



*information*



*formation*



*recherche*

# ÉVALUATION DU PROGRAMME EXPÉRIMENTAL SUR LE JEU PATHOLOGIQUE

## RAPPORT SYNTHÈSE

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC



ÉVALUATION DU PROGRAMME EXPÉRIMENTAL  
SUR LE JEU PATHOLOGIQUE

RAPPORT SYNTHÈSE

DIRECTION PLANIFICATION, RECHERCHE ET INNOVATION  
UNITÉ CONNAISSANCE-SURVEILLANCE

SEPTEMBRE 2006

## AUTEURS

Denis Allard

Unité Connaissance-surveillance, direction Planification, recherche et innovation  
Institut national de santé publique du Québec

Élisabeth Papineau

Unité Connaissance-surveillance, direction Planification, recherche et innovation  
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.

## RÉFÉRENCE SUGGÉRÉE

Allard, D., Papineau, É. (2006). *Évaluation du programme expérimental sur le jeu pathologique / Rapport synthèse*. Institut national de santé publique du Québec.

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca>.

*Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : [droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca](mailto:droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca).*

*Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.*

CONCEPTION GRAPHIQUE  
MARIE PIER ROY

DÉPÔT LÉGAL – 1<sup>er</sup> TRIMESTRE 2007  
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC  
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA  
ISBN 13 : 978-2-550-48867-5 (VERSION IMPRIMÉE)  
ISBN 13 : 978-2-550-48868-2 (PDF)

©Gouvernement du Québec (2007)

## REMERCIEMENTS

Les auteurs tiennent à remercier chaleureusement toutes les personnes qui, à un titre ou à un autre, ont contribué aux différents projets qui servent de base au présent rapport synthèse. Les intervenants qui ont accepté de nous livrer leurs expériences humaines et professionnelles auprès des usagers des services de traitement. Les directeurs, coordonnateurs, responsables à la planification ou à la programmation des Régions régionales de la santé et des services sociaux (aujourd'hui Agences de la santé et des services sociaux) 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.



## AVANT-PROPOS

En 2000, le Gouvernement confiait au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) la tâche de piloter la mise en œuvre de mesures préventives et curatives visant le contrôle du jeu pathologique, soit le dépistage, la référence, la formation, l'intervention de crise, la prévention et le traitement. Le MSSS proposa, au début de 2001, un programme expérimental de services préventifs et curatifs visant les populations de quatre grandes régions ou sites-pilotes (Québec / Chaudière-Appalaches, Montréal / Laval / Montérégie, Outaouais, Bas St-Laurent / Gaspésie / Îles-de-la-Madeleine). Ce programme expérimental de traitement allait dans le sens de la volonté exprimée par le MSSS de créer un apprentissage collectif dans un domaine encore peu défini sur le plan des pratiques thérapeutiques. En même temps, compte tenu du caractère expérimental du programme, le MSSS confiait à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) le mandat d'évaluer les différentes composantes de ce programme.

Le présent rapport constitue la synthèse des différents rapports thématiques issus de l'évaluation du Programme expérimental sur le jeu pathologique menée par l'INSPQ; la liste complète de ces études apparaît à l'annexe 1.

Il fait en particulier la synthèse des résultats d'évaluation obtenus à partir des collectes de données quantitatives sur l'intervention auprès des clientèles des organismes de traitement et de données qualitatives d'entrevues réalisées auprès des intervenants, des usagers, des coordonnateurs et décideurs locaux et régionaux aux fins de l'évaluation.

Ces quatre pans de l'évaluation se recoupent dans leur conclusion et dans la mise en relief de certains défis qui se présentent aux acteurs du programme de traitement des joueurs pathologiques (et problématiques) pour les prochaines années : le renforcement de l'aspect comportemental du traitement, le maintien et l'amélioration de la couverture, en particulier pour les jeunes adultes; la réduction du taux d'abandon, en particulier dans les services externes; une définition et un travail plus précis sur les suivis post-traitement et les attentes relatives aux effets du programme sur la santé des joueurs. Le nombre important d'usagers qui ont dû s'y reprendre à plusieurs fois pour s'en sortir et le nombre élevé d'abandons et de rechutes durant ou après le traitement appellent d'une part à la flexibilité des centres de traitement et, d'autre part, à une coordination entre eux. De plus, il apparaît qu'il serait pertinent et nécessaire de systématiser les services aux proches et différentes formes de soutien et de groupes d'entraide, afin de maximiser les chances de rétablissement des usagers, d'autant que la problématique de l'isolement social des joueurs s'est révélée importante. Le travail sur l'endettement, la gestion des finances et la réinsertion restent aussi fondamentaux dans le processus de rétablissement des joueurs.

Globalement, le taux de couverture de 4 %, la démonstration d'une bonne flexibilité de la part des coordonnateurs et des intervenants, et la constatation d'une amélioration de la qualité de vie générale des usagers nous incitent à tracer un bilan positif de la première phase d'implantation et à estimer que les conditions idéales sont en place pour rencontrer les défis identifiés par la présente évaluation.





## TABLE DES MATIÈRES

<b>LISTE DES TABLEAUX .....</b>	<b>VII</b>
<b>LISTE DES FIGURES.....</b>	<b>IX</b>
<b>1. INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
<b>2. LES INDICATEURS D'IMPLANTATION.....</b>	<b>5</b>
2.1. MÉTHODE .....	5
2.2. L'ATTEINTE DES OBJECTIFS.....	6
2.3. LES CARACTÉRISTIQUES SOCIALES DES JOUEURS.....	7
2.4. LES PROBLÈMES CONCOMITANTS DES JOUEURS .....	8
2.5. LES PROBLÈMES DE JEU DES JOUEURS.....	10
2.6. LES PROBLÈMES DES JOUEURS AU CONGÉ .....	12
<b>3. LE POINT DE VUE DES USAGERS.....</b>	<b>15</b>
3.1. MÉTHODE .....	15
3.2. EXPÉRIENCE DES USAGERS .....	15
3.3. L'HÉTÉROGÉNÉITÉ DES JOUEURS .....	16
3.4. LES MOTIVATIONS.....	19
3.5. LES ATTENTES.....	20
3.6. ADÉQUATION BESOIN/SERVICE .....	21
3.7. SERVICES OFFERTS.....	23
3.8. RÉSULTATS OBTENUS .....	24
3.9. ÉVALUATION GÉNÉRALE .....	26
3.10. AMÉLIORATIONS PROPOSÉES.....	28
<b>4. LE POINT DE VUE DES INTERVENANTS.....</b>	<b>31</b>
4.1. MÉTHODES.....	32
4.2. LES FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX D'ADAPTATION DU PROGRAMME D'ÉVALUATION ET DE TRAITEMENT DES JOUEURS EXCESSIFS .....	33
4.3. L'ORIENTATION THÉRAPEUTIQUE DU CENTRE DE TRAITEMENT.....	33
4.3.1. L'orientation thérapeutique de l'intervenant.....	34
4.3.2. L'expérience de travail en toxicomanie.....	35
4.3.3. Les contingences environnementales .....	35
4.3.4. Offre de jeu .....	35
4.3.5. Travail saisonnier des clients et chômage .....	36
4.3.6. Taille de la population, traitement de groupe et anonymat.....	36

4.4.	LES FACTEURS D'ADAPTATION DU PROGRAMME D'ÉVALUATION ET DE TRAITEMENT DES JOUEURS EXCESSIFS LIÉS À LA CLIENTÈLE .....	36
4.5.	LES ÉTAPES DE TRAITEMENT DU PROGRAMME D'ÉVALUATION ET DE TRAITEMENT DES JOUEURS EXCESSIFS.....	38
4.6.	PRÉOCCUPATIONS SOULEVÉES PAR LES INTERVENANTS .....	39
4.6.1.	L'attente.....	40
4.6.2.	L'évaluation .....	40
4.6.3.	Les abandons et les complétions .....	41
4.6.4.	Les suivis post-traitement.....	42
4.6.5.	Les proches .....	43
4.6.6.	Les coûts de l'interne.....	44
4.7.	AUTRES THÈMES ABORDÉS PAR LES INTERVENANTS .....	44
<b>5.</b>	<b>LE POINT DE VUE DES DÉCIDEURS ET COORDONNATEURS RÉGIONAUX .....</b>	<b>47</b>
5.1.	MÉTHODE .....	47
5.2.	ÉVOLUTION DES RÉSEAUX RÉGIONAUX.....	49
<b>6.</b>	<b>CONCLUSION.....</b>	<b>57</b>
6.1.	LE TRAVAIL DE MONITORAGE.....	57
6.2.	INDICATEURS D'IMPLANTATION.....	58
6.3.	LES USAGERS .....	59
6.4.	LES INTERVENANTS.....	61
6.5.	DÉCIDEURS ET COORDONNATEURS RÉGIONAUX .....	63
6.6.	DES CONSTATS AUX DÉFIS.....	66
6.7.	INDICATEURS DE PARTICIPATION .....	66
6.7.1.	Admission au programme.....	66
6.8.	TAUX DE COUVERTURE .....	68
6.8.1.	Taux de complétion et d'abandon .....	70
6.8.2.	Indicateurs d'adaptation .....	70
6.8.3.	Évolution des ajustements au programme .....	70
<b>7.</b>	<b>RÉFÉRENCES .....</b>	<b>73</b>
<b>ANNEXE 1</b>	<b>LISTE DES DOCUMENTS PUBLIÉS .....</b>	<b>79</b>
<b>ANNEXE 2</b>	<b>RAPPEL SÉLECTIF DU CONTENU DE LA JOURNÉE SUR LE JEU PATHOLOGIQUE DU 30/09/03 .....</b>	<b>83</b>
<b>ANNEXE 3</b>	<b>LISTE ET CARACTÉRISTIQUES DES CENTRES DE TRAITEMENT (2003).....</b>	<b>97</b>

