

5. Situation idéale

S'il n'y avait ni contrainte de temps, d'argent ou d'espace, qu'est-ce que vous changeriez dans votre situation actuelle pour vous aider personnellement dans votre travail auprès des joueurs pathologiques ou pour mieux aider ces derniers?

ANNEXE 4
QUESTIONNAIRE INTERVENANTS

Numéro de questionnaire



Évaluation du programme expérimental québécois sur le jeu pathologique

Le point de vue des intervenants

Questionnaire de recherche
Juin 2003

Pour la plupart des questions, vous encerclez la réponse de votre choix.

Pour certaines questions, il s'agit de fournir la réponse demandée.

Votre clientèle de joueurs

1. **Au cours des 12 derniers mois**, combien avez-vous reçu de personnes en traitement pour un problème de jeu.

Moins de 5.....1
De 5 à 19.....2
De 20 à 49.....3
50 et plus.....4

2. **En ce moment**, combien de personnes traitez-vous?

Moins de 5..... 1
De 5 à 9..... 2
De 10 à 19..... 3
20 et plus..... 4

3. Dans votre clientèle de joueurs de la dernière année, quelle est la proportion approximative de **personnes alcooliques**?

Moins de 5 %..... 1
De 5 à 19 % (moins de 1 sur cinq)..... 2
De 20 à 49 % (moins de 1 sur deux)..... 3
50 à 74 % (la majorité) 4
75 % et plus (presque tous) 5

4. Dans votre clientèle de joueurs de la dernière année, quelle est la proportion approximative de **personnes toxicomanes**?

Moins de 5 %..... 1
De 5 à 19 % (moins de 1 sur cinq)..... 2
De 20 à 49 % (moins de 1 sur deux)..... 3
50 à 74 % (la majorité) 4
75 % et plus (presque tous) 5

5. Dans votre clientèle de joueurs de la dernière année, quelle est la proportion approximative de personnes aux prises avec un **grave problème de santé mentale** (dépression sévère, psychose, déficience mentale, etc.)?

Moins de 5 %..... 1
De 5 à 19 % (moins de 1 sur cinq)..... 2
De 20 à 49 % (moins de 1 sur deux)..... 3
50 à 74 % (la majorité) 4
75 % et plus (presque tous) 5

6. Dans votre clientèle de joueurs de la dernière année, quelle est la proportion approximative de personnes **suicidaires** au début du traitement?

Moins de 5 % 1
De 5 à 19 % (moins de 1 sur cinq)..... 2
De 20 à 49 % (moins de 1 sur deux) 3
50 à 74 % (la majorité) 4
75 % et plus (presque tous) 5

7. Dans votre clientèle de joueurs de la dernière année, quelle est selon vous la proportion de personnes suffisamment **motivées** à suivre le traitement?

Moins de 5 % 1
De 5 à 19 % (moins de 1 sur cinq)..... 2
De 20 à 49 % (moins de 1 sur deux) 3
50 à 74 % (la majorité) 4
75 % et plus (presque tous) 5

8. Dans votre clientèle de joueurs de la dernière année, quelle est la proportion approximative de personnes **qui ont abandonné** le traitement?

Moins de 5 % 1
De 5 à 19 % (moins de 1 sur cinq)..... 2
De 20 à 49 % (moins de 1 sur deux) 3
50 à 74 % (la majorité) 4
75 % et plus (presque tous) 5

9. Dans votre clientèle de joueurs de la dernière année, quelle est selon vous la proportion de personnes qui avaient des **problèmes financiers importants dus au jeu**?

Moins de 5 % 1
De 5 à 19 % (moins de 1 sur cinq)..... 2
De 20 à 49 % (moins de 1 sur deux) 3
50 à 74 % (la majorité) 4
75 % et plus (presque tous) 5

10. Dans votre clientèle de joueurs de la dernière année, quelle est la proportion approximative de personnes qui avaient des **problèmes légaux dus au jeu**?

Moins de 5 % 1
De 5 à 19 % (moins de 1 sur cinq)..... 2
De 20 à 49 % (moins de 1 sur deux) 3
50 à 74 % (la majorité) 4
75 % et plus (presque tous) 5

11. Dans votre clientèle de joueurs de la dernière année, quelle est la proportion approximative de personnes qui avaient des **problèmes familiaux dus au jeu**?

Moins de 5 % 1
De 5 à 19 % (moins de 1 sur cinq)..... 2
De 20 à 49 % (moins de 1 sur deux) 3
50 à 74 % (la majorité) 4
75 % et plus (presque tous) 5

12. Dans votre clientèle de joueurs de la dernière année, quelle est la proportion approximative de personnes qui ont été des cas que vous jugeriez **difficiles**?

Moins de 5 %..... 1
De 5 à 19 % (moins de 1 sur cinq)..... 2
De 20 à 49 % (moins de 1 sur deux)..... 3
50 à 74 % (la majorité) 4
75 % et plus (presque tous) 5

13. Dans votre clientèle de joueurs de la dernière année, quelle est la proportion approximative de personnes auprès de qui vous avez pu faire un **suivi post-traitement**?

Moins de 5 %..... 1
De 5 à 19 % (moins de 1 sur cinq)..... 2
De 20 à 49 % (moins de 1 sur deux)..... 3
50 à 74 % (la majorité) 4
75 % et plus (presque tous) 5

Votre expérience et votre formation

14. Depuis combien d'années faites-vous des interventions cliniques ou thérapeutiques **en général**?
..... Année(s)?
15. Depuis combien d'années faites-vous des interventions cliniques ou thérapeutiques **auprès des joueurs**?
..... Année(s)?
16. Détenez-vous un diplôme d'études collégiales dans une discipline clinique?
Oui1. → Spécifier la discipline
Non2.
17. Détenez-vous un ou des diplômes d'études universitaires?
Oui.....1. → Spécifier les diplômes et disciplines
Non.....2
.....
.....
18. Avez-vous suivi la **formation de trois jours** de l'Université Laval sur le traitement du jeu excessif?
Non1 . [passer à la question 19]
Oui2
- 18a. La formation vous a-t-elle semblée...
très pertinente1
pertinente2
plus ou moins pertinente.....3
pas pertinente du tout4
- 18b. La formation vous a-t-elle semblée...
très complète1
complète2
plus ou moins complète3
pas complète du tout4
- 18c. Par la suite, dans votre pratique, la formation vous a-t-elle été...
très utile1
utile2
plus ou moins utile3
pas utile du tout4

18d. Dans l'ensemble, êtes-vous satisfait de cette formation...

- très satisfait 1
- satisfait 2
- plus ou moins satisfait 3
- pas satisfait du tout 4

19. Avez-vous suivi une des **journées de relance** offerte par l'Université Laval sur le traitement du jeu excessif?

- Non 1.. [passer à la question 20]
- Oui 2

19a. Par la suite, dans votre pratique, cette formation vous a-t-elle été...

- très utile 1
- utile 2
- plus ou moins utile 3
- pas utile du tout 4

19b. Dans l'ensemble, êtes-vous satisfait de cette journée de relance?

- très satisfait 1
- satisfait 2
- plus ou moins satisfait 3
- pas satisfait du tout 4

20. Avez-vous utilisé le **service téléphonique** de soutien offert par l'Université Laval?

- Non, je ne le connaissais pas 1.. [passer à la question 21]
- Non, je n'en ai pas eu besoin 2.. [passer à la question 21]
- Oui 3

20a. Combien de fois l'avez-vous utilisé? fois

20b. Ce service téléphonique vous a-t-il été...

- très utile 1
- utile 2
- plus ou moins utile 3
- pas utile du tout 4

20c. Dans l'ensemble, êtes-vous satisfait de ce service...

- très satisfait 1
- satisfait 2
- plus ou moins satisfait 3
- pas satisfait du tout 4

21. Avez-vous participé à l'une ou l'autre des **journées thématiques** organisées par le ministère de la Santé et de Services sociaux et l'Université Laval?

- Non, je ne les connaissais pas 1.. [passer à la question 22]
- Non 2.. [passer à la question 22]
- Oui 3

21a. À laquelle ou auxquelles avez-vous participé [encerclez toutes les réponses qui s'appliquent]...

- doubles problématiques 1
- intervention auprès des proches 2
- troubles de personnalité 3

21b. Dans l'ensemble, êtes-vous satisfait de ces journées thématiques...

- très satisfait 1
- satisfait 2
- plus ou moins satisfait 3
- pas satisfait du tout 4

22. Quelles autres formations spécifiques souhaiteriez-vous qu'on offre aux intervenants?

.....
.....
.....

23. Êtes-vous favorable ou défavorable à l'instauration d'un programme obligatoire de certification des intervenants auprès des joueurs pathologiques?

- Totalement défavorable 1
- Plutôt défavorable 2
- Plutôt favorable 3
- Très favorable 4



Votre approche de traitement

24. À quelle fréquence utilisez-vous les **approches** suivantes?

	<i>Jamais</i>	<i>Occasionnellement</i>	<i>Souvent</i>	<i>Toujours</i>
a. Réalité Thérapie	1	2	3	4
b. Thérapie émotivo-rationnelle	1	2	3	4
c. Approche biopsychosociale	1	2	3	4
d. Thérapie cognitivo-comportementale (Université Laval)	1	2	3	4
e. Thérapies comportementales	1	2	3	4
f. Thérapie conjugale	1	2	3	4
g. Approche psychodynamique	1	2	3	4
h. Douze étapes GA	1	2	3	4
i. Approche systémique	1	2	3	4
j. Autre(s)				
.....				

25. À quelle fréquence utilisez-vous les **techniques** et outils suivants?

a. Analyse des séances de jeu	1	2	3	4
b. Définition du hasard	1	2	3	4
c. Les erreurs de pensée	1	2	3	4
d. Les exercices « À moi de jouer »	1	2	3	4
e. Résolution de problèmes	1	2	3	4
f. Prévention des rechutes	1	2	3	4
g. Relaxation	1	2	3	4
h. Thérapie de groupe	1	2	3	4
i. Gestion du temps libre	1	2	3	4
j. Médiation avec l'employeur	1	2	3	4
k. Médiation avec les créanciers	1	2	3	4
l. Planification financière	1	2	3	4
m. Réinsertion sociale	1	2	3	4
n. Suivi post-traitement	1	2	3	4
o. Autre(s).....				
.....				

26. **Dans votre pratique** auprès des joueurs pathologiques, quel est, selon vous, **l'impact sur le résultat du traitement** des divers éléments suivants?

	<i>Ne s'applique pas</i>	<i>aucun</i>	<i>minime</i>	<i>important</i>	<i>crucial</i>
a. L'accueil	0	1	2	3	4
b. Gestion de crise	0	1	2	3	4
c. Ventilation des émotions et/ou des problèmes	0	1	2	3	4
d. Période d'attente avant le traitement	0	1	2	3	4
e. La relation thérapeutique	0	1	2	3	4
f. La motivation du joueur	0	1	2	3	4
g. L'évaluation des besoins du joueur	0	1	2	3	4
h. Le profil du joueur	0	1	2	3	4
i. L'analyse des séances de jeu	0	1	2	3	4
j. La définition du hasard	0	1	2	3	4
k. Les erreurs de pensée	0	1	2	3	4
l. Les exercices « À moi de jouer »	0	1	2	3	4
m. La prévention des rechutes	0	1	2	3	4
n. Le suivi post-traitement	0	1	2	3	4
o. Les consultations budgétaires	0	1	2	3	4
p. Le soutien du groupe de traitement	0	1	2	3	4
q. Les groupes d'entraide (ex. : GA)	0	1	2	3	4

Vos caractéristiques personnelles

27. De quel sexe êtes-vous?

- Féminin 1
- Masculin 2

28. Quel âge avez-vous?

- Moins de 30 ans 1
- 30 à 39 ans 2
- 40 à 49 ans 3
- 50 à 59 ans 4
- 60 ans et plus 5

Avez-vous des commentaires ou des recommandations à nous formuler

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Merci de votre collaboration

Le questionnaire est confidentiel une fois rempli. Pour le retourner à l'Institut national de santé publique, il suffit d'utiliser l'enveloppe pré-adressée fournie.