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Proportion des personnes inscrites au programme expérimental de traitement du jeu pathologique qui ont pensé au suicide au cours des 12 derniers mois selon le type de service.....	11
Tableau 2	Motivations qui ont incité les usagers à commencer une thérapie.....	19
Tableau 3	Expériences antérieures d'aide pour régler un problème de jeu.....	21
Tableau 4	Motifs d'abandon de la plus récente thérapie.....	23
Tableau 5	Aspects bénéfiques de la démarche d'aide.....	25
Tableau 6	Aménagements aux programmes de traitement sur le jeu souhaités par les usagers .....	29
Tableau 7	Fréquence d'utilisation des différentes approches thérapeutiques (%) – ensemble des intervenants, Québec, 2003.....	34
Tableau 8	Synthèse des modifications apportées au protocole prévu.....	39
Tableau 9	Les motifs d'abandon de thérapie selon les intervenants .....	42



## LISTE DES FIGURES

Figure 1	Provenance régionale de la clientèle N = 3 650 .....	6
Figure 2	Comorbidités traitées à vie, comorbidités dans les douze derniers mois et problèmes actuels, déclarés par les clients N = environ 2 200 .....	9
Figure 3	Type de jeu dans la semaine précédant l'admission .....	10
Figure 4	L'expérience des usagers .....	16
Figure 5	Vagues d'entrevues avec les coordonnateurs régionaux et locaux .....	47
Figure 6	Évolution des modalités de traitement 2001-2003 .....	50
Figure 7	Réseaux de services de traitement 2003.....	52
Figure 8	Positionnement des régions en 2003 selon les types de réseaux de services de traitement.....	54
Figure 9	Caractéristiques des usagers du programme expérimental sur le jeu pathologique (%).....	58



## 1. INTRODUCTION

Comme plusieurs sociétés modernes, le Québec est aux prises avec le problème croissant de la dépendance aux jeux de hasard et d'argent (désignés par « jha » ci-après dans le texte). La prévalence des joueurs pathologiques se situe autour de 2 % de la population adulte et aurait crû avec l'offre de jeu dans les dix dernières années (Chevalier et Allard, 2001).

Le Gouvernement a confié au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) la tâche de piloter la mise en œuvre de mesures préventives et curatives visant le contrôle du jeu pathologique. Le MSSS proposa, au début de 2001, un programme expérimental de services préventifs et curatifs visant les populations de quatre grandes régions ou sites-pilotes (Québec / Chaudière-Appalaches, Montréal / Laval / Montérégie, Outaouais, Bas-St-Laurent / Gaspésie / Îles-de-la-Madeleine). Le caractère expérimental du programme signifiait que le MSSS invitait ces régions à participer au développement d'un champ nouveau d'intervention, à partager leurs expériences pour éventuellement alimenter des orientations plus explicites d'une politique gouvernementale. Les grands volets de ce programme étaient :

- Sur le plan du dépistage et de l'orientation des joueurs pathologiques, la consolidation de la ligne téléphonique Jeu : aide et référence, la formation des intervenants de première ligne et du personnel des bars;
- Sur le plan de l'intervention de crise, la consolidation ou le développement de services de type 24heures/7jours, incluant la possibilité d'intervenir pour des clients en crise dans les casinos;
- Sur le plan du traitement, la mise en place d'un réseau de services externes et internes (avec hébergement) de traitement des joueurs pathologiques;
- Sur le plan de la conscientisation et de l'éducation au jeu responsable, la réalisation de campagnes de sensibilisation auprès des jeunes et des adultes, d'activités de formation dans le milieu scolaire, d'activités de prévention du jeu pathologique dans certaines communautés ethniques.

La présente évaluation portait sur le volet prioritaire de ce programme, soit l'offre de services de traitement pour les joueurs pathologiques adultes. Le MSSS a identifié dans les régions-pilotes 23 organismes susceptibles d'offrir de tels services. À l'exception d'un seul organisme qui n'offrait un traitement que pour les joueurs pathologiques, les autres organismes, publics, privés ou communautaires désignés, donnaient d'abord des services pour les problèmes d'alcoolisme et autres toxicomanies (voir l'annexe 2). Pour répondre à une demande croissante, certains d'entre eux avaient déjà intégré des joueurs dans leurs programmes portant sur l'alcoolisme et autres toxicomanies, d'autres n'attendaient que les ressources et la formation pour s'impliquer dans le dossier. Le MSSS a exigé de ces organismes que le personnel mobilisé pour le traitement du jeu reçoive une formation de base. Cette formation de trois jours a été donnée par le Centre québécois d'excellence pour la prévention et le traitement du jeu (CQEPTJ) de l'Université Laval (Ladouceur et al. 2000). L'approche thérapeutique proposée par ce Centre est d'orientation cognitive-comportementale. Le volet cognitif vise essentiellement à corriger les pensées erronées du joueur quant à sa capacité

de contrôler le hasard et le jeu. Le volet comportemental cherche à le rendre apte à gérer les problèmes créés par le jeu (en particulier les problèmes financiers) et ceux qui favorisent la prévention de la rechute (le contrôle de l'exposition au jeu, la création d'alternatives au jeu). Cette formation a eu lieu au printemps et à l'été 2001. À partir de ce moment, les organismes ont commencé à donner des services de traitement aux joueurs qui en faisaient la demande. Le programme de traitement donné dans la formation était perçu dès le départ par certains organismes comme un outil à intégrer aux traditions et pratiques thérapeutiques développées dans leur milieu (la « couleur locale »). Assez rapidement, les contraintes de la pratique (par exemple une demande élevée qui favorise des sessions de thérapie de groupe plutôt qu'individuelles) ont aussi modulé l'intégration de la formation. Bref, les programmes réalisés se sont démarqués à des degrés divers du programme proposé.

Cette caractéristique de la mise en œuvre d'un programme de traitement allait dans le sens de la volonté exprimée par le MSSS de créer un apprentissage collectif dans un domaine encore peu défini sur le plan des pratiques thérapeutiques. Pour permettre toutefois un partage d'informations crédibles sur l'évolution de ces services, le MSSS a exigé des organismes de traitement qu'ils participent à un processus d'évaluation. Et il demandait à l'INSPQ d'assurer la mise en place d'une évaluation de monitoring (Owen et Rogers, 1999) visant à analyser l'implantation de ces services. En juin 2001, l'INSPQ amorçait la réalisation de ce mandat par une série d'entrevues auprès des directions des organismes de traitement visant à connaître les orientations et les conditions de mise en place des services. Ces entrevues permettaient de confirmer la pertinence d'un monitoring des services puisque les conditions d'implantation, dont la pression de la demande par les joueurs et l'accessibilité aux services, influençaient déjà fortement les modalités de traitement (critères d'éligibilité plus ou moins restreints, traitement de groupe plutôt qu'individuel, outils thérapeutiques complémentaires à ceux de la formation) et les services connexes à développer (file d'attente permettant la rétention des clients, services aux proches, activités de réinsertion sociale). Il fallait donc développer un système d'indicateurs permettant de rendre compte à la fois de la demande et de l'offre de services, et de ses variations dans le temps. Puisque le MSSS demandait que le mandat d'évaluation se réalise dans un cadre partenarial, une proposition d'indicateurs fut développée pour servir à une consultation auprès des organismes de traitement et de coordination régionale (Agences de la santé et des services sociaux). Cette consultation a mené au système d'indicateurs identifié dans le présent projet de monitoring sous le nom de système PARI.

Les quatre lettres de cet acronyme désignent quatre questions d'évaluation auxquelles se rattachent un certain nombre d'indicateurs (les indicateurs qualitatifs sont indiqués au passage) :

- Participation – Est-ce que le programme a permis d'atteindre la participation attendue? Les principaux indicateurs sont le taux et l'évolution des inscriptions, le taux de couverture, le taux de complétion et le taux d'abandon du programme.
- Adaptation – Est-ce qu'on a implanté le programme souhaité? Les principaux indicateurs sont l'évolution des ajustements au programme (qualitatif), la durée moyenne de traitement pour les joueurs qui ont complété le programme, la variation des types de traitement (qualitatif).



- Réseautage – Est-ce que le réseau de services mis en place a atteint le degré d'intégration désiré? Les principaux indicateurs sont dans ce cas l'évolution de l'intégration du réseau (qualitatif), la fréquence relative des sources et des destinations des références.
- Impact – A-t-on obtenu les résultats sociosanitaires souhaités? Les principaux indicateurs sont la réduction moyenne du score de gravité du problème, la réduction moyenne de l'intensité du jeu, la réduction moyenne de la dette de jeu, la baisse de fréquence relative des pensées suicidaires, entre l'inscription et le congé et les suivis.

Il faut rappeler que les indicateurs ne répondent pas directement aux questions d'évaluation. Ils fournissent une information que les acteurs du programme, décisionnels ou non, doivent mettre en relation avec des points de référence qu'ils souhaitaient atteindre. C'est dans l'interprétation et la discussion des résultats de recherche que l'équipe d'évaluation peut utiliser les points de référence fournis par les acteurs du programme ou la littérature pour aider à porter un jugement sur le programme. Pour reprendre la distinction de Chen (1990), le présent projet est de l'ordre de l'évaluation normative (rendre compte de la réalité du programme et la comparer à des normes souhaitées) et non de l'évaluation causale (faire la preuve de l'attribution causale des effets observés au programme). Les deux ne sont pas indépendants mais, pour réaliser le second, il faut s'assurer de disposer d'un programme complet et relativement stabilisé, ce qui n'est pas le cas pour le programme suivi dans ce projet de monitoring. Par ailleurs, le monitoring d'implantation du programme peut aider à constater ou à identifier les voies possibles d'une consolidation qui permettraient des évaluations causales. Cela ne signifie pas non plus que le monitoring évaluatif se limite seulement à la phase d'implantation. Il peut y avoir, et il y a de plus en plus dans le cadre des exigences d'imputabilité des États modernes, un monitoring continu qui assure un suivi d'indicateurs sur des longues durées pour des programmes courants. Le monitoring d'implantation est par conséquent aussi un moyen de préparer ce monitoring courant en testant la faisabilité et la mobilisation des acteurs face à ce processus.