Institut national de santé publique du Québec
a/s Marie-Anne Kimpton
945, Avenue Wolfe, 3^e étage
Sainte-Foy (Québec) G1V 5B3

ANNEXE 5
ANALYSE FINE DES RÉSULTATS DU QUESTIONNAIRE

1. Les objectifs du questionnaire

Tel que mentionné dans la section sur la méthodologie, en sus des entrevues en profondeur menées auprès des intervenants, nous avons développé un questionnaire auto-administré destiné à l'ensemble des intervenants œuvrant auprès des organismes du Programme expérimental sur le jeu pathologique. Cette démarche visait des objectifs spécifiques différents de ceux qui ont présidé à la collecte réalisée par entrevue.

Les objectifs spécifiques du questionnaire incluent

- Esquisser le profil personnel des intervenants (sexe, âge, formation, expérience);
- Dégager leur perception de la clientèle concernant la présence de problèmes associés au jeu pathologique;
- Décrire les pratiques d'intervention auprès des joueurs pathologiques;
- Identifier certains problèmes rencontrés dans le traitement des joueurs pathologiques.

Le questionnaire a été conçu et développé autour d'un cadre conceptuel où, à partir d'un même protocole, le traitement effectivement fourni aux clients est tributaire de trois familles de déterminants (figure 1) : les facteurs organisationnels et environnementaux dans lequel s'inscrit le centre de traitement et la pratique des intervenants (région, concertation inter-établissement, orientation thérapeutique, mode de financement, etc.), les caractéristiques de l'intervenant (y incluant le sexe, l'âge, la formation, l'expérience, l'orientation thérapeutique, la charge de travail) et les caractéristiques des clients (gravité du problème, présence de problèmes associés, attentes préalables, objectifs du traitement, etc.).

La suite fait état des principaux résultats obtenus relativement aux objectifs énoncés plus haut. Les analyses sont principalement focalisées sur les intervenants. Plusieurs de ces données auront déjà été rencontrées et contextualisées dans les sections précédentes. Cependant, afin d'alléger le texte, nous avons choisi de présenter les détails de ces résultats dans la présente annexe.

2. Notes méthodologiques

La population visée par le questionnaire est celle des intervenants des organismes participants au Programme expérimental sur le jeu pathologique.

Le questionnaire (dont une copie est incluse au présent rapport) est destinée à la totalité des intervenants qui ont traité des joueurs pathologiques et œuvrant dans l'un ou l'autre des 21 organismes participants au programme expérimental au moment de la distribution des questionnaires.

Une lettre décrivant le but du questionnaire et le processus de collecte de données a été acheminée par l'INSPQ au responsable de l'évaluation du programme expérimental de chacun des organismes concernés. La lettre sollicitait leur collaboration et requérait la transmission du nombre d'intervenants actifs au cours de la dernière année et encore à l'emploi de l'organisme. Sur réponse, un nombre équivalent de questionnaires était acheminé à ces responsables qui prenaient en charge la distribution

des questionnaires auprès des intervenants. Une enveloppe préaffranchie permettait aux répondants de retourner anonymement le questionnaire à l'INSPQ.

La période de collecte de données couvre les mois d'août et de septembre 2003. Tous les organismes ont été relancés afin d'obtenir le plus grand nombre possible de réponses. Ce sont 106 questionnaires qui ont été distribués; 91 questionnaires complétés nous ont été retournés pour un taux de réponse de 85,8 %. Il s'agit d'un excellent taux de réponse pour un questionnaire auto-administré. Il nous est cependant impossible de vérifier si les intervenants qui n'ont pas répondu sont typés au point de biaiser les résultats. Une telle éventualité, sans être exclue, s'avère très improbable.

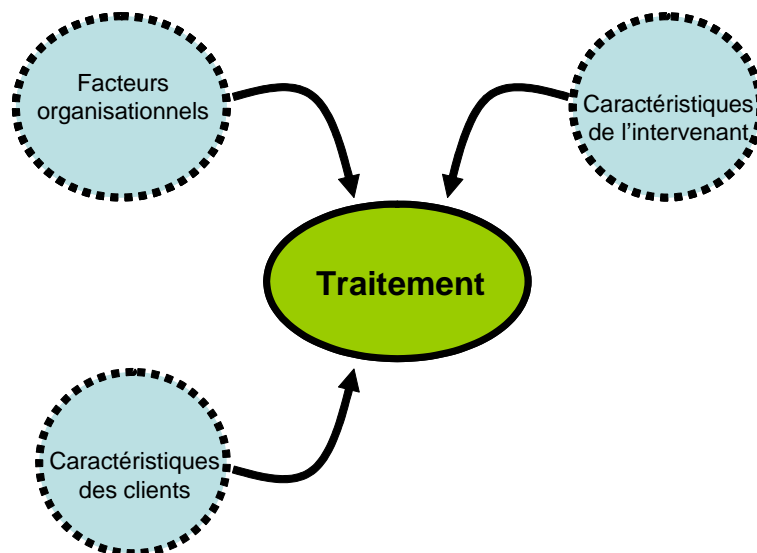
3. Analyse globale

3.1. Un profil des intervenants

Au moment de la collecte de données, 106 intervenants fournissent des services aux joueurs pathologiques dans les 21 organismes du programme expérimental. Le nombre d'intervenants par organisme varie de 1 à 14.

Globalement, les deux tiers (63 %) des intervenants sont de sexe féminin. Le quart (24 %) est âgé de 30 à 39 ans, 38 % ont de 40 à 49 ans et 22 % sont âgés de 50 à 59 ans. Les intervenants de sexe masculin sont plus vieux que les intervenants de sexe féminin.

Figure 1. Déterminants d'un traitement issu d'un protocole unique



La presque totalité (95 %) des intervenants détient un diplôme d'études universitaires et tous ont une formation académique dans un domaine clinique⁷³. Les champs de spécialisation les plus courants sont la toxicomanie (25 % ont obtenu un certificat universitaire de 1^{er} ou de 2^e cycle), le travail social (23 %) et la psychologie (16 %). Une minorité importante des intervenants affiche une formation académique dans plus d'un champ de spécialisation. Le champ de spécialisation ne diffère ni selon le sexe, ni selon l'âge, ni selon la région où pratiquent les intervenants. Aucune différence n'a été décelée quant au champ de formation des intervenants selon que l'organisme dans lequel il travaille offre des services en interne ou en externe. En comparaison avec les établissements⁷⁴, les ressources communautaires comptent une proportion plus grande d'intervenants formés en toxicomanie et une proportion moindre d'intervenants formés en psychologie.

Tableau 1. Distribution des champs de spécialisation (%) – ensemble des intervenants, programme expérimental, 2003

Toxicomanie	24,7
Travail social	22,5
Psychologie	15,7
Criminologie	11,2
Psycho-éducation	6,7
Sexologie	5,6
Autres formations cliniques	5,6
Psychosocial	4,5
Indéterminé	3,4

La plupart des intervenants détiennent un baccalauréat ou un diplôme universitaire de 2^e cycle (74 %). Une minorité considérable (26 %) possède un certificat de 1^{er} cycle ou n'a pas complété d'études universitaires. Le plus haut niveau de formation académique obtenu ne varie pas selon le sexe, ni selon l'âge, ni selon la région. Des différences substantielles sont observées entre les organismes communautaires et les établissements : 96 % des intervenants en établissement détiennent au moins un baccalauréat pour 43 % dans les organismes communautaires. Un même clivage est noté entre les ressources qui fournissent des traitements en interne et celles qui les fournissent en externe; 33 % des intervenants qui traitent en interne ont au moins un baccalauréat pour 80 % des intervenants qui donnent des traitements en externe. La différence entre les ressources fournissant des traitements en interne et celles fournissant des traitements en externe s'explique essentiellement par le fait que la totalité des organismes, au moment de la collecte de données, qui offrent des traitements en interne sont des organismes communautaires.

73 La formation académique représente un indicateur de la formation professionnelle; elle ne mesure pas la qualité d'intervention du thérapeute.

74 Dans le contexte du présent document, les établissements sont les centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes, tant publics que privés, qui participent au programme expérimental sur le jeu pathologique.

Tableau 2. Répartition du plus haut niveau de scolarité obtenu (%) – ensemble des intervenants, programme expérimental, 2003

Diplôme d'études collégiales (DEC)	5,7
Certificat universitaire de 1 ^{er} cycle	20,7
Baccalauréat	44,8
Grade de 2 ^e cycle (certificat ou maîtrise)	28,7

En moyenne, les intervenants travaillent en tant que cliniciens depuis 11,5 ans, la moitié d'entre eux ont au moins 10 ans d'expérience clinique. L'expérience clinique auprès des joueurs est plus réduite et atteint une moyenne de 2,2 années. La moitié des intervenants ont au moins deux ans d'expérience clinique directement auprès des joueurs et 12 % œuvrent auprès de cette clientèle depuis plus de quatre (donc avant l'implantation du programme expérimental sur le jeu pathologique).

3.2. La formation spécifique sur le traitement du jeu pathologique

Le MSSS a implanté un programme de formation des intervenants des organismes mandatés pour traiter les joueurs pathologiques. La formation de base inclut, initialement, trois journées consécutives, suivie d'une journée de relance qui se tient environ trois à six mois plus tard. La journée de relance devrait servir à répondre à des questions sur le traitement qui seraient apparues en traitant des joueurs pathologiques. Le MSSS a aussi prévu un mécanisme de suivi de formation prenant la forme de consultation téléphonique auprès des formateurs.

Ce sont 92 % des intervenants qui ont suivi la formation de trois jours du CQEPTJ. Les intervenants qui ont pris part à cette activité l'ont presque tous trouvée pertinente; près de 4 sur 5 (78 %) l'ont estimée complète; 91 % la perçoivent utile dans leur pratique; et, finalement, 89 % en ont été satisfaits.

Une proportion notablement moindre, 69 %, a participé à la journée de relance; la présence à l'activité de relance s'est avérée considérablement plus élevée chez les intervenants œuvrant dans les établissements (83 %) que chez ceux des organismes communautaires (50 %). La majorité des participants (56 %) ont jugé utile ce complément de formation; environ autant (59 %) sont satisfaits de la relance.

Ce ne sont que 29 % des intervenants qui ont utilisé le service téléphonique; de fait, 12 % des intervenants ont affirmé ne pas connaître l'existence de ce mécanisme. Les intervenants qui ont eu recours au service téléphonique l'ont utilisé en moyenne près de trois fois (2,8 fois). Bien que 72 % des utilisateurs de la ligne aient jugé le service utile ou très utile, le cinquième (21 %) des appelants l'ont considéré tout à fait inutile. C'est environ dans les mêmes proportions que les utilisateurs ont considéré le service satisfaisant (78 %) et totalement insatisfaisant (14 %). Une analyse plus approfondie de ces résultats indique que ce sont les intervenants qui ont le niveau le moins élevé de scolarité qui, le plus, ont estimé satisfaisant ce service.