Par conséquent, les objectifs généraux de notre projet de monitoring étaient de contribuer :

1. Au soutien informationnel et évaluatif des décisions touchant le développement futur du programme de traitement pour les joueurs pathologiques;
2. Au développement d'un éventuel système de monitoring continu sur le plan provincial;
3. À l'identification d'orientations pour de futures recherches et évaluations causales.

Les objectifs opérationnels qui s'y rattachent sont de :

1. Mettre en place un système de monitoring évaluatif du programme de traitement dans les sites-pilotes désignés (système PARI) qui examine la participation des joueurs, la mise en œuvre et les adaptations du programme, le développement d'un réseau intégré de services, les résultats du programme sur le plan des comportements de jeu et de leurs conséquences;

2. Assurer une rétroaction sur les résultats du monitoring auprès des acteurs du programme pour permettre les décisions et les ajustements nécessaires.

Le présent rapport fait la synthèse des résultats obtenus à partir des collectes de données quantitatives sur l'intervention auprès des clientèles des organismes de traitement et de données qualitatives d'entrevues réalisées auprès des intervenants, des usagers, des coordonnateurs et décideurs locaux et régionaux pour les fins de l'évaluation. Afin d'en faciliter la lecture, les quatre sections principales rendent chacune compte d'un rapport en particulier. La synthèse globale est effectuée en conclusion. Afin d'alléger la présentation, la revue de littérature et les détails méthodologiques plus précis sont disponibles dans chacun des rapports qu'on peut retrouver aux adresses suivantes : <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca> et <http://www.inspq.qc.ca/>

## 2. LES INDICATEURS D'IMPLANTATION

Le monitoring évaluatif du **Programme expérimental québécois de traitement des joueurs pathologiques** a donné lieu à la création d'une base de données portant sur les 4 310 inscriptions répertoriées entre mai 2001 et décembre 2003 dans les 23 centres de traitement du programme. Cette partie du rapport dresse un portrait quantitatif des services de traitement. Une première section donne une description des caractéristiques sociales des joueurs qui se sont fait traiter ainsi que des problèmes avec lesquels ils se présentent dans les établissements. Une autre section décrit le fonctionnement et les résultats opérationnels (complétion et abandon) du programme. Nous complétons avec des données comparatives pré et post-traitement sur les problèmes exprimés au congé et dans les suivis post-traitement.

### 2.1. MÉTHODE

Les indicateurs relatifs aux participants sont principalement les indicateurs de participation et d'impact. Les indicateurs de participation utilisent des données qui sont recueillies à l'aide d'une fiche intitulée « Bilan de participation du client ». Cette fiche est remplie par l'intervenant. On y retrouve la date d'inscription, la date de départ avec la mention de « programme complété » ou « d'abandon »<sup>1</sup>.

Les indicateurs d'impact sont construits à partir de deux instruments de mesure de la gravité du problème, le SOGS et le DSM-IV, et de questions relatives à l'intensité du jeu et aux conséquences du jeu (dettes, idées suicidaires). Ces informations sont déjà colligées avec les instruments inclus dans la formation du CQEPTJ pour poser un diagnostic initial et effectuer les suivis post-traitement. Comme les différentes questions qui nous donnent ces informations étaient dispersées dans les outils du CQEPTJ, nous les avons regroupées sur un même outil que nous avons intitulé « Intensité et conséquences du jeu ». Ces informations sont fournies par les participants en réponse à un questionnaire auto-administré ou aux questions du thérapeute selon le choix de celui-ci dans le cadre de l'inscription. En plus de ce moment, nous demandons que ces données nous soient fournies au congé de traitement et aux suivis de 3, 6 et 12 mois, pour pouvoir mesurer, s'il y a lieu, les changements dans les comportements de jeu des participants.

---

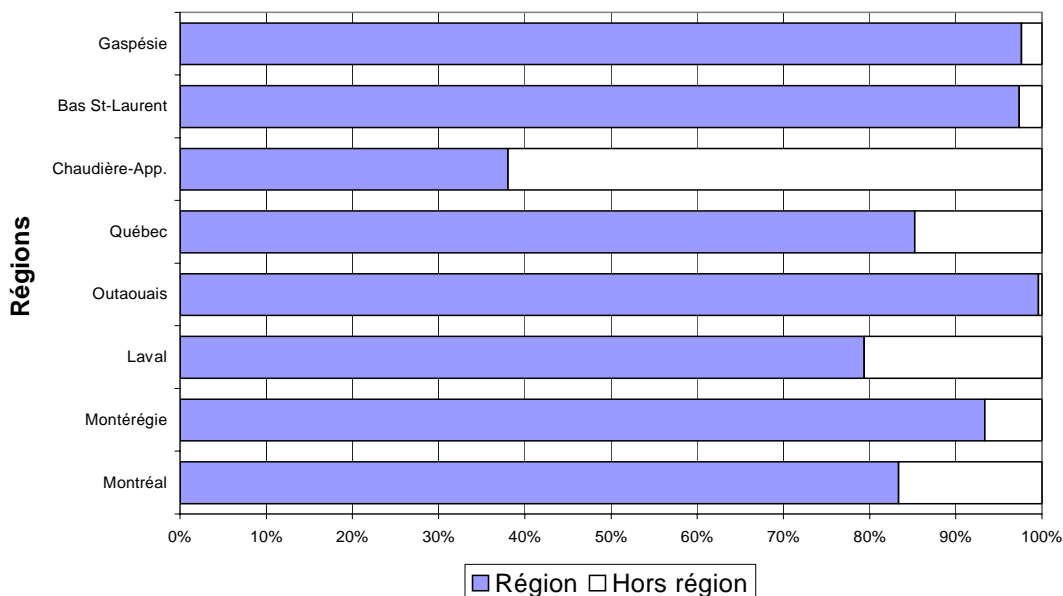
<sup>1</sup> Pour des raisons opérationnelles, nous considérons qu'un programme est complété lorsque, conformément à la démarche proposée par le CQEPTJ, un client a complété toutes les étapes du traitement et que son thérapeute lui donne son congé en lui rappelant qu'il le contactera dans trois mois pour le premier suivi post-traitement. Ceux-ci ne font pas partie du traitement et un client qui n'y participe pas n'est pas considéré comme ayant abandonné. Dans les cas d'un abandon signifié avant le départ, nous demandons à l'intervenant de préciser les raisons d'abandon. Dans le cas d'un abandon non signifié avant le départ, nous proposons à l'intervenant de tenter de rejoindre le participant au maximum 90 jours suivant l'abandon pour explorer avec lui les raisons de son départ, pour obtenir des informations sur sa situation actuelle par rapport au jeu, et ses commentaires sur le programme de traitement. Nous fournissons à cet effet un guide d'entrevue téléphonique intitulé « Entrevue d'abandon ».

La série de données recueillies sur les participants est complétée par une fiche de caractéristiques sociales. Ce formulaire est généralement rempli par le client au moment de l'inscription. Les variables des caractéristiques sociales ont été calquées sur celles de l'étude de prévalence pour le Québec (Ladouceur et al., 2002) dans le but de permettre éventuellement une comparaison de la clientèle du traitement avec la population des joueurs pathologiques.

## 2.2. L'ATTEINTE DES OBJECTIFS

Les organismes de traitement de la région de Montréal ont reçu le plus de joueurs (35 %) suivis de près par ceux de la région montréalienne (23 %). Les régions de Chaudière-Appalaches, de l'Outaouais et de Québec viennent ensuite avec une proportion d'environ 10 % chacun. Le dernier 10 % se répartit entre les régions de Laval, Bas-St-Laurent et Gaspésie. Ces deux dernières couvrent environ 4 % de la clientèle. Les pourcentages plus élevés des régions de Chaudière-Appalaches et de l'Outaouais que celui de Québec peuvent être associés à deux raisons. Le centre de traitement de l'Outaouais fonctionnait déjà comme centre de traitement du jeu depuis quelques années lorsque le programme provincial a démarré. Il était déjà connu et en vitesse de croisière. Même phénomène pour un des organismes de Chaudière-Appalaches qui en plus, comme centre résidentiel (traitement en interne), a eu une fraction importante de sa clientèle en provenance des autres régions. Le graphique suivant, qui donne les proportions de clientèle qui provient de la région versus celle venant de l'extérieur, renforce cette interprétation.

**Figure 1 Provenance régionale de la clientèle N = 3 650**



En estimant le nombre de joueurs pathologiques des régions à partir de leurs taux de prévalence et en appliquant la prévision de 3 %, on obtient le nombre annuel théorique de joueurs qui devraient se présenter dans les services de traitement. En divisant ce nombre théorique par le nombre réel de joueurs inscrits, on obtient une proportion qui correspond au degré d'atteinte des prévisions. Une seule région n'atteint pas le seuil visé<sup>2</sup> : la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine. Toutes les autres régions obtiennent des résultats supérieurs à ceux attendus. Une région atteint des résultats très supérieurs à ceux prévus : Chaudière-Appalaches. Or, on l'a vu plus haut, 60 % de la clientèle de cette région provient de l'extérieur. Si on refaisait le calcul pour cette région avec une moyenne pour 12 mois qui équivaut à 40 % du chiffre inscrit, on obtiendrait un taux de couverture de 3 % et un ratio de 1.

Retenons globalement que la couverture provinciale a dépassé de 4 % ce qui avait été prévu. Il faut toutefois demeurer prudent et considérer que ce résultat doit être nuancé par l'examen de deux facteurs importants. Le premier est le phénomène de la réinscription et le second est celui des abandons.

### **2.3. LES CARACTÉRISTIQUES SOCIALES DES JOUEURS**

L'adéquation des services d'aide en général est liée à une connaissance approfondie des caractéristiques de sa clientèle. C'est pourquoi il nous importait de cerner en quoi le profil de la population de joueurs qui cherchent de l'aide se distingue de la population en général. Afin d'améliorer les efforts de prévention du jeu pathologique et de notoriété du programme expérimental, il aurait été pertinent de voir aussi comment elle se distingue de la population de joueurs qui ne cherche pas d'aide, mais ceci dépassait malheureusement le cadre du présent mandat d'évaluation.

Les usagers des services de traitement sont donc pour les deux tiers des hommes, conformément à la proportion dans la population de joueurs pathologiques. Ceci concorde également avec les données provenant d'autres juridictions. Ces usagers ont majoritairement entre 35 et 44 ans, suivis de près par le groupe des 45-54 ans. Ce qui étonne cependant, et qui doit être retenu dans l'optique d'une meilleure publicisation des services, c'est que les gens entre 25 et 34 ans sont proportionnellement moins enclins à chercher de l'aide que les autres, tandis que par ailleurs, les femmes plus âgées seraient sur représentées dans les services.

On remarque que les personnes avec conjoints sont moins nombreuses à se présenter en traitement tandis que les personnes seules, soit célibataires, divorcées ou veuves, représentent, proportionnellement à la population québécoise en général, un plus grand quota d'usagers. Lorsque l'on sait que 62 % des usagers considèrent avoir mis en danger ou perdu une relation affective importante, on peut penser que cette situation est cohérente. Par ailleurs, avoir un conjoint peut impliquer un budget supérieur (de jeu), plus d'obligations

---

<sup>2</sup> Rappelons que ce seuil était purement normatif et établi à partir d'avis d'expert, notamment Henry Lesieur et Rachel Volberg; c'est sur la base de ce 3 % et d'une prévalence de jeu pathologique de 2 % que le budget pour le traitement a été estimé.

familiales et plus de support, toutes conditions défavorisant ou retardant le recours à des services de traitement.

La scolarité influence peu sur le recours aux services si ce n'est que les diplômés universitaires sont proportionnellement moins nombreux à recourir aux services de traitement. On peut émettre l'hypothèse qu'ils sont plus susceptibles de recourir à des services privés. Relativement à la population en général, les joueurs sont plus nombreux à occuper un emploi (71 %), et ce même s'ils sont 14 % à déclarer avoir perdu un emploi et 6,7 % à déclarer avoir mis en danger un travail

Somme toute, en termes de caractéristiques sociodémographiques, le portrait des joueurs en traitement ne diffère pas de façon radicale du portrait de la population québécoise. Deux points saillants se dégagent cependant de ce portrait.

Il est possible que la sous représentation dans les services de traitement de personnes avec conjoint soit le symptôme de l'isolement social auquel mène le jeu pathologique, surtout lorsque celui-ci est causé par la pratique des appareils électroniques de jeu, un jeu en soi éminemment solitaire et dont l'effet toxicomanogène est accentué et rapide. La problématique de l'isolement social ou de la solitude apparente des joueurs gagnerait à être reconnue dans le discours et intégrée dans la thérapie à une étape précoce du traitement. Elle justifie et dicte le renforcement de l'initiative des groupes de support qui précèdent, accompagnent ou suivent la thérapie, initiative qui a été prise par certains centres de traitement ou certains coordonnateurs durant la phase d'implantation du programme expérimental. Un argument supplémentaire est apporté par le fait que les célibataires sont significativement plus nombreux à abandonner le traitement (en externe - notons que ceci peut être lié au facteur de l'âge, les célibataires étant en général plus jeunes).

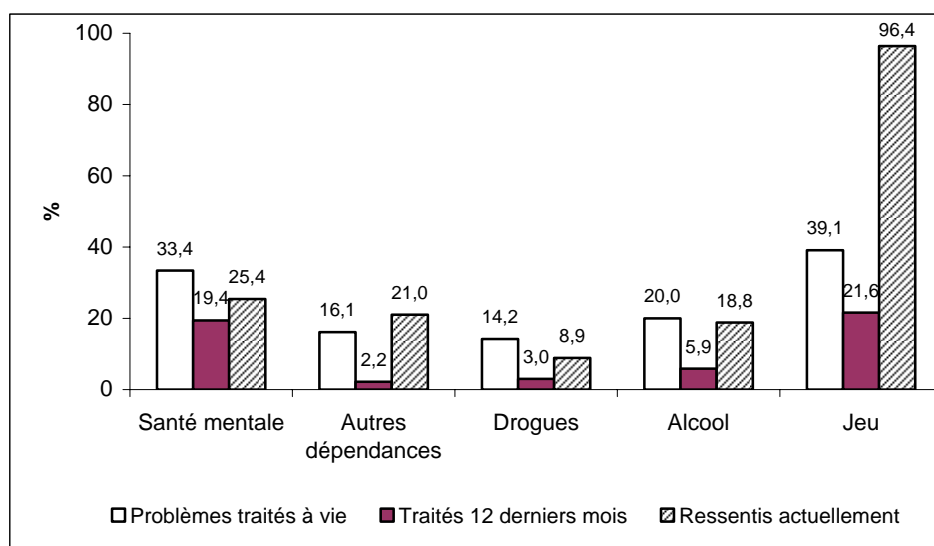
Les données sociodémographiques posent aussi la question de la notoriété des services chez les joueurs les plus jeunes. Pourquoi ne les rejoint-on pas? Se peut-il que leur santé physique, psychologique et financière ne soit pas suffisamment altérée pour qu'ils éprouvent l'urgence de se faire traiter? Il est possible aussi qu'ils estiment pouvoir encore contrôler leur pratique de jeu ou recourir à l'auto guérison. Un autre élément qui reste en suspend est le suivant. Pourquoi sont-ils plus nombreux à abandonner (en service externe)? Possiblement pour les mêmes raisons, mais on doit néanmoins s'interroger sur la possibilité que la démarche propre au Programme d'évaluation et de traitement des joueurs excessifs utilisée dans le cadre du programme expérimental, qui mise plus sur le travail cognitif que sur le travail comportemental, soit moins bien adaptée aux jeunes. Ceci reste à investiguer.

#### **2.4. LES PROBLÈMES CONCOMITANTS DES JOUEURS**

Un des faits saillants des données sur les caractéristiques des usagers des services de traitement du jeu pathologique est sans contredit la révélation de l'importance des troubles concomitants. Les faits démontrent que, si la moitié des joueurs en traitement ne déclarent pas la présence ou le traitement antérieur de troubles concomitants, réfutant en cela une thèse courante voulant que ceux qui deviennent joueurs pathologiques soient des personnes intrinsèquement malades, non fonctionnelles ou vulnérables, les comorbidités sont toutefois nombreuses au sein de la clientèle. D'un point de vue pragmatique, ceci devrait avoir une

implication fondamentale sur la nature et le déroulement du traitement, de même que sur l'intégration des soins pour le jeu au sein du plus vaste réseau des services de santé.

**Figure 2 Comorbidités traitées à vie, comorbidités dans les douze derniers mois et problèmes actuels, déclarés par les clients N = environ<sup>3</sup> 2 200**



Rappelons que 25 % des usagers à l'admission au traitement éprouvaient des problèmes de santé mentale (traitements antérieurs : 33 %), 21 % d'autres dépendances (traitements antérieurs : 16 %), 9 % de dépendance aux drogues (traitements antérieurs : 14 %) et 19 % de dépendance à l'alcool (traitements antérieurs : 20 %). Au total, la proportion d'usagers qui déclarent avoir été traités pour un ou des troubles concomitants autres que le jeu dans les douze derniers mois est de 49 %.

Ces données pourraient aussi éclairer les paramètres de l'offre de jeu : on sait que les appareils de loterie vidéo, qui représentent le problème de jeu dominant chez les usagers, sont attribués aux exploitants en vertu de la possession d'un permis d'alcool. C'est donc vraisemblablement dans les bars, parmi une population de consommateurs d'alcool, que sont recrutés une bonne partie des joueurs d'ALV. Compte tenu du potentiel désinhibiteur de l'alcool et de l'effet de renforcement positif intermittent des ALV, des éléments clé sont réunis pour générer des excès de jeu et acheminer aux thérapeutes une clientèle porteuse de doubles dépendances.