Pour compléter le portrait de la formation offerte aux cliniciens travaillant auprès des joueurs pathologiques trois journées thématiques ont été organisées. La moitié des intervenants (49 %) a assisté à l'une ou l'autre des trois séances. La participation globale est associée à trois variables :

plus les intervenants ont traité de joueurs, plus ils sont susceptibles d'avoir participé; les intervenants qui n'ont pas une scolarité de niveau baccalauréat ainsi que ceux qui proviennent des régions du Bas-St-Laurent et de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine sont, pour leur part, proportionnellement moins nombreux à s'être prévalus de ces éléments de formation. La participation des intervenants à chacune de ses journées est similaire : 26 % ont assisté à la séance sur les doubles problématiques, 24 % à celle abordant l'intervention auprès des proches et 31 % à celle traitant des troubles de la personnalité. Globalement, les trois quarts des participants sont satisfaits de ces journées thématiques; cependant, une majorité des intervenants fournissant des traitements individuels en externe (53 %) juge insatisfaisants ces éléments de formation.

À la question portant sur les éléments de formation que les intervenants souhaitent obtenir, deux grands thèmes recueillent l'adhésion d'un nombre significatif de cliniciens : ils désirent développer des connaissances concernant des techniques ou des méthodes de traitement autres que l'approche cognitive comportementale et ils veulent aussi étendre leurs capacités à traiter des joueurs qui présentent concurremment d'autres problèmes que celui du jeu pathologique.

Tableau 3. Formation souhaitée (%) – ensemble des intervenants, programme expérimental, 2003

Techniques ou méthodes thérapeutiques des problèmes de jeu (autres que cognitive comportementale)	34,1
Jeu et autres problèmes associés	34,1
Mise à jour ou approfondissement de la thérapie cognitive behaviorale	7,1
Autres clientèles (proches / jeunes)	7,1
Séminaire ou forum de partage avec d'autres intervenants	5,9
Les jeux et leur fonctionnement	4,7
Respect des limites de l'intervenant	3,5
Autres	3,5

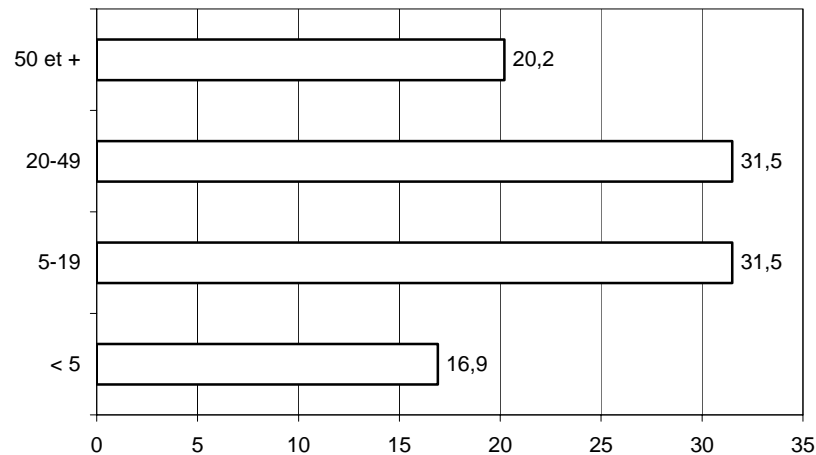
Finalement, nous avons demandé aux intervenants de s'exprimer quant à l'instauration d'un programme obligatoire de certification des intervenants auprès des joueurs pathologiques. Les trois quarts (73 %) de ceux-ci sont favorables à une telle éventualité. Le positionnement des intervenants n'est pas associé à ses caractéristiques personnelles, ni à son milieu de pratique.

3.3. Expérience de travail et charge de travail

Les intervenants ont été interrogés sur le nombre de personnes qu'ils ont traitées au cours des 12 mois qui ont précédé la complétion du questionnaire. Étant donnée la récence de l'implantation du programme de traitement des joueurs pathologiques, le nombre de personnes traitées durant la dernière année peut servir d'estimation de l'expérience effective auprès de cette clientèle.

L'expérience de travail auprès des joueurs pathologiques s'avère, à l'instar de la formation, particulièrement variable selon les intervenants. Au cours des 12 mois qui ont précédé l'administration du questionnaire, 17 % des intervenants ont traité moins de cinq personnes, 32 % en ont vu de 5 à 19, 32 % aussi ont traité de 20 à 49 et, finalement, 20 % ont œuvré auprès de 50 personnes et plus.

Figure 2. Expérience de travail exprimée par le nombre de joueurs traités au cours des 12 mois précédant (%) – ensemble des intervenants, programme expérimental, 2003

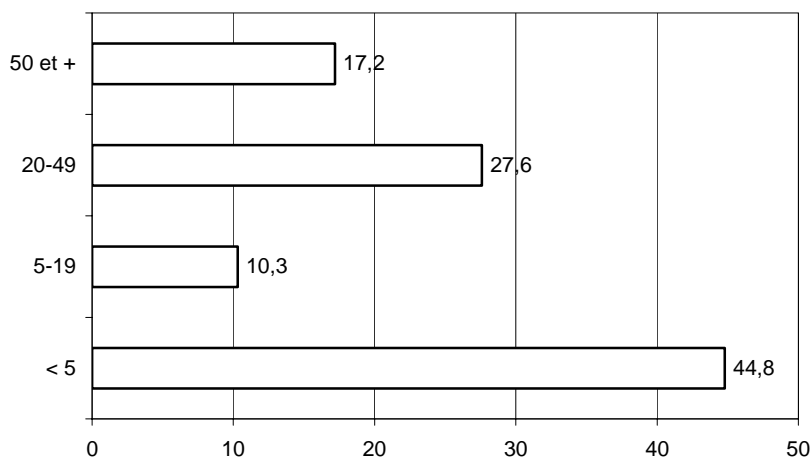


L'expérience de traitement évaluée selon le nombre de joueurs traités ne diffère pas selon le sexe des intervenants, mais les intervenants plus jeunes ont œuvré auprès d'un nombre plus considérable de joueurs pathologiques. Aussi, les intervenants des régions du Bas-St-Laurent et de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine ont traité un nombre significativement moins élevé de personnes, dans ces deux régions aucun intervenant n'a déclaré avoir traité plus de 20 joueurs pathologiques. Cette observation nous apparaît tout à fait cohérente avec l'organisation des services préconisée dans ces régions. Il a été décidé de desservir la clientèle près de leur domicile afin de favoriser l'accessibilité au traitement. Ce faisant, les points de services ont été démultipliés, chaque intervenant conséquemment desservant un bassin de population moins vaste que dans les autres régions plus urbanisées du programme expérimental.

Les multiples facettes de l'organisation des services jouent aussi un rôle dans l'acquisition de l'expérience de traitement. Les intervenants travaillant auprès d'organismes communautaires, d'organismes qui pourvoient des services en externe et plus particulièrement ceux qui fournissent des traitements de groupe ont traité une plus nombreuse clientèle. Les données portant sur l'expérience de travail et l'organisation des services se soutiennent l'une l'autre. Il semble, à sa face, normal que les intervenants travaillant auprès de groupes acquièrent plus rapidement, que ceux qui préconisent le travail individuel ou l'hébergement des joueurs, une expérience plus vaste, ici encore mesurée en termes du nombre de clients traités. Les organismes offrant le traitement de groupe en externe sont tous des organismes communautaires.

La tâche actuelle de travail est directement estimée par une question spécifique. Ici encore, on constate des différences prononcées : 45 % des intervenants voient, au moment de remplir le questionnaire, moins de cinq joueurs pathologiques. Alors que 17 % dénombrent 20 joueurs pathologiques ou plus dans leur charge de travail.

Figure 3. Charge actuelle de travail exprimée par le nombre de joueurs traités (%) – ensemble des intervenants, programme expérimental, 2003



Les intervenants de sexe féminin déclarent une charge de travail significativement supérieure à celle de leurs collègues de sexe masculin. Comme dans le cas de l'expérience, ce sont les plus jeunes qui déclarent la plus lourde charge de travail et les intervenants des régions du Bas-St-Laurent et de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine qui affichent le plus léger fardeau. La charge actuelle de travail est aussi reliée aux contingences de l'organisation des services. On observe que les intervenants fournissant des services en externe ont un « caseload » plus volumineux que ceux qui s'exécutent auprès d'une clientèle hébergée. Mais ce sont les intervenants offrant des services sur une base individuelle chez qui on dénombre la charge de travail la plus considérable; cette donnée est d'ailleurs corroborée par la relation par laquelle ce sont les intervenants des établissements, publics ou privés, qui ont estimé avoir le plus grand nombre de clients au moment de répondre au questionnaire. En d'autres termes, les intervenants qui rapportent avoir actuellement la charge de travail la plus substantielle sont ceux qui ont traité le moins de joueurs durant la dernière année. Comment réconcilier ces données dissonantes? Pour l'instant, nous ne pouvons qu'offrir des conjectures. De telles différences pourraient s'expliquer par une modification importante de la clientèle des organismes de traitement, on peut aussi penser que les intervenants se renouvellent plus rapidement dans les organismes communautaires, on peut suggérer que les procédures de fermeture de dossier varient selon le type de ressource et qu'elles seraient plus « hâtives » ou « précoces » dans le cas des organismes communautaires. Cependant, pour l'instant, aucune donnée recueillie n'était solidement l'une ou l'autre de ces hypothèses ni ne résout ces résultats apparemment contradictoires.

3.4. Description de la clientèle

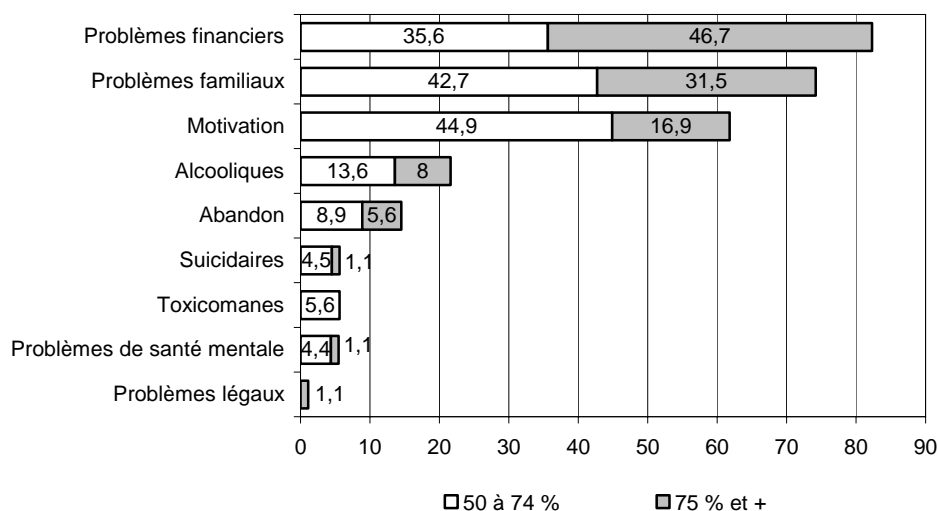
Huit descripteurs ont été retenus pour qualifier la clientèle; pour chacun de ceux-ci, l'intervenant a estimé la proportion de sa clientèle à posséder le trait. Ainsi, la clientèle du programme expérimental est décrite selon la proportion de personnes alcooliques, de personnes toxicomanes, de personnes présentant un grave problème de santé mentale, de personnes suicidaires, de personnes aux prises avec des problèmes financiers importants dus au jeu, des problèmes légaux dus au jeu, des problèmes familiaux dus au jeu, de personnes suffisamment motivées à suivre le traitement et de personnes qui ont abandonné le traitement.