Nos données démontrent également que la déclaration de traitements antérieurs pour problèmes de santé mentale est plus élevée chez les femmes, tandis que les hommes, eux, sont significativement plus nombreux à s'être fait traiter pour des problèmes d'alcool ou de drogue. Est-ce révélateur de mécanismes différenciés d'adaptation ou de réaction aux

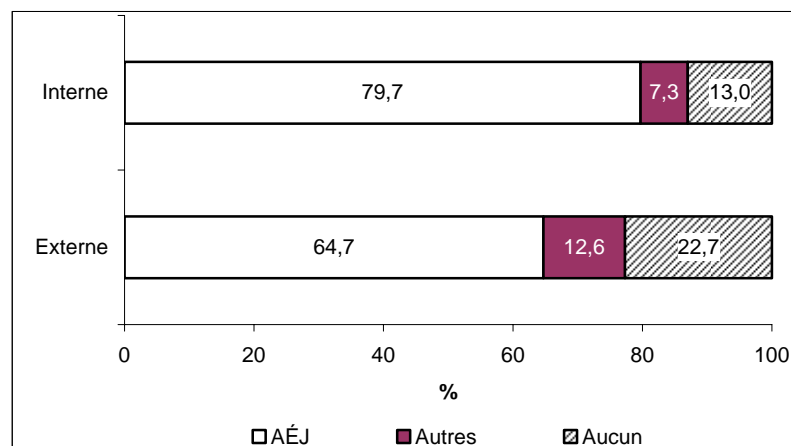
<sup>3</sup> Lorsque la figure contient plus d'une variable et que le nombre de valeurs manquantes diffère quelque peu pour chacune de ces variables, nous indiquons n= « environ » x. Par exemple, sur le présent tableau, les variables sont présentées et le n de santé mentale peut être de 994, celui des autres dépendances de 998 et ainsi de suite. Il n'y a pas plus de 20 répondants de différence.

problèmes de jeu ou est-ce que le jeu pathologique est lié à des facteurs de vulnérabilité distincts chez les hommes et les femmes? On ne peut établir de rapport causal dans ce cas-ci. Cette réalité dicte cependant l'importance de préconiser une détection systématique de ces troubles concomitants, puisque leur perpétuation peut entraver le rétablissement global de l'usager. Encore une fois, la possibilité pour les intervenants de demander un diagnostic médical rapide et, au besoin, de référer à des services spécialisés doit être normalisée. Dans le cas des services internes, où la proportion de joueurs avec des problèmes d'alcool ou de drogues est plus forte qu'en externe, ces dispositions pourraient être encore plus systématiques, de même que le traitement intégré des troubles concomitants devrait être envisagé.

## 2.5. LES PROBLÈMES DE JEU DES JOUEURS

Dans la plupart des cas, les usagers en traitement éprouvent des problèmes avec les ALV. À la question portant sur les activités de jeu dans la semaine précédant le traitement, 72 % mentionnent les AÉJ, et ceci est particulièrement vrai pour les usagers des services internes, pour lesquels l'indice de gravité de problèmes de jeu est également plus élevé (SOGS de 11,5 en externe pour 14,1 en interne).

**Figure 3 Type de jeu dans la semaine précédant l'admission**



Externe : N = 2 246; Interne : N = 468; Khi carré = 0,000.

L'étape de l'évaluation permet notamment de jauger de l'intensité des problèmes de jeu proprement dits, bien qu'à scores très différents pour deux clients, le CQEPTJ ne préconise pas explicitement de stratégies de traitement différentes. Au SOGS, les femmes et les hommes ont une moyenne respective de 11,7 et de 11,8, tandis qu'au DSM-IV la moyenne est de 7,1 pour les deux sexes<sup>4</sup>. Seuls 1,9 des usagers ne présentent que de 0 à 2 symptômes, et 7,9 % de 3 à 4 symptômes, ce qui signifie que 90 % des usagers du

<sup>4</sup> Répétons que le résultat du SOGS est mesuré sur un total de 20 points. 0 à 2 points font état d'un bon contrôle des habitudes de jeu; 3 ou 4 points démontrent des difficultés potentielles à l'égard du jeu; 5 points ou plus, témoignent d'un problème de jeu probable et finalement, 9 points ou plus diagnostiquent un problème de jeu grave ou de grande intensité. Avec le DSM-IV, un problème de jeu est présent lorsqu'une personne répond affirmativement à 5 critères ou plus.



programme expérimental ont bel et bien un problème de jeu pathologique. Si le fait que 10 % de la clientèle ne réponde pas aux critères diagnostiques du DSM augmente sans doute l'hétérogénéité de la clientèle dans les groupes de traitement notamment, les intervenants estiment en général qu'il est préférable que ce 10 % de personnes qui techniquement parlant ne seraient pas joueuses pathologique soient néanmoins traitées avant que leur problème ne s'aggrave.

Une des données importantes concerne la différence entre les taux des joueurs en traitement interne et des joueurs en traitement externe : le score moyen au SOGS pour l'externe est de 11,5 tandis qu'il est de 14,1 en interne. Le DSM suit la même logique, avec une moyenne de 6,9 pour les personnes qui reçoivent les services en externe et de 8,5 pour les usagers des services internes. Les femmes plus âgées présentent des seuils plus bas, remettant ainsi en question la pertinence des outils de mesures pour une certaine partie de la clientèle. Les scores au DSM et au SOGS ne sont pas significativement différents en fonction du sexe, du niveau de scolarité de l'occupation ou de l'état civil.

Lorsqu'on analyse la proportion des personnes qui ont pensé au suicide en fonction du fait qu'elles ont été admises à des services avec hébergement ou inscrites à des services externes, on observe des différences importantes entre les deux groupes. La proportion des personnes admises qui ont pensé au suicide en service interne est de 73,1 % tandis qu'elle est de 44,7 % pour celles inscrites en service externe.

**Tableau 1 Proportion des personnes inscrites au programme expérimental de traitement du jeu pathologique qui ont pensé au suicide au cours des 12 derniers mois selon le type de service**

<b>Présence d'idées suicidaires</b>	<b>Interne</b>	<b>Externe</b>	<b>Total</b>
Oui	73,1	44,7	58,9
Non	26,9	55,3	41,1
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Le clivage interne et externe est donc l'élément dominant des données concernant les problèmes de la clientèle, puisque encore une fois, les mises moyennes la semaine précédant l'admission, le montant dépensé au jeu dans la semaine précédant l'admission, les idées suicidaires (et, nous l'avons vu, les problèmes de consommation de drogues et d'alcool) sont significativement plus marqués chez les joueurs en traitement dans les services internes. À la lumière de ces informations, il est opportun de se questionner d'une part sur l'organisation des services et d'autre part sur le contenu des traitements : en raison de la gravité de l'état des usagers, comment réduire au maximum les listes d'attentes, les délais liés aux déplacements et à l'éloignement des services, l'effet dissuasif des coûts de traitement? Comment intégrer plus systématiquement dans le processus de traitement l'intervention de crise, le conseil et l'aide financière, le traitement des troubles concomitants, la réinsertion et la médiation?

## 2.6. LES PROBLÈMES DES JOUEURS AU CONGÉ

Une analyse des scores des usagers aux outils de dépistage SOGS et DSM-IV démontre que l'intensité de jeu a effectivement été réduite au terme du traitement. Ainsi, 82 % des personnes qui présentaient un problème de jeu pathologique selon le DSM-IV se retrouvent en deçà de ce seuil au moment du congé, tandis que pour 18 % d'entre elles, le problème résiste à l'intervention. Si le score moyen est de 7,1 à l'admission, il descend à 1,9 au congé, mais remonte par la suite jusqu'à 2,3. Ceci laisse penser que les effets bénéfiques du traitement pourraient être de durée limitée. La rareté des suivis nous empêche de vérifier si tel est le cas puisque le nombre de joueurs pour lesquels nous avons des informations diminue.

Sur le plan de l'intensité de jeu, en moyenne, à l'admission, les joueurs pathologiques jouaient 1,3 fois par semaine; au congé la moyenne s'établissait à 0,2 fois par semaine. La valeur de l'intensité du jeu n'est cependant disponible au congé que pour 813 personnes. 92,6 % des joueurs se sont maintenus sans jouer ou ont diminué leur fréquence hebdomadaire de jeu dont 87,6 % n'avaient pas joué pendant la semaine précédant la mesure de fin de traitement et 5,0 % qui avaient joué mais avec une intensité moindre qu'à l'admission. 7,4 % ont donc maintenu ou augmenté leur fréquence de jeu.

Pour les seuls joueurs pour lesquels nous avons une donnée **à l'admission et au congé**, il apparaît que dans la semaine qui a précédé l'admission, les joueurs ont passé une moyenne de 4,8 heures à jouer; dans la semaine qui a précédé le congé, ces mêmes joueurs ont passé 0,7 heures à jouer. 93 % des joueurs ne jouaient pas et ont maintenu ce statut ou ont diminué le nombre d'heures où ils jouaient; 7 % n'ont pas changé le nombre d'heures où ils jouaient ou encore ce nombre d'heures a augmenté. Pour les seuls joueurs où nous détenons une observation au congé et au suivi à **12 mois**, nous observons que le nombre d'heures moyen d'heures consacrées au jeu dans la semaine qui précède la mesure est passé de 0,5 au congé à 0,8, 12 mois plus tard. De fait, 87,5 % des joueurs se sont maintenus sans jouer ou ont diminué le nombre d'heures qu'ils passaient à jouer, et 12,5 % ont joué davantage d'heures. En l'absence de suivis auprès des personnes qui abandonnent, ces données ne révèlent pas clairement l'impact du processus thérapeutique, peu importe sa durée, sur l'intensité de jeu de la totalité des personnes à avoir pris part au programme expérimental.

La même réflexion s'applique à l'examen des mises moyennes des usagers. Dans la semaine qui a précédé le congé, on observe une moyenne de mise largement inférieure à ce qu'elle était à l'admission passant donc de 460 \$ à 51 \$. 93,2 % des joueurs en traitement ont amélioré leur sort à cet égard (ou n'avaient pas misé dans la semaine avant l'admission); 6,8 % ont vu leur situation se détériorer. À l'analyse la différence des sommes mises entre le congé et le suivi à 3 mois, nous observons une augmentation considérable de la moyenne des sommes mises; elle passe de 25 \$ à 85 \$. Cette augmentation est attribuable aux 18,4 % des joueurs dont l'état s'est détérioré entre le congé et le suivi à 3 mois et il en découle que 81,6 % on vu leur situation s'améliorer. Entre le congé et le suivi à 12 mois, nous observons aussi une augmentation considérable de la moyenne des sommes mises, attribuable aux 10,2 % des joueurs dont l'état s'est détérioré entre le congé et le suivi à 12 mois. Il découle que 89,8 % on vu leur situation s'améliorer.