Les estimations obtenues sont disparates pour la plupart des indicateurs. De prime abord, deux tendances lourdes se dégagent : une proportion très élevée de joueurs en traitement qui ont des problèmes financiers importants et la rareté relative des joueurs en traitement qui ont des problèmes légaux. Il ne nous semble pas surprenant que les problèmes financiers soient un attribut quasi incontournable des joueurs pathologiques et les problèmes légaux, particulièrement grave en soi, les plus rares. Les problèmes familiaux ainsi que les problèmes reliés à la consommation d'alcool sont aussi particulièrement prévalents. Les problèmes graves de santé mentale et les personnes suicidaires forment proportionnellement un contingent moins nombreux de la clientèle. Mais le constat le plus significatif demeure cependant relié à la lourdeur de la clientèle. Selon la vision des intervenants, la plupart des personnes en traitement seraient aux prises avec au moins un autre problème sérieux, souvent avec plusieurs.

Tableau 4. Estimation du profil de leur clientèle selon les intervenants (%) – ensemble des intervenants, programme expérimental, 2003

	- de 5 %	5 à 19 %	20 à 49 %	50 à 74 %	75 % et +
Alcooliques	25,0	31,8	21,6	13,6	8,0
Toxicomanes	38,2	33,7	22,5	5,6	0,0
Problèmes santé mentale	43,3	37,8	13,3	4,4	1,1
Suicidaires	39,3	27,0	28,1	4,5	1,1
Problèmes financiers	0,0	0,0	17,8	35,6	46,7
Problèmes légaux	47,2	31,5	20,2	0,0	1,1
Problèmes familiaux	1,1	6,7	18,0	42,7	31,5
Joueur suffisamment motivé	5,6	4,5	28,1	44,9	16,9
Abandon	20,0	25,6	40,0	8,9	5,6

Figure 4. Prévalence de divers problèmes chez les joueurs traités telle qu'estimée par les intervenants (%) – ensemble des intervenants, programme expérimental, 2003



Les intervenants sont nombreux à estimer que les taux d'abandon sont élevés, mais ils sous-estiment néanmoins les taux réels. Il ressort aussi qu'une portion substantielle des joueurs sont motivés à être traités.

Les attributs de la clientèle tels que perçus par les intervenants sont associés à leurs propres caractéristiques personnelles et à certaines caractéristiques institutionnelles. Ainsi, en comparaison avec les intervenants de sexe féminin, les intervenants de sexe masculin estiment qu'une plus grande proportion de leur clientèle est aux prises avec des problèmes légaux. Un tel résultat pourrait peut-être s'expliquer par le fait que les joueurs avec de tels problèmes sont davantage pris en charge par les intervenants de sexe masculin (ce que rien ne nous laisse présumer par ailleurs) ou que l'évaluation des problèmes légaux du joueur est plus fouillée ou approfondie par les intervenants de sexe masculin. En tout état de cause, le seul hasard n'explique pas une telle répartition de la clientèle.

Les intervenants formés en travail social sont proportionnellement plus nombreux que ceux formés dans d'autres champs à trouver que les joueurs sont motivés à être traités. Ceci pourrait s'expliquer, à la rigueur, parce que la formation de travail social inclut davantage de composantes visant la motivation des personnes en traitement ou que le paradigme de traitement est plus fortement axé sur les capacités des personnes traitées que sur leurs lacunes ou leurs insuffisances.

Les intervenants formés en psychologie estiment, relativement aux autres intervenants, moins élevée la proportion de joueurs pathologiques qui ont des problèmes financiers. Ceci serait probablement attribuable à ce que les personnes formées en psychologie s'attardent moins, à l'évaluation, pour une raison qui nous échappe, à documenter les problèmes financiers des joueurs pathologiques.

Moins un intervenant aura de formation académique, plus il estimera élevée la proportion de personnes alcooliques, de personnes toxicomanes et de cas difficiles dans sa clientèle. Il n'est pas clair pour nous si ces constats sont réellement des artefacts de la formation académique ou s'ils ne relèvent pas plutôt de la distribution des intervenants au travers le réseau. Les intervenants qui ont le

moins de formation académique se retrouvent plutôt dans les organismes communautaires; seuls les organismes communautaires offraient des services d'hébergement (pendant la plus grande portion de la période d'expérimentation) et les joueurs pathologiques en hébergement représentent une clientèle particulièrement lourde⁷⁵. Si telle était l'explication à retenir, nous nous trouverions devant un paradoxe par lequel les personnes les moins formées traitent les cas les plus lourds alors que les personnes ayant une formation académique plus poussée s'occupent des cas plus légers!

L'expérience globale de clinicien n'est associée à aucun des descripteurs, mais l'expérience clinique auprès des joueurs pathologiques est reliée à deux de ceux-ci : plus un intervenant aura œuvré longtemps auprès des joueurs plus il estime importante la proportion de toxicomanes dans sa clientèle ainsi que la proportion de personnes motivés à suivre le traitement. Lorsqu'on analyse l'expérience de traitement en termes de nombre de joueurs traités, quatre associations supplémentaires sont discernées : plus un intervenant aura traité de joueurs, plus il est susceptible de juger élevée la proportion de personnes alcooliques, de personnes aux prises avec de graves problèmes de santé mentale; plus aussi il estime considérable la proportion de joueurs motivés à être traités et moins, il observera de cas difficiles dans sa pratique. Ces résultats méritent de s'y attarder.

Plus un thérapeute traite de personnes, plus on peut s'attendre à ce que sa clientèle contienne, par exemple, de personnes alcooliques. Mais d'aucune manière pouvons-nous, *a priori*, comprendre pourquoi la proportion de personnes alcooliques augmenterait avec le nombre de personnes qu'un intervenant a traité. Deux hypothèses explicatives peuvent être avancées. La première, pouvant être un effet de loupe. Les cas les plus lourds seraient les plus notables ou les plus prenant (en temps ou en efforts) pour l'intervenant. Leur visibilité magnifierait donc l'estimation de leur nombre relatif dans la clientèle. La seconde hypothèse serait que ces résultats proviennent d'un effet de sensibilisation. La formation fournie à l'ensemble des intervenants dans le cadre du programme expérimental est basée sur la prévalence très élevée de « joueurs purs » et, conséquemment à une prévalence faible de joueurs affichant des comorbidités. À l'usage, les intervenants se seraient aperçus d'une présence non négligeable sinon substantielle de personnes ayant des problèmes d'alcool ou de santé mentale. Les intervenants, sensibilisés par l'expérience, se seraient alors adaptés et auraient plus souvent ou plus systématiquement exploré la possibilité de la présence de telles conditions.

Il semble plus aisé d'expliquer comment la proportion de cas difficiles diminue avec le nombre de personnes traitées : l'hypothèse la plus plausible nous semble celle par laquelle l'intervenant acquerrait des connaissances et de l'expérience et que, des cas jugés difficiles lorsque l'intervenant commence à traiter des joueurs se transforment peu à peu en occurrences connues sinon normales.

Une dernière association relative à l'expérience des thérapeutes reste à expliquer celle où plus un intervenant a traité de joueurs pathologiques plus son estimation de la proportion de joueurs motivés à suivre le traitement est élevée. Ici encore, selon nous, l'explication la plus probable repose sur l'acquisition de connaissances et d'expériences. Au fil du temps, le clinicien apprendrait donc à reconnaître des aspects de la motivation ou à voir derrière des attitudes du joueur des éléments de motivation qu'il ne percevait pas ou pas autant auparavant.

75 La taille de notre échantillon ne permettant pas une analyse aussi fine des données.

Des variables relatives à l'organisation des services destinés aux joueurs sont aussi associées au profil de la clientèle. En comparaison à leurs collègues des autres régions, les intervenants de Québec et de Chaudière-Appalaches jugent plus élevée la proportion de joueurs motivés dans leur clientèle. Ce constat est probablement à mettre en lien avec la plus grande expérience de traitement des intervenants de cette région ou encore avec le mode régional de fonctionnement qui inclut une instance (la table clinique) pour discuter, débattre et traiter régionalement d'éléments relatifs au traitement des joueurs.

La perception de la clientèle est aussi tributaire des modalités de traitement offertes aux joueurs pathologiques. Ainsi, les intervenants qui fournissent des services à une clientèle hébergée estiment plus élevée la proportion de personnes alcooliques ou toxicomanes et les proportions de personnes qui ont des problèmes légaux, financiers ou familiaux à cause du jeu⁷⁶. Cet état de fait s'explique, pensons-nous, directement par le format de traitement qui permet à l'intervenant de passer plus de temps avec l'usager et, ce faisant, parvenir à mieux cerner son profil. Ces mêmes intervenants indiquent, avec raison, que la proportion de la clientèle qui abandonne le traitement est moindre que pour les clientèles des autres modalités de traitement. Ce sont les intervenants auprès des groupes qui suivent des thérapies en externe que l'évaluation du taux d'abandon est la plus élevée.

4. Le traitement des joueurs pathologiques

La majorité des questions adressées aux intervenants porte sur les traitements destinés aux joueurs. Ces questions ont été regroupées selon trois rubriques : les approches de traitement utilisées, les techniques de traitement appliquées et l'importance de ces éléments sur le résultat du traitement. Les approches de traitements peuvent être succinctement définies comme la théorie à la base de l'intervention ou encore le paradigme thérapeutique à l'intérieur duquel s'inscrit le traitement administré par l'intervenant. Le questionnaire est conçu de telle sorte à documenter l'ensemble des approches qu'un intervenant utilise concurremment, consécutivement ou selon la situation. Les techniques d'intervention sont, pour les fins de nos travaux, les éléments ou les outils spécifiques qu'un intervenant applique dans sa pratique.

4.1. Les approches de traitement

La formation dispensée aux intervenants du programme expérimental s'inscrit résolument à l'intérieur du paradigme cognitivo-comportemental qui s'avère, de manière peu surprenante, l'approche la plus souvent mentionnée (tableau 5 et graphique 4); 87 % des intervenants l'utilisent souvent ou toujours. Ce qui ressort plus clairement encore des données est que rares sont les intervenants qu'on pourrait qualifier « d'uniciste », de tenants d'une seule approche (9 %). En moyenne, un intervenant utilisera souvent ou toujours 3,6 modèles d'intervention. Les autres paradigmes les plus usités sont l'approche biopsychosociale (77 % des intervenants y recourent souvent ou toujours) et le modèle comportemental (72 % des intervenants l'emploient souvent ou toujours). L'approche GA (« Gamblers

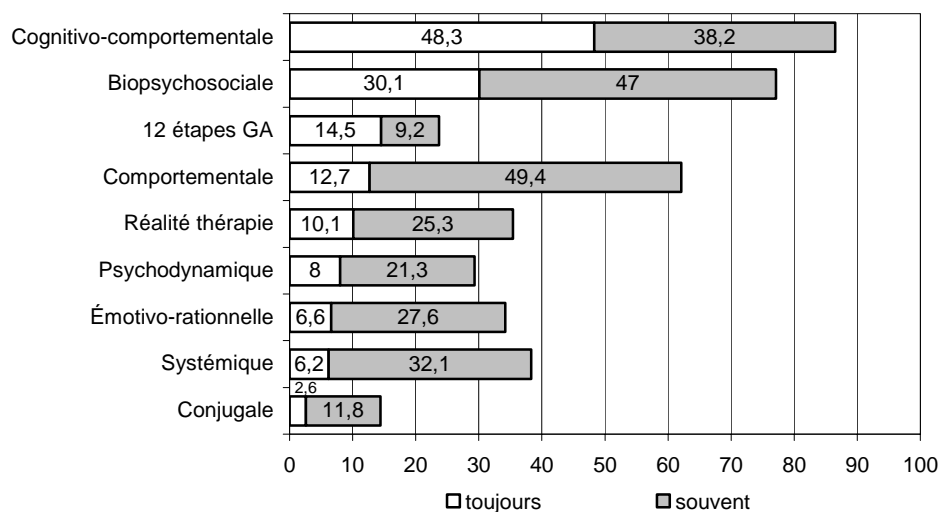
76 De manière concomitante, les intervenants employés par des organismes communautaires sont aussi d'avis que leur clientèle comprend davantage de personnes alcooliques et toxicomanes. Ces mêmes intervenants estiment plus élevée que les intervenants des établissements publics ou privés la proportion de joueurs suicidaires dans leur clientèle.

anonymes ») ainsi que les approches psychodynamiques sont les moins usitées; respectivement 24 % et 29 % font souvent ou toujours appel à ses paradigmes thérapeutiques⁷⁷.

Tableau 5. Fréquence d'utilisation des différentes approches thérapeutiques (%) – ensemble des intervenants, programme expérimental, 2003

	Jamais	Occasionnellement	Souvent	Toujours
Thérapie cognitivo-comportementale (CQEPTJ)	0,0	13,5	38,2	48,3
Thérapie comportementale	12,7	25,3	49,4	12,7
Thérapie émotivo-rationnelle	28,9	36,8	27,6	6,6
Réalité thérapie	34,2	30,4	25,3	10,1
Approche biopsychosociale	6,0	16,9	47,0	30,1
Approche systémique	17,3	44,4	32,1	6,2
Thérapie conjugale	47,4	38,2	11,8	2,6
Approche psychodynamique	50,7	20,0	21,3	8,0
12 étapes GA	59,2	17,1	9,2	14,5

Figure 5. Fréquence d'utilisation des différentes approches thérapeutiques (%) – ensemble des intervenants, programme expérimental, 2003



77 Les intervenants ont été invités à identifier les autres approches auxquelles ils recourent; bien qu'une quinzaine d'approches additionnelles aient été mentionnées, aucune d'elles n'étaient particulièrement répandues parmi l'ensemble des cliniciens.

Les intervenants féminins sont proportionnellement plus nombreux à adopter les approches cognitivo-comportementales et comportementales; les intervenants masculins optent plus souvent pour la thérapie conjugale. L'usage de la thérapie conjugale augmente aussi avec l'âge tout comme c'est le cas pour l'utilisation des 12 étapes des « Gamblers anonymes ». Les 12 étapes sont d'ailleurs favorisées à la fois par les intervenants formés en toxicomanie et par ceux qui ne détiennent pas de baccalauréat. Ces mêmes intervenants, ceux qui n'ont pas de baccalauréat, sont aussi plus susceptibles de privilégier l'approche émotivo-rationnelle. En termes d'expérience et de charge de travail, on observe que les intervenants qui possèdent la plus longue expérience globale de traitement sont relativement plus nombreux à utiliser l'approche biopsychosociale; le nombre d'année de pratique directement auprès des joueurs n'est relié à l'utilisation d'aucune approche particulière; plus un intervenant aura traité de joueurs au cours de la dernière année moins son approche sera orientée vers la réalité thérapie; et, finalement, plus la charge actuelle de travail est élevée, plus les intervenants appuient leur pratique sur le modèle cognitivo-comportemental.

Le type d'approches préconisé par les intervenants est étroitement associé à l'organisation des services offerts aux joueurs. Ainsi, les intervenants travaillant dans les organismes communautaires utilisent plus fréquemment l'approche émotivo-rationnelle, la thérapie conjugale et les 12 étapes des GA que ceux employés par les établissements publics et privés. Le mode d'intervention est aussi associé à la fréquence d'utilisation des approches thérapeutiques : les intervenants qui œuvrent auprès d'une clientèle hébergée sont plus susceptibles d'utiliser davantage la réalité thérapie, l'approche émotivo-rationnelle et les 12 étapes GA; les intervenants qui voient les joueurs en groupe en externe ont plus recours à l'approche cognitivo-comportementale du CQEPTJ; et les intervenants fournissant des services individuels en externe optent davantage pour l'approche psychodynamique⁷⁸. L'hypothèse qui nous semble la plus porteuse pour concilier ces derniers résultats est celle du temps clinique passé directement auprès du joueur traité. Les approches cognitivo-comportementales, en général, sont essentiellement des approches qui visent l'obtention de résultats cliniques à brève ou relativement brève échéance; on y cible un problème précis pour lequel on applique une solution circonscrite excluant les considérants relatifs au développement de ce problème. Les approches psychodynamiques visent plus à résoudre une situation en se basant justement sur les considérants qui ont pu présider à l'apparition et au développement du problème; on verra davantage à investiguer le passé et généralement ce type d'approche requiert plus de temps d'intervention. Finalement, l'approche GA est, pourrait-on dire presque sans boutade, le projet d'une vie; le modèle conceptuel sur lequel repose cette approche préconise que le jeu est un problème chronique incurable qu'on ne peut que contrôler, le cas échéant pour le reste de ses jours; l'approche, donc, est de longue haleine. Or, on observe une corrélation entre les approches utilisées et le temps clinique que chaque mode d'intervention permet. L'hébergement comprend en moyenne beaucoup plus de séances de traitement (individuelle ou de groupe) que les modes de traitement en externe. En externe, le traitement individuel fournit davantage d'espace d'interaction entre un joueur spécifique et l'intervenant que l'approche de groupe. Le traitement de groupe en externe est celui qui, le moins, offre la possibilité à un intervenant de donner de l'attention spécifique à une personne traitée.

78 Dans les sites de Québec/Chaudières-Appalaches et de Bas-St-Laurent/Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, les intervenants utilisent, davantage que dans les autres sites, les approches émotivo-rationnelle et de réalité thérapie; À Québec/Chaudière-Appalaches, les intervenants sont aussi proportionnellement plus nombreux à préconiser la thérapie conjugale. Le fait que l'essentiel des ressources d'hébergement, au moment de l'administration du questionnaire, se trouvent dans le site de Québec/Chaudière-Appalaches n'est certainement pas étrangère à cette relation – c'est d'ailleurs l'hypothèse de travail retenue.

4.2. Les techniques et les outils d'intervention

Les techniques ou les outils d'intervention sont à regrouper selon quatre catégories. Le traitement cognitivo-comportemental du CQEPTJ sera, pour les besoins de nos analyses, scindé en deux parties, celle spécifique au jeu pathologique : analyse des séances de jeu, définition du hasard, erreurs de pensée et les exercices « À moi de jouer »;) et celle, plus générale, aussi utilisées plus largement dans le traitement des addictions : résolution de problème, gestion du temps libre, prévention des rechutes et suivi. La troisième catégorie retenue est celle des autres techniques fréquemment implantées localement ou à l'ensemble du programme expérimental mais après sa mise en place initiale : relaxation, thérapie de groupe, médiation avec l'employeur, médiation avec les créanciers, planification financière et réinsertion sociale. La dernière catégorie est celle des activités qui relèvent essentiellement d'initiatives locales.

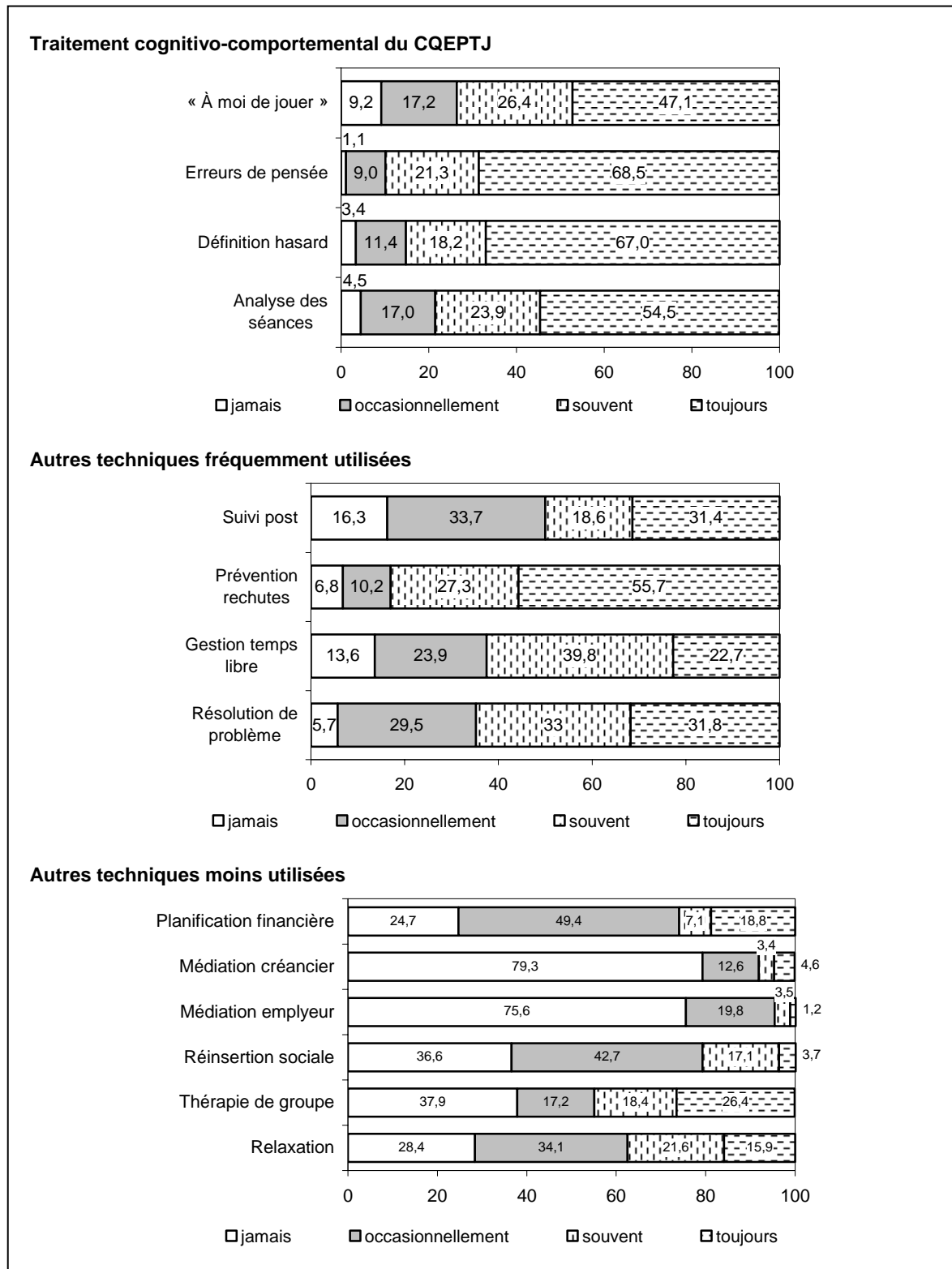
Donc, au chapitre des techniques ou des outils thérapeutiques utilisés, nous observons ici encore des fréquences d'utilisation disparates. Quatre techniques ou outils sont souvent ou toujours utilisés par au moins 75 % des intervenants (tableau 6 et graphiques 5) : trois d'entre elles proviennent de la portion spécifique du traitement du CQEPTJ : les erreurs de pensée (90 % des intervenants), la définition du hasard (85 %) et l'analyse des séances de jeu (83 %); l'autre outil le plus utilisé concerne la prévention des rechutes (83 %). De manière générale ce sont les techniques, générales et spécifiques, du traitement du CQEPTJ qui sont les plus fréquemment utilisées.