À l'admission 67,9 % des joueurs déclarent avoir des dettes de jeu. Dans l'ensemble, au congé, la dette moyenne est réduite d'environ 800 \$, mais la réduction la plus importante s'observe au chapitre de la médiane qui a diminué de 2 150 \$ pour s'établir à 650 \$. Ceci signifie que la majorité des joueurs ont des dettes de moins de 1 000 \$ mais que, pour certains, la dette est très largement supérieure. 14,8 % des joueurs ont vu leur dette augmenter entre l'admission et le congé et 85,2 % l'ont vu diminuer.

Généralement, au suivi de douze mois, la dette a augmenté, mais le nombre de cas n'est pas assez nombreux pour faire une analyse. Mais l'endettement et la gestion des finances restent donc un des nerfs de la guerre dans le rétablissement des joueurs, de même que la problématique du suicide, véritable enjeu majeur de santé publique. Or, nos données démontrent que 48,5 % des joueurs pathologiques ont eu des idées suicidaires dans l'année précédant l'admission et 9,5 % des joueurs pathologiques ont fait des tentatives de suicide dans l'année précédant l'admission.

Le rapport sur les indicateurs d'implantation a donc mis en relief certains défis qui se présentent aux acteurs du programme de traitement des joueurs pathologiques (et problématiques) pour les prochaines années : le renforcement de l'aspect comportemental du traitement, le maintien et l'amélioration de la couverture, en particulier pour les jeunes adultes; la réduction du taux d'abandon, en particulier dans les services externes; une définition et un travail plus précis sur les suivis post-traitement et les attentes relatives aux effets du programme sur la santé des joueurs. Le nombre important d'usagers qui ont dû s'y reprendre à plusieurs fois pour s'en sortir et le nombre élevé d'abandons et de rechutes durant ou après le traitement appellent d'une part à la flexibilité des centres de traitement et, d'autre part, à une coordination entre eux. De plus, il apparaît qu'il serait pertinent et nécessaire de systématiser les services aux proches et différentes formes de soutien et de groupes d'entraide, afin de maximiser les chances de rétablissement des usagers, d'autant que la problématique de l'isolement social des joueurs s'est révélée importante. Le travail sur l'endettement, la gestion des finances et la réinsertion restent aussi fondamentaux dans le processus de rétablissement des joueurs.



### **3. LE POINT DE VUE DES USAGERS**

L'avis des usagers d'un programme peu s'avérer précieux. Les usagers sont les personnes les mieux à même de répondre à un certain nombre de questions eu égard aux traitements qu'ils ont reçus, qu'ils n'ont pas reçu ou qu'ils ont abandonné. L'objectif de ce volet du monitoring évaluatif était de fournir des renseignements et des enseignements utiles, dans le cadre d'une évaluation formative, à l'amélioration du programme expérimental de traitement des joueurs pathologiques selon la perspective des personnes à qui s'adresse le programme, les joueurs.

#### **3.1. MÉTHODE**

Pour recueillir les données empiriques, nous avons donc mené des entrevues individuelles et des entrevues de groupe afin d'obtenir les renseignements qui nous étaient nécessaires. Les personnes ayant abandonné le traitement ont toutes été rencontrées individuellement. Les personnes ayant complété le traitement ont, quant à elles, été interrogées individuellement ou en groupe. Finalement, les groupes suivants ont été rencontrés : groupe de femmes seulement (GRF), groupe de personnes dont le jeu de prédilection est autre que les appareils électroniques de jeu (GRAJ), groupe de personnes de régions périphériques (GRRP), groupe de personnes issues des communautés culturelles, groupe de personnes qui ont été traitées en interne (GRTI), groupe de personnes qui ont eu une thérapie familiale (GRTF), groupe de personnes qui participent aussi à des rencontres GA (GRGA), groupe de personnes qui ont bénéficié d'un programme de gestion financière (GRGF).

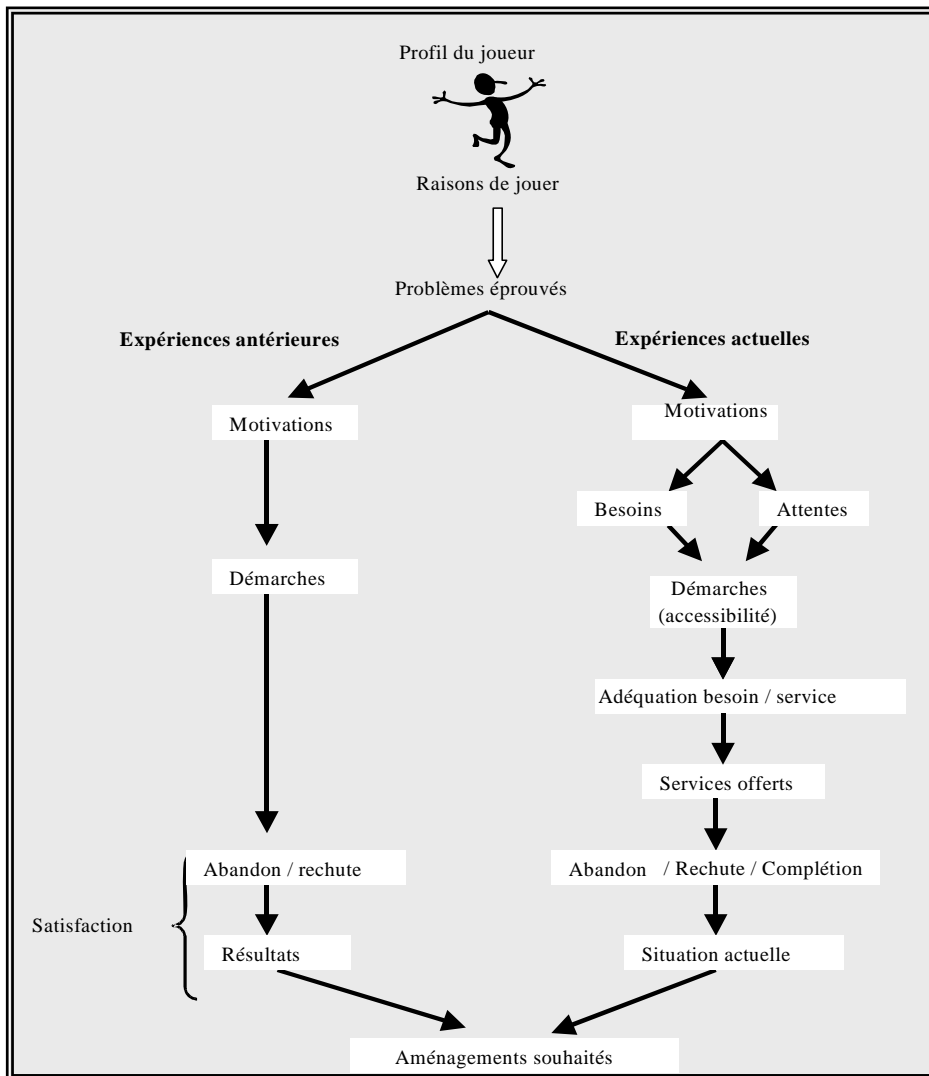
Les personnes étaient recrutées par le biais des intervenants dans les centres de traitement qui participent au programme expérimental. Dans le cadre de notre recherche, nous avons finalement rencontré, entre le 1<sup>er</sup> octobre 2002 et le 30 janvier 2003, 56 usagers choisis à partir d'une liste de 89 noms fournis par les organismes (au lieu des 102 personnes initialement prévues), les autres n'ayant pu être rejoints ou n'ayant pu venir nous rencontrer pour différentes raisons.

Les analyses ont porté essentiellement sur quatre thèmes : 1. les motifs de consultations, les besoins ressentis et les attentes quant au traitement, 2. l'accessibilité aux traitements ainsi que l'adéquation de ceux-ci aux besoins des clients, 3. l'effet des traitements (quelle sont la nature et l'ampleur des effets?) et 4. les aménagements à apporter au traitement.

#### **3.2. EXPÉRIENCE DES USAGERS**

La section suivante est donc constituée du résumé de l'analyse des données relatives au profil du joueur, à ses motifs de consultation, à son évaluation de l'adéquation besoin/service, à son évaluation des services offerts et des résultats obtenus et, finalement, aux aménagements souhaités. La collecte des données et l'analyse ont été orientées par le cadre conceptuel de l'expérience des usagers représenté dans la figure suivante.

**Figure 4 L'expérience des usagers**



### 3.3. L'HÉTÉROGÉNÉITÉ DES JOUEURS

Nos résultats démontrent que l'homogénéité qu'on imaginait chez les joueurs à problèmes il y a à peine quelques décennies est désormais à reconsidérer. L'hétérogénéisation des profils de joueurs semble avoir suivi la complexification de l'offre de jeu. Cette hétérogénéité concerne notamment les habitudes de jeu, les raisons de jouer et l'évolution des habitudes de jeu.

Les usagers qui ont participé à la présente étude expriment une grande diversité d'histoires de vie, d'expériences et d'habitudes de jeu. Bien que certaines caractéristiques soient fréquentes, les différents récits recueillis révèlent de multiples visages du monde du jeu et plusieurs facettes à la réalité du joueur. Certains éléments semblent refléter des tendances lourdes (voir aussi Audet et autres, 2003), par exemple, le fait que plusieurs aient consulté pour un problème de jeu lié aux appareils électroniques de jeu (ci-après AÉJ<sup>5</sup>), spécifiquement à partir du moment où ils ont été plus disponibles dans les bars. Même si plusieurs conviennent de leur attirance pour les AÉJ, des adeptes du casino, soit les joueurs de cartes, de roulette, de baccara ou de keno ont aussi développé des problèmes de jeu pathologique. Quelques-uns ont aussi parlé de leurs premières expériences de jeu à Blue Bonnets (désormais l'Hippodrome de Montréal) et de leur intérêt pour les courses de chevaux. Finalement, il est important de signaler que, pour certains des joueurs, les habitudes de jeu problématiques sont liées aux loteries, telles que les 6/49<sup>TM</sup>, le Banco<sup>TM</sup>, les loteries instantanées et les paris sportifs.