Peu d'intervenants ont identifié des techniques ou des outils supplémentaires, on notera cependant au passage que plusieurs éléments font référence à la communication. À cause de leur importance dans le programme ou dans le discours des intervenants, deux autres réponses attirent aussi notre attention : nous n'observons qu'une seule mention portant sur le « travail sur la motivation » et une seule aussi pour « accompagnement ou référence dans autres ressources ». Évidemment, sur le plan statistique, la singularité de ces réponses est insignifiante; mais, sur le plan analytique elle impose des questionnements. Eu égard à la motivation : y a-t-il un nombre négligeable d'intervenants qui tentent d'agir sur la motivation de leurs clients?, est-ce que les intervenants n'ont pas cru bon indiquer qu'ils appliquaient des techniques pour agir sur la motivation?, ou encore, est-ce que les intervenants intègrent ces pratiques à l'intérieur d'autres techniques ou interventions et ne les considèrent donc pas isolément ou séparément? En ce qui a trait aux accompagnements et aux références, les données provenant des dossiers cliniques des joueurs traités montrent que ces actions ne sont pas rares; l'hypothèse la plus plausible pour expliquer l'absence, dans les réponses des intervenants, de ce type de démarches est que les cliniciens n'associent pas l'accompagnement et la référence à une forme ou une phase de traitement, la définissant peut-être comme du travail administratif ou des soins indirects.

**Tableau 6. Fréquence d'utilisation des différentes techniques et outils thérapeutiques (%)
– ensemble des intervenants, programme expérimental, 2003**

	Jamais	Occasionnellement	Souvent	Toujours
Traitement du CQEPTJ – spécifique au jeu				
Analyse des séances de jeu	4,5	17,0	23,9	54,5
Définition du hasard	3,4	11,4	18,2	67,0
Erreurs de pensée	1,1	9,0	21,3	68,5
Exercices « À moi de jouer »	9,2	17,2	26,4	47,1
Traitement du CQEPTJ – général				
Résolution de problème	5,7	29,5	33,0	31,8
Gestion du temps libre	13,6	23,9	39,8	22,7
Prévention des rechutes	6,8	10,2	27,3	55,7
Suivi post-traitement	16,3	33,7	18,6	31,4
Initiatives post-implantations ou locales				
Relaxation	28,4	34,1	21,6	15,9
Thérapie de groupe	37,9	17,2	18,4	26,4
Réinsertion sociale	36,6	42,7	17,1	3,7
Médiation avec l'employeur	75,6	19,8	3,5	1,2
Médiation avec les créanciers	79,3	12,6	3,4	4,6
Planification financière	24,7	49,4	7,1	18,8

Figure 6. Fréquence d'utilisation des différentes techniques et outils thérapeutiques (%) – ensemble des intervenants, programme expérimental, 2003



La fréquence d'utilisation des différentes techniques varie peu selon les caractéristiques des intervenants. Seule l'emploi des techniques de relaxation affiche des variations : les thérapeutes masculins, ceux les plus âgés et ceux qui ne détiennent pas de diplôme universitaire du niveau du baccalauréat utilisent davantage cet outil. L'expérience globale des intervenants n'est pas associée à l'utilisation des diverses techniques et l'expérience auprès des joueurs pathologiques n'est reliée qu'au suivi post-traitement : ceux qui travaillent depuis le plus longtemps auprès des joueurs font des suivis auprès d'une portion plus élevée des joueurs. La seule association avec le nombre de joueurs traités au cours de la dernière année est que plus le nombre de clients traités augmente, plus fréquemment les intervenants utilisent des techniques de gestion du temps libre. Nous n'observons aucune relation de la fréquence d'utilisation des traitements avec la charge actuelle de travail.

L'utilisation des différentes techniques s'avère largement tributaire de l'organisation des services offerts aux joueurs. La définition du hasard est plus fréquemment utilisée par les intervenants des établissements publics et privés et plus particulièrement là où sont offerts des traitements individuels en externe. Les erreurs de pensée de même que les exercices « À moi de jouer » sont significativement plus usités dans les services externes (autant lorsqu'il s'agit de traitements externes fournis en groupe ou individuellement. Il existe donc une variation significative de l'utilisation des éléments spécifiques du traitement du CQEPTJ selon les différentes modalités d'organisation des services. Ces disparités s'avèrent beaucoup moins nombreuses à l'étude de la portion plus générale du même traitement. Parmi les activités relatives à la résolution de problème, la gestion du temps libre, le suivi post-traitement et la prévention des rechutes, seule cette dernière varie : les intervenants des établissements publics et privés affirment utiliser des techniques de prévention des rechutes plus souvent que ne le font les intervenants des organismes communautaires. En d'autres termes, ces pratiques sont fréquemment utilisées et l'organisation des services ne représente pas un facteur déterminant de cette utilisation. Les initiatives implantées après l'initiation du programme ou plus localement sont, elles, appliquées plus variablement selon les modalités organisationnelles : les organismes communautaires (par opposé aux établissements publics ou privés), plus spécifiquement ceux fournissant des services en interne (en comparaison avec ceux en fournissant en externe) utilisent plus fréquemment des techniques de relaxation, les techniques de planification financières et la médiation avec les employeurs). Selon les intervenants, l'utilisation de la thérapie de groupe est aussi particulièrement répandue dans les services internes et dans le site de Québec/Chaudière-Appalaches.

4.3. L'importance des techniques et outils sur l'issue du traitement

Après avoir discuté des approches les plus fréquemment usitées et des traitements et outils les plus souvent appliqués, la troisième portion des questions portant sur les services fournis aux joueurs aborde, toujours selon la perspective des intervenants, l'impact des divers éléments thérapeutiques sur le résultat du traitement.

Six éléments du traitement sont jugés importants ou cruciaux par au moins 95 %, la presque totalité, des intervenants (tableau 7 et graphique 6) : la totalité (100 %) des intervenants estiment importante ou cruciale dans l'issue du traitement la ventilation des émotions, les cinq autres principaux outils thérapeutiques sont la relation thérapeutique, l'accueil, les erreurs de pensée, la motivation du joueur et l'évaluation des besoins.

En moyenne les intervenants utilisent, souvent ou très souvent, sept (7,0) techniques thérapeutiques et en considèrent six (6,1) cruciales dans le traitement.

Afin de mieux préciser nos analyses, nous porterons davantage attention aux facettes cruciales du traitement. L'élément essentiel par excellence est la relation thérapeutique entre l'intervenant et le joueur, plus des deux tiers (69 %) des intervenants abondent en ce sens. Mais ce qui ressort clairement du discours des thérapeutes c'est que les éléments antérieurs au traitement ou réalisées en tout début de traitement sont les plus déterminants. Ainsi, parmi les principaux éléments cruciaux, on retrouve l'accueil (65 %), la motivation du joueur (54 %), la ventilation des émotions (49 %), la gestion de crise (45 %) et l'évaluation des besoins (42 %). Un seul élément du traitement spécifique au jeu du CQEPTJ se trouve parmi les éléments cruciaux les plus souvent mentionnés : 63 % des intervenants soutiennent que l'outil des erreurs de pensée est crucial. Six aspects du traitement sont prépondérants pour moins du quart des intervenants : la consultation budgétaire (15 %), le profil du joueur (16 %), l'exercice « À moi de jouer » (21 %), le suivi postérieur au traitement (23 %) et l'analyse d'une séance de jeu (23 %).

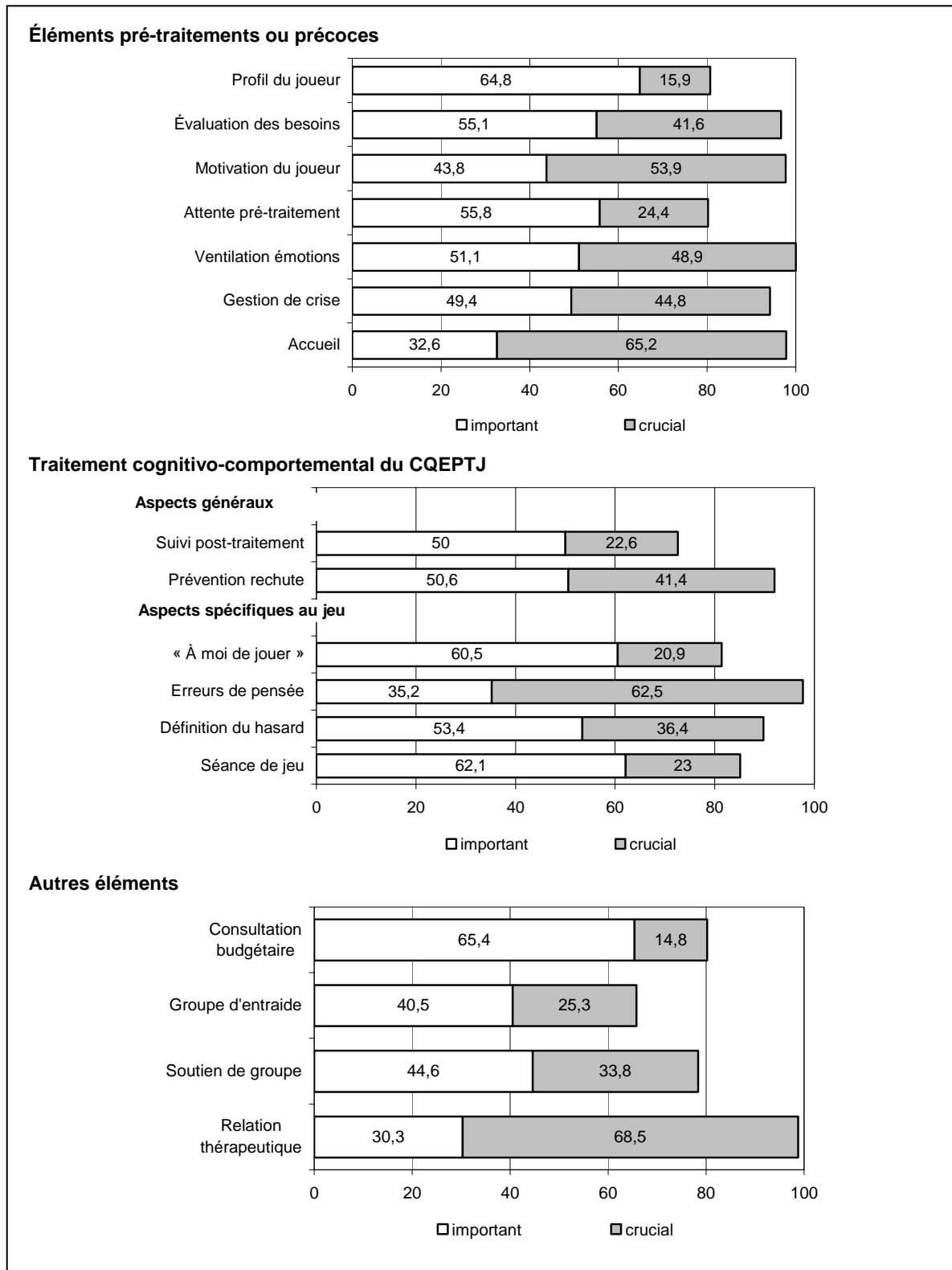
Tableau 7. Impact sur le résultat du traitement des différentes techniques et outils thérapeutiques (%) – ensemble des intervenants, programme expérimental, 2003

	Aucun	Minime	Important	Crucial
Éléments pré-traitements ou précoces				
Accueil	0,0	2,2	32,6	65,2
Gestion de crise	1,1	4,6	49,4	44,8
Ventilation émotions	0,0	0,0	51,1	48,9
Attente pré-traitement	3,5	16,3	55,8	24,4
Motivation du joueur	0,0	2,2	43,8	53,9
Évaluation des besoins	1,1	2,2	55,1	41,6
Profil du joueur	2,3	17,0	64,8	15,9
Traitement du CQEPTJ – spécifique au jeu				
Analyse séance de jeu	0,0	14,9	62,1	23,0
Définition hasard	1,1	9,1	53,4	36,4
Erreurs de pensée	0,0	2,3	35,2	62,5
« À moi de jouer »	2,3	16,3	60,5	20,9
Traitement du CQEPTJ – général				
Prévention rechute	1,1	6,9	50,6	41,4
Suivi post-traitement	6,0	21,4	50,0	22,6
Autres éléments				
Relation thérapeutique	0,0	1,1	30,3	68,5
Soutien du groupe	1,4	20,3	44,6	33,8
Groupe entraide	1,3	32,9	40,5	25,3
Consultation budgétaire	2,5	17,3	65,4	14,8

Quatre constats retiennent particulièrement notre attention. Premièrement, la principale composante ayant un impact sur l'issue du traitement est la relation thérapeutique. Il s'agit ici d'une conclusion congruente avec ce qui est généralement admis pour l'ensemble des traitements des problèmes psychosociaux. Il ne faut d'aucune manière minimiser ce résultat qui indique la place décisive du savoir-faire des intervenants ainsi que la place qu'occupe la personne traitée dans le résultat du traitement. Deuxièmement, les interfaces préalables au traitement ainsi que celles initiales de la prise en charge représentent collectivement la pierre d'assise, le fondement, de la réussite du traitement. Ces interfaces incluent autant des facettes spécifiques au joueur (la motivation, sur laquelle les intervenants pourront ou non agir), structurelles (comme l'accueil, en partie indépendante du joueur et de l'intervenant⁷⁹) et des thérapeutes (leur capacité à laisser le joueur ventiler ses émotions et de gérer les crises immédiates de celui-ci). Bref, il s'agit de bien préparer le terreau permettant le développement de la thérapie. Troisièmement, les modalités de traitement spécifiques au jeu apparaissent secondaires aux intervenants. Quatrièmement, les attentes des joueurs antérieures au traitement ainsi que le suivi des joueurs postérieur à leur traitement participent peu de l'issue du traitement. Eu égard aux attentes des joueurs, la position générale des intervenants divergent de celle obtenu auprès des joueurs; Geoffrion et ses collègues (2003) ont bien montré que les attentes des joueurs doivent être gérées à défaut de quoi ceux-ci seront plus susceptibles d'abandonner le traitement. En ce qui a trait au suivi des joueurs après le traitement, les avis sont clairement contradictoires : les intervenants y confèrent peu d'importance, les joueurs affirment qu'il s'agit d'une phase primordiale pour le maintien des acquis thérapeutique et les directeurs généraux et les directeurs cliniques soutiennent une position semblable à celle des joueurs.

79 Dans une autre portion des travaux d'évaluation du programme expérimental par l'INSPQ, l'importance de l'accueil ressort clairement et abondamment des entrevues avec les directeurs généraux et les directeurs cliniques des organismes traitant. Il s'agit probablement de l'élément que les sites ont le plus développé localement ou régionalement (Allard et al. 2003 et 2004).

Figure 7. Impact sur le résultat du traitement des différentes techniques et outils thérapeutiques (%) – ensemble des intervenants, programme expérimental, 2003



Le point de vue des intervenants sur le caractère crucial des divers éléments du traitement varie peu selon les caractéristiques des intervenants. Les femmes estiment plus grand l'impact des séances de jeu que les hommes. Les thérapeutes âgés de 50 ans et plus affirment, plus que les autres, l'importance des groupes d'entraide. Les psychologues sont les professionnels qui jugent le moins important le suivi post-traitement; alors que les thérapeutes formés en toxicomanie pensent, pour leur part, que le groupe d'entraide (là où il est utilisé) est moins déterminant dans l'issue du traitement. La motivation du joueur s'avère moins décisive pour les thérapeutes qui possèdent un diplôme universitaire de 2^e cycle; l'importance de deux autres éléments diminue d'ailleurs avec l'augmentation de la scolarité : l'exercice « À moi de jouer » et les groupes d'entraide. L'expérience globale du thérapeute ainsi que son expérience spécifique auprès des joueurs, mesurées en année de pratique, ne sont pas associées aux éléments d'importance dans l'issue du traitement. L'expérience des thérapeutes mesurée par le nombre de joueurs traités dans les 12 derniers ainsi que par la charge actuelle de travail montrent quelques associations avec les variables d'impact sur le traitement. Ces associations sont difficiles à interpréter parce que les relations ne sont pas linéaires.

Certains aspects de l'organisation des services destinés aux joueurs pathologiques sont aussi associés aux variables d'impact sur le résultat du traitement. Les intervenants œuvrant dans des organismes qui fournissent des services en externe (autant de groupe qu'individuel) estiment plus importants que les autres intervenants la motivation des joueurs. Les autres relations concernent des techniques thérapeutiques qui, dans l'ensemble, sont jugées moins essentielles par les intervenants. Les thérapeutes qui travaillent dans des organismes fournissant des services d'hébergement considèrent le suivi plus important que les autres intervenants. Par rapport aux autres intervenants, ceux qui officient dans les services externes offerts sur une base individuelle pensent que les groupes de soutien sont moins déterminants dans le résultat. Les intervenants des ressources communautaires sont davantage sensibles à l'importance du suivi post-traitement, du soutien de groupe et des groupes d'entraide. Nous n'observons pas de relation entre l'importance des diverses techniques de traitement et la région dans laquelle les intervenants travaillent.

5. Conclusion

Force est tout d'abord de constater l'hétérogénéité des intervenants. Les deux tiers sont des femmes. La répartition des intervenants selon l'âge montre une grande diversité. Ils sont cependant expérimentés avec une moyenne de plus de 10 ans de travail clinique à leur actif. Les thérapeutes affichent plusieurs profils de formation : le champ de formation et la durée de formation sont particulièrement variables. Ces variations ne sont cependant pas aléatoires. Le personnel des établissements détient, à plus de 95 % un grade universitaire de premier cycle (comme la loi le prévoit désormais); le personnel des organismes communautaires s'avère moins scolarisé, plus de la moitié ne possède pas un tel grade. Les organismes communautaires dénombrent, relativement aux établissements, une proportion supérieure d'intervenants formés dans les domaines de la toxicomanie et du travail social et une proportion moindre de personnel formé en psychologie. Ces éléments nous semblent déterminant pour expliquer les différences dont nous traiterons plus loin.

Les intervenants des établissements se distinguent notablement de ceux des organismes communautaires au chapitre de la formation.

Eu égard à la formation spécifique sur le jeu, nous notons principalement que la plupart des intervenants ont commencé à traiter les personnes atteintes de jeu pathologique avec l'avènement du Programme expérimental. 92 % des intervenants ont suivi la formation du CQEPT; la plupart l'ont trouvé pertinente, utile dans leur pratique et en ont été satisfaits; une proportion significative l'ont estimé incomplète. La journée de relance n'a rejoint que 69 % des intervenants, surtout ceux qui œuvrent en établissement. L'utilité de cette activité et la satisfaction des thérapeutes à son égard sont faibles, ne recueillant l'assentiment que de moins de 60 % des participants. Peu de cliniciens ont fait appel à la ligne téléphonique mise sur pied pour répondre à leurs interrogations et bien que 78 % des utilisateurs ont jugé le service satisfaisant, 14 % l'ont qualifié de totalement insatisfaisant. Finalement, en ce qui concerne les journées thématiques, nous retenons que les intervenants trouvent le principe fort intéressant. Seulement la moitié des intervenants ont assisté à ces compléments de formation (le personnel des régions excentriques moins que les autres) et le taux de satisfaction quant au contenu est faible.

Par rapport à la formation spécifique au jeu qu'ils ont reçu, les intervenants se montrent généralement contents de la formation initiale de base.

Un nombre appréciable l'ont trouvé incomplète.

La relance, l'aide en ligne et les journées thématiques ne rencontrent pas suffisamment les attentes des thérapeutes.

Projectivement, les intervenants souhaitent davantage de formation pour les aider à traiter les cas qu'ils estiment difficiles (joueurs avec problèmes associés reliés à la consommation d'alcool ou à la toxicomanie).

Les intervenants affirment être ouverts à un programme de certification standardisé pour les thérapeutes de jeu pathologique.

Toujours selon la perspective des intervenants, la clientèle s'avère aussi fort disparate. Les problèmes financiers et familiaux sont les plus fréquents, mais deux constats majeurs doivent être tirés : la clientèle est lourde, la majorité des joueurs en traitement cumule plusieurs problèmes. La clientèle traitée en interne s'avère plus lourde que celle soignée en externe. Ce qui constitue une incongruité dans la mesure où cette clientèle sera plus souvent traitée par les cliniciens avec le moins de formation académique. Le champ de formation est associé à la description de la clientèle.

L'expérience clinique auprès des joueurs détermine aussi, dans une certaine mesure la vision qu'un thérapeute développe de sa clientèle. Ainsi, plus les cliniciens ont traité de joueurs moins ils estiment élevée la proportion de cas difficiles, de joueurs insuffisamment motivés et plus ils déclarent suivre leur clientèle « après le traitement ».

La clientèle est lourde et, le plus souvent, les joueurs sont aux prises avec des problèmes associés.

La clientèle traitée en interne est plus lourde que celle traitée en externe.

La clientèle la plus lourde est plus souvent traitée par les thérapeutes avec le moins de formation académique.

Les traitements offerts aux joueurs sont multiples et dépendent d'une série de contingences d'inégales importances. Ainsi, tant les approches de traitement, que les techniques utilisées et les éléments de la thérapie jugés primordiaux dans l'atteinte des résultats du traitement varient selon des facteurs organisationnels (régionaux ou localement dans les centres de traitement particuliers), des facteurs propres aux intervenants (leur formation, leur expérience clinique, leur sexe, par exemples) et de facteurs associés à la clientèle (motivation, présence de problèmes associés, etc.).

Les approches les plus souvent usitées sont celles cognitivo-comportementale du CQEPTJ, l'approche biopsychosociale et l'approche comportementale. On observe des modulations substantielles selon le type de traitement offert : l'approche cognitivo-comportementale du CQEPTJ est davantage utilisée dans les traitements de groupe en externe; les joueurs qui sont traités individuellement en externe se verront plus souvent offrir une approche psychodynamique; la clientèle hébergée sera plus fréquemment l'objet d'approche émotivo-rationnelle, de réalité thérapie et des 12 étapes GA. Les intervenants déclarent utiliser plusieurs approches thérapeutiques, plus de trois en moyenne, il demeure incertain si ces approches sont utilisées systématiquement pour tous les joueurs ou si une discrimination s'exerce selon les besoins de ceux-ci. Les approches utilisées peuvent refléter les orientations des centres de traitement ou les préférences des cliniciens.