La fréquence des activités ludiques se révèle aussi être un indicateur important des habitudes de jeu problématique. Le jour de paie semble être un moment particulièrement propice (ou dangereux) pour jouer. Pour certains, c'est le montant disponible pour jouer qui détermine la durée de la séance de jeu, alors que pour d'autres, la durée du jeu peut dépendre de facteurs externes tels que la « gentillesse du croupier avec moi », si la machine paie ou non, le temps libre avant l'arrivée du conjoint, la tenue d'une joute sportive et plusieurs autres facteurs tout aussi diversifiés que personnels. Que ce soit à intervalle régulier, par séquences intensives, en dérapage contrôlé ou compulsivement, le jeu semble être une préoccupation journalière – diurne et parfois nocturne –, pour la majorité des joueurs. Dès lors, la question que l'on peut se poser, et que plusieurs usagers se sont posé, c'est : pourquoi joue-t-on? - ou plutôt - pourquoi continuons-nous de jouer, si l'on sait pertinemment que nous finirons perdants, un jour ou l'autre?

L'hétérogénéité des joueurs est aussi visible dans les multiples raisons qu'ils évoquent pour jouer. Les adeptes de ces jeux parlent du plaisir de jouer et de celui de gagner des montants d'argent tout autant imprévus que substantiels, de l'excitation et de l'euphorie de jouer (« rush », « shot » d'adrénaline). Le besoin de tranquillité et d'évasion est un autre motif décrit très souvent, de même que le besoin de « décrocher de ses problèmes », de « décompresser » ou de relaxer. La solitude, l'ennui et le manque d'activité sont aussi d'autres raisons souvent évoquées par les usagers, tout comme le désir de se changer les idées pour fuir une situation familiale ou professionnelle difficile, par exemple, la maladie d'un proche, la dépendance d'un conjoint, la perte d'un emploi ou un changement dans le statut social. L'influence des pairs (conjoint, ami, membre de la famille), le fait de se trouver dans un endroit où le jeu est disponible, voir les primes et les lots progressifs affichés, se sentir en sécurité, aimer la compétition ou prendre des risques, avoir un emploi saisonnier ou beaucoup de temps libre, se gâter ou faire plaisir aux autres, se croire une personne « chanceuse de nature », sont d'autres raisons d'aimer les jeux de hasard et d'argent.

---

<sup>5</sup> Les appareils électroniques de jeu (AÉJ) sont les appareils de loteries vidéo (ALV) qu'on retrouve dans les bars, restaurants et hippodromes et les machines à sous qu'on retrouve dans les casinos du Québec. Au Québec, nous dénombrons, au moment d'écrire ces lignes, environ 14 300 ALV et près de 6 000 machines à sous pour un parc total d'AÉJ de 20 000 machines.

Pour ajouter à cette complexité du profil des joueurs, ajoutons que les motivations du début, celles admises avant de consulter et celles nommées à la suite de la thérapie se transforment avec les jours, les mois et l'expérience.

Si l'agrément du jeu est souvent évoqué par les usagers, on réalise que le plaisir de gagner de l'argent se transforme pour certains, assez rapidement, en nécessité de « se refaire », de regagner l'argent perdu qui, dans plusieurs cas, était déjà destiné à d'autres fins. Plus encore, certains ne parlent même plus de regagner l'argent perdu, mais bien de l'entêtement et de l'acharnement à vouloir « battre la machine », le croupier ou à déjouer les lois du hasard. Certaines personnes évoquent aussi un « besoin physique » de jouer.

Bien que certains joueurs allèguent une maladie, un gène déficient ou une vulnérabilité personnelle particulière comme facteurs explicatifs de l'escalade de leur problème de jeu, la majorité des personnes soutiennent que leur problème de jeu s'est développé ou amplifié à cause de facteurs comportementaux ou environnementaux, tels que l'accessibilité, la publicité, des problèmes personnels, l'appât du gain ou des gains considérables lors des premières expériences, le désir de recouvrer les pertes d'argent, la perte de la notion de l'argent, la cessation d'une autre dépendance et un transfert, l'augmentation progressive des mises et du temps de jeu, ou le projet de s'en faire un emploi. Cependant, une chose est claire : à la suite de la thérapie, la majorité des usagers reconnaissent de nouvelles raisons pour expliquer leur attirance pour le jeu, telles que l'insécurité, la frustration, la peur, l'impuissance, le besoin de combler un vide, la fuite ou encore, un « moyen anesthésiant ».

De mauvaises habitudes de jeu ou la perte de contrôle durant cette activité entraînent de nombreux problèmes dans la vie des joueurs et dans celle de leur entourage. Certains décrivent des troubles physiques ou psychologiques fréquents : problèmes d'insomnie, de digestion, de migraines, de tremblement, de tics nerveux et de transfert de dépendance, tandis que la majorité insiste davantage sur des conséquences d'ordre psychologique, moral ou spirituel. Presque tous ont mentionné ressentir du remord, du regret, de la culpabilité, de la honte, une perte de dignité en rapport avec leur vécu de joueur. Ils ont fait mention de découragement, de désespoir, de dépression, d'angoisse, de peur ou de solitude. Plusieurs se sentent démotivés, dévalorisés, déprimés et manquent d'énergie. Certains signalent aussi le changement de caractère, l'intolérance, l'irritation, l'agressivité et la mauvaise humeur dont ils font maintenant trop souvent preuve. Ils constatent un cheminement qui va à l'encontre de leurs valeurs; ils sont devenus menteurs, manipulateurs. Ils avouent être souvent obsédés par le jeu. Ils parlent aussi de l'abandon de leurs rêves, de leurs projets, de l'absence d'une qualité de vie. Plusieurs font aussi état d'angoisse, de crise de panique, d'idées suicidaires ou de tentatives de suicide.

Les relations avec la famille, l'entourage, les amis et les collègues subissent aussi des effets des habitudes de jeu de la personne. L'isolement dans lequel le joueur se place entraîne tranquillement la détérioration de ses relations, la perte de contact et se transforme souvent en absence de vie sociale et amoureuse.

Les problèmes financiers constituent évidemment un des principaux problèmes mentionnés par les joueurs qui consultent, l'utilisation pour le jeu de l'argent prévu à d'autres fins conduisant inévitablement à l'incapacité de remplir ses engagements et à subvenir à des



besoins essentiels. On mentionne aussi les emprunts d'argent, les avances de fonds, les demandes de cartes de crédits supplémentaires, la vente de biens personnels, l'emprunt à des usuriers, les fraudes bancaires, les vols, la falsification de documents, les détournements de fonds comme éléments de la dérive économique.

Finalement, la vie professionnelle se trouve aussi souvent affectée par l'habitude de jeu : fatigue excessive au travail, manque d'attention, de concentration, de performance, de productivité et de motivation est chose courante. L'épuisement professionnel (burnout) ou la nécessité de cumuler plusieurs emplois en même temps est mentionné par plusieurs comme résultante des habitudes excessives de jeu. Tous ces problèmes relatés par les joueurs sont autant de raisons qui ont influencé leur décision de vouloir changer de vie, aspirer à autre chose ou sortir de cet enfer. Même s'il peut être difficile pour un joueur d'accepter qu'il a un problème, qu'il ne peut se sortir seul de cette situation et de choisir d'entreprendre des démarches pour suivre une thérapie, la décision a finalement été prise par chacun d'entre eux, pour quelques-uns à plus d'une reprise, avec espoir et courage pour certains ou en dernier recours pour d'autres.

### 3.4. LES MOTIVATIONS

Différentes motivations poussent donc les joueurs à demander de l'aide et à prendre la décision de consulter. Certaines viennent de l'extérieur et d'autres sont personnelles. Connaître les raisons qui motivent le joueur à commencer une thérapie peut aider à orienter les services offerts afin d'obtenir des résultats satisfaisants pour tous les acteurs impliqués dans le parcours du traitement. Le tableau suivant présente les motivations intrinsèques et extrinsèques qui ont incité les usagers à commencer une thérapie.

**Tableau 2 Motivations qui ont incité les usagers à commencer une thérapie**

MOTIVATIONS	
Intrinsèques	Extrinsèques
Les idées suicidaires;	Des problèmes financiers;
Le désespoir, la souffrance;	Des pressions des proches;
La honte, le manque d'estime de soi;	Une perte d'argent importante lors de la dernière séance de jeu;
Le besoin de retrouver l'estime de soi;	Des problèmes avec l'employeur;
Les problèmes de santé physique et mentale;	Des problèmes judiciaires;
L'identification négative aux autres joueurs;	Une tentative de suicide ayant conduit à l'hôpital;
Le changement des valeurs;	L'obligation de payer des biens à soi-même ou à sa famille.
La peur de tout perdre.	

Il apparaît qu'une des motivations principales menant à la thérapie est l'épuisement, l'impression d'être acculé « au pied du mur » ou à la « dernière porte de sortie. Le besoin de regagner l'estime de soi, de retrouver ses valeurs et la fierté de « se regarder dans le miroir » ont aussi été mentionnés par plusieurs. Pour d'autres, c'est la peur de tout perdre qui a servi d'élément déclencheur à la démarche d'aide.

Bien que tous ces motifs évoqués par les usagers les aient conduits à entreprendre une démarche pour régler leur problème de jeu, il n'en demeure pas moins que chacune de ces raisons répond à des besoins particuliers, dépendamment des motivations, du vécu et des différentes conséquences occasionnées par les habitudes ludiques. Quels sont donc les besoins ressentis par les personnes qui décident de faire une thérapie pour le jeu? Quels besoins éprouvent-ils et quels problèmes veulent-ils régler à l'aide de cette thérapie? Quelle utilité aura donc cette démarche pour eux?