Les approches principalement utilisées varient selon que le traitement est offert en interne ou en externe; elles différeront selon la modalité de traitement en externe, individuelle ou de groupe.

Les intervenants adoptent plusieurs approches de traitement.

En moyenne, les intervenants utilisent, souvent ou très souvent, sept techniques thérapeutiques. Ce sont les techniques du traitement cognitivo-comportemental du CQEPTJ spécifiques au jeu qui sont utilisées le plus couramment. Quatre autres techniques, souvent appliquées dans le traitement des toxicomanes mais toutefois prévues au protocole, sont aussi très largement utilisées : la prévention des rechutes. La résolution de problème, le suivi « post-traitement » et la gestion du temps libre.

Selon les données du questionnaire aux intervieweurs, deux techniques ne sont pratiquement pas utilisées alors que les données recueillies au dossier des clients montrent qu'elles le sont fréquemment; ce sont les activités relatives à la motivation du client et l'accompagnement ou la référence vers d'autres ressources. Il est possible que les intervenants intègrent ces dernières activités à d'autres catégories de services offerts. L'utilisation de certaines techniques varient selon les caractéristiques des thérapeutes; mais, somme toute, les variations sont peu prononcées. Les techniques et les outils d'intervention appliqués aux joueurs changent cependant de manière marquée selon les variables relatives à l'organisation des services : services fournis par des établissements ou des organismes communautaires et services offerts en interne ou en externe. Des analyses plus approfondies montrent qu'il existe deux groupes principaux d'intervenants : ceux qui se restreignent essentiellement aux éléments du protocole de traitement du Programme expérimental et ceux qui utilisent principalement, voir systématiquement, des techniques orientées vers la réinsertion du client dans son milieu.

Les intervenants utilisent plusieurs techniques thérapeutiques; celles prévues au protocole de traitement du Programme expérimental sont les plus usitées.

Les pratiques varient particulièrement selon les modalités organisationnelles respectives des centres de traitements.

Nous observons deux groupes principaux d'intervenants : ceux qui optent pour une application plus stricte du protocole de traitement et ceux qui optent principalement pour l'utilisation de techniques associées à la réinsertion des joueurs dans leur milieu.

Toujours selon les intervenants, le résultat du traitement repose sur une moyenne de six éléments cruciaux. Les principaux déterminants du résultat du traitement se regroupent autour des éléments « précoces » du traitement mais surtout de la qualité de la relation thérapeutique. Les éléments spécifiquement relatifs au jeu sont jugés de moindre importance quant à l'issue du traitement. De fait, il existe deux principaux groupes d'intervenants : l'un, plus nombreux, estime que les seuls éléments cruciaux du traitement se concentrent autour de la relation thérapeutique et des actions commises en début de traitement; l'autre groupe, moins nombreux, pense que les résultats du traitement reposent principalement sur les éléments spécifiques au jeu du traitement cognitivo-comportemental du CQEPTJ. Les attentes des joueurs, selon les cliniciens, n'interviennent essentiellement pas dans le résultat du traitement. Les caractéristiques des intervenants ainsi que les variables organisationnelles sont peu associées à la définition des éléments cruciaux du traitement.

Les éléments les plus déterminants dans l'issue du traitement gravitent autour de la qualité de la relation thérapeutique et des interventions précoces.

Les éléments d'intervention spécifiques au jeu sont secondaires.

Deux principales « factions » coexistent : ceux qui estiment prépondérants les éléments relationnels avec l'utilisateur et ceux qui évoquent plutôt l'importance des éléments spécifiques au jeu.

Les fondements de l'intervention thérapeutique demeurent inchangés quelle que soit la composition de la clientèle.

Nos résultats montrent bien comment et jusqu'à quel point les variables organisationnelles orientent et modulent les services et les traitements offerts. Des recherches ultérieures devront cependant tenter d'approfondir davantage comment les intervenants circonscrivent et déterminent leurs approches thérapeutiques.

ANNEXE 6
LISTE ET CARACTÉRISTIQUES DES CENTRES DE TRAITEMENT

Centres de traitement	Ressource	Type de services Alcoolisme- toxicomanies	Type de services jeu pathologique	Points de services / jeu
Site-pilote Montréal-Laval-Montérégie				
Centre Dollard-Cormier	Publique	En externe	En externe	2
Maison Jean Lapointe	Privée	Avec hébergement	En externe	1
Orientation Praxis	Communautaire	En externe	En externe	1
Service à la famille chinoise Mtl	Communautaire	En externe	En externe	1
Maisonnée de Laval	Communautaire	Avec hébergement	En externe	1
Centre CAFAT	Communautaire	En externe	En externe	1
Centre Le Maillon	Publique	Avec hébergement	En externe	1
Pavillon Foster	Publique	En externe	En externe	1
Centre Le Virage	Publique	En externe	En externe	1
Maison L'Alcôve	Communautaire	Avec hébergement	En externe	1
La Margelle	Communautaire	Avec hébergement	En externe	1
L'As de cœur	Communautaire	En externe	En externe	1
Centre Sino-Québec de la Rive Sud	Communautaire	En externe	En externe	1
Site pilote Québec /Chaudière/Appalaches				
Centre Ubald-Villeneuve	Publique	Avec hébergement	En externe	5
Maison Au seuil de l'Harmonie	Communautaire	Avec hébergement	Avec hébergement	1
Centre Casa	Communautaire	Avec hébergement	Avec hébergement	1
Centre Alto	Publique	En externe	En externe	12
Maison Claude Bilodeau	Communautaire	Aucun	Avec hébergement	1
Site-pilote Bas Saint-Laurent-Gaspésie/Îles-de-la-Madeleine				
L'Estran	Publique	En externe	En externe	11
Centre Domrémy du KRTB	Communautaire	Avec hébergement	Avec hébergement	1
Centre de réadaptation L'Escale	Publique	Avec hébergement	En externe	6
Pavillon Chaleurs	Communautaire	En externe	En externe	1
Site-pilote Outaouais				
Centre Jellinek	Publique	En externe	En externe	6

ANNEXE 7
AMÉNAGEMENTS GÉNÉRAUX RELATIFS AU JEU
(USAGERS ET INTERVENANTS)

Tableau 8. Aménagements généraux relatifs au jeu et à son traitement

Usagers	Intervenants
Aménagements généraux et réseau	
- Plus de services en région	- Plus de services pour clientèle lourde en région
	- Ouverture de lits en région dans les services de toxicomanie existants
- Ligne téléphonique avec intervenant 24/7	- Site Internet centralisé sur le jeu (avec collaboration des intervenants)
- Possibilité d'intervention professionnelle de crise à domicile	
- Meilleur réseautage avec les CLSC	- Partenariat, réseautage, synergie avec autres ressources en santé
	- Partenariat, réseautage, synergie avec autres centre de traitement : rencontres ponctuelles
	- Au moins 2 intervenants « jeu » dans une équipe
	- Système de références facilitées, concertation accrue entre médecins, psy et intervenants
	- Bureau et téléphoniste (plutôt que répondeur)
	- Plus de disponibilité
	- Plus d'espace
	- Plus d'argent, meilleure répartition entre les centres
	- Services complets pour les joueurs
	- Services pour les jeunes
	- Services pour les aînés
	- Services pour les proches
- Plus d'information sur les services offerts (joueurs et proches)	- Autonomie et budget de promotion des services locaux
Avant le traitement	
- Moins de délais d'attente de traitement	- Diminution des listes d'attente
	- Accès à l'histoire médicale et thérapeutique de l'utilisateur
	- Protocole clair de référence pour évaluation psychiatrique
Pendant le traitement	
- Moins d'exercices écrits	- Moins d'exercices écrits
	- Plus de rencontres individuelles dans le cadre de services d'orientation de groupe
	- Possibilité de référer à l'interne des personnes qui n'ont pas de double problématique
- Prolongement de la durée (peu importe la durée du traitement suivi)	- Plus de temps à accorder aux usagers
	- Pas de limite de 15 rencontres
	- Service individualisé
- Raccourcissement de la durée (peu importe la durée du traitement suivi)	
- Préférence pour le groupe et non l'individuel (en région, surtout)	- Nécessité de groupes homogènes
- Préférence pour l'individuel	- Plus de services en individuels
- Préférence pour des groupes de joueurs seulement	
- Besoin d'intervenants qualifiés, crédibles, présents, sérieux, solides, qui ont du nerf, de l'expérience et des réponses...	
- Possibilité d'inviter des proches aux réunions (en l'occurrence, son patron)	- Services pour l'entourage

Usagers	Intervenants
- Plus de contenu portant sur la motivation	- Redistribution et enrichissement des activités sur la motivation
- Plus de contenu portant sur les facteurs familiaux, économiques, culturels	- Aller plus en profondeur, aller dans le milieu du joueur
- Matériel d'information plus résumé, distinct selon les dépendances	- Simplifier l'évaluation, les outils diagnostiques
- Gratuité ou baisse des frais pour les thérapies internes	- Gratuité des services
- Système d'autoexclusion efficace	
- Diversifier les services	- Offrir une semaine intensive en interne (dans centre externe) - Offrir une fin de semaine intensive de couple (dans centre externe)
- Faire payer la thérapie par les assurances (privées ou assurance maladie)	
- Visite avec le thérapeute au casino	
Après le traitement	
- Disponibilité d'aide pour les rechutes	- « Relances » pour les joueurs
- Importance de garder le contact, un suivi, des liens...	- Suivis plus rapprochés
- Suivi post thérapeutique d'un an payé par le gouvernement	
- Disponibilités d'arrangements financiers	- Conseiller financier bénévole - Service de fiducie pour les joueurs
- Maison communautaire d'hébergement, de formation et de réinsertion pour ceux qui ont tout perdu	- Meilleur suivi des personnes âgées très isolées
- Programme gouvernemental de réinsertion	
Action concernant le jeu	
- Arrêt de la publicité trompeuse	- Amplification de la partie préventive des messages de LQ à la télévision - Abolition de la publicité sur les jeux de hasard et d'argent
- Regroupement des ALV dans les casinos	- Publicisation des bars sans ALV - Retrait des guichets dans les bars - Interdiction de consommation d'alcool sur les lieux de jeu - Surveillance des shylocks, mesures disciplinaires
- Plus de budget au traitement et à la prévention	- Éducation dans les milieux de travail (patrons et employés) - Éducation dans le milieu des bars (gérants et employés) - Prévention dans les écoles
- Affichage sur les ALV de leur fonctionnement et taux de retour aux joueurs	- Affichage des taux de retour sur les machines
- Colloques sur les dangers du jeu	- Implication dans l'action socio-politique du jeu à titre d'intervenant
- Employé disponible pour les joueurs à problèmes au casino	
Formation	
	- Formation au niveau du groupe
	- Polyvalence
	- Plus d'outils pour l'illustration de concepts
	- Possibilité d'échanges avec d'autres centres, partage d'expertises et d'outils
	- Savoir ce qui se fait ailleurs
	- Formation de psychologues spécialisés sur le jeu
	- Programme jeu dans les facultés de psychologie
	- Faire lire le bottin des ressources disponibles à tous les intervenants