D'emblée, l'instinct de survie est un argument mentionné de façon récurrente dans les réponses données à ces questions. En effet, plusieurs parlent de « sauver sa peau », d'arrêter « d'avoir de la misère », de reprendre une « vie normale », de trouver un nouveau mode de vie ou un sens à sa vie, de retrouver sa dignité ou son estime de soi. D'autres signalent plutôt le besoin d'apprendre à se contrôler, à ralentir, à diminuer l'envie de jouer ou à jouer « normalement » pour régler leur problème et cesser de s'endetter. On mentionne aussi le désir de trouver des trucs pour arrêter de jouer, de comprendre pourquoi on joue, de trouver les raisons qui nous font jouer, la source du problème. Quelques personnes ont souligné le besoin de comprendre les pièges du jeu, les « dessous » des jeux de hasard et d'argent.

### **3.5. LES ATTENTES**

Considérant les besoins ressentis par les joueurs, il est intéressant de connaître leurs attentes à l'égard des réponses possibles à leur besoin. Ces attentes se résument par le désir de : recevoir de l'aide; rencontrer du personnel qualifié; recevoir des services différents; être écouté et compris; faire une introspection; transmettre de l'information à son entourage; avoir de l'aide pour régler ses problèmes financiers; suivre un programme structuré; obtenir des renseignements, des ressources, des services; se faire « sauver »; se faire convaincre; aucune attente...

On constate que la majorité des joueurs avaient des attentes élevées à l'égard de la participation, de l'implication ou des qualifications de leur intervenant et attribuent à ce dernier une grande part de la réussite – ou de l'échec – de leur démarche. Beaucoup s'attendaient à recevoir du soutien, des conseils, de la motivation, des solutions, des trucs ou des réponses à leurs problèmes et ce, de la part de spécialistes qualifiés et expérimentés. Plusieurs d'entre eux mentionnent qu'ils ne croyaient pas pouvoir être aidés par quelqu'un d'autre et n'avaient donc pas d'attente à l'égard de cette thérapie. Ils étaient très sceptiques devant les résultats qu'ils obtiendraient grâce à ces services. En effet, ils mentionnent qu'ils n'étaient pas très optimistes et ne pensaient jamais réussir à changer leurs habitudes.

Comme nous l'avons précisé plus haut, certains d'entre eux n'en étaient pas à leur première tentative et s'attendaient à obtenir quelque chose de nouveau, à trouver une ressource adaptée à la situation où ils se trouvaient à ce moment dans leur processus de rétablissement. D'autres encore allaient en thérapie pour être écoutés, compris, faire une réflexion personnelle et même, pleurer ou « faire du ménage ». Finalement, certains n'ont donc pas trouvé réponse à leurs questions et sont sortis amers et déçus de leur expérience.

Comme nous l'avons souligné à plusieurs reprises, il appert que la majorité des usagers s'y prennent à plus d'une fois pour régler leur problème de jeu. En effet, plusieurs d'entre eux ont vécu nombre d'expériences antérieures d'aide pour tenter de se sortir de cette situation inconfortable. Que ce soit de leur propre chef ou avec l'aide de professionnels ou de groupes d'entraide, ils rapportent avoir essayé souvent de se contrôler, d'arrêter de jouer ou de régler leur problème de jeu avant d'avoir recours à la thérapie proposée dans le cadre du programme expérimental de traitement des joueurs.

Les motivations qui les avaient alors incités à tenter de reprendre le contrôle de leur vie ou de ralentir leur rythme étaient sensiblement les mêmes que celles éprouvées lors de la dernière démarche.

**Tableau 3 Expériences antérieures d'aide pour régler un problème de jeu**

EXPÉRIENCES ANTÉRIEURES D'AIDE	
Démarche par soi-même	Démarche encadrée
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se contrôler par effort de volonté;</li> <li>- Donner le contrôle des finances à quelqu'un d'autre;</li> <li>- Payer ses choses au fur et à mesure;</li> <li>- Garder moins d'argent sur soi;</li> <li>- Faire activité avec entourage;</li> <li>- Se donner un horaire de jeu;</li> <li>- Diminuer les mises;</li> <li>- Déménager, changer de ville;</li> <li>- Se motiver avec un autre joueur;</li> <li>- Tenter de comprendre les pièges;</li> <li>- Moins fréquenter les endroits de jeu;</li> <li>- Contrôler sa consommation (boisson, drogue);</li> <li>- Remplacer par un autre jeu;</li> <li>- Se faire un contrat d'autocontrôle;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Appeler une ligne d'aide téléphonique (JAR, SOS-JEUX);</li> <li>- Aller au GA ou au JA;</li> <li>- Programme d'autoexclusion;</li> <li>- Suivre une thérapie externe;</li> <li>- Rencontres avec spécialistes;</li> <li>- Psychiatrie à l'hôpital;</li> <li>- Prendre des médicaments;</li> <li>- Faire une cure fermée dans une maison de thérapie;</li> <li>- Aller au CLSC;</li> <li>- Parler à son médecin de famille;</li> <li>- En parler à son PAE;</li> <li>- Thérapie cognitive au CQEPTJ;</li> <li>- Hypnothérapie;</li> </ul>

### 3.6. ADÉQUATION BESOIN/SERVICE

On sait que les services d'aide relatifs au jeu sont nouveaux au Québec. Étant donné l'aspect assez récent des traitements offerts aux joueurs et l'intérêt grandissant du gouvernement à s'investir dans ce dossier afin de trouver des solutions efficaces au problème de jeu pathologique, il est important de s'interroger sur les différentes démarches que les usagers ont faites pour trouver de l'aide et de savoir si leurs besoins et leurs attentes ont été comblés tout au long de ce processus. Alors que certains ont dû faire plusieurs démarches avant de trouver un endroit pour recevoir des services appropriés à leurs besoins, dans quelques cas précis, l'identification de la ressource d'aide est venue d'une référence obtenue lors d'une consultation externe pour un problème de santé (psychologue, psychothérapeute, médecin, travailleur social). En effet, quelques personnes se sont vues proposer ou imposer par différents intervenants de suivre une thérapie pour régler leur problème de jeu. Pour certains, les démarches ont été simples, rapides et satisfaisantes alors que pour d'autres, elles ont été complexes et effectuées en plusieurs étapes.

Les raisons qui ont motivé les usagers à opter pour un service plutôt que pour un autre varient aussi selon leurs besoins et leurs attentes, mais sont souvent liées à la disponibilité, à l'accessibilité et aux coûts de la thérapie.

On réalise que la période d'attente peut être, dans certains cas, un élément décisif de la poursuite ou de l'abandon de la démarche d'aide. Plusieurs usagers mentionnent qu'ils étaient en situation d'urgence quand ils ont cherché de l'aide et qu'ils auraient eu besoin d'une réponse immédiate. Même si certains organismes prévoient offrir un service de soutien, en attendant qu'une place se libère, tous n'y avaient pas accès, dans toutes les régions.

Tel que nous l'avons mentionné en introduction, plusieurs facteurs doivent être analysés si l'on veut connaître la satisfaction de l'utilisateur et les résultats qu'il a obtenus : la volonté du joueur à régler son problème; la mesure adéquate des besoins par le pourvoyeur de service; la négociation des besoins entre le client et le pourvoyeur; la concordance entre les besoins négociés et les services offerts; l'accessibilité des services et les effets ressentis.

Si certains se sont plaints du peu de ressources, de services, de soutien, d'argent et d'information mis à leur disposition et à celle de leur famille, d'autres ont louangé la qualité des services dont ils ont bénéficié. Ils mentionnent avoir grandement apprécié s'être sentis acceptés, écoutés, respectés dans leur rythme et accompagnés durant tout le programme. Certains précisent qu'ils ont pu négocier l'horaire, certains thèmes abordés en thérapie ou se faire entendre alors que d'autres prétendent le contraire.

Finalement, la majorité des personnes qui ont complété le programme ont signalé qu'elles trouvaient le programme adapté à leur besoin et à leur situation. Par contre, ceux qui ont abandonné la thérapie n'ont évidemment pas vu leurs attentes comblées et n'ont pas trouvé le programme adapté à leur situation : plusieurs des usagers n'en sont pas à leur première expérience de démarche thérapeutique et, pour certains, les résultats souhaités ont été obtenus après deux, trois et même quatre tentatives.

Il est intéressant de connaître, dès lors, quelles sont les raisons qui justifient un abandon des démarches chez les usagers rencontrés, raisons qui sont aussi apparentées aux motifs d'abandon des expériences antérieures. Le tableau suivant illustre les différents motifs d'abandon rapportés par les usagers qui ont abandonné leur dernière thérapie.

**Tableau 4 Motifs d'abandon de la plus récente thérapie**

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

### 3.7. SERVICES OFFERTS

Dépendamment de l'approche thérapeutique retenue par l'organisme, différents thèmes sont abordés lors des séances. On reconnaît néanmoins, parmi les thèmes mentionnés par les usagers, un certain nombre qui proviennent du protocole du CQEPTJ. Les usagers se rappellent, entre autres, avoir discuté de la définition du hasard, des pensées erronées, des mythes face au jeu, des problèmes relationnels, des situations à risque et de la prévention de la rechute. Plusieurs étaient étonnés, trouvaient les informations intéressantes, apprenaient de nouvelles choses, comme par exemple, que les chances de gagner sont pratiquement nulles compte tenu de la loi des probabilités. Enfin, certains réalisaient qu'il n'y a pas de stratégie dans les jeux de hasard, qu'ils n'ont pas, contrairement à ce qu'ils croyaient, le contrôle sur la machine. Quelques-uns ont même manifesté de la colère, de la rancune et disent avoir l'impression de s'être « fait avoir par Loto-Québec ». D'autres, cependant, estiment que ce qu'on leur apprenait était niais ou avaient l'impression d'être infantilisés.

Les usagers qui ont suivi des thérapies plus générales, c'est-à-dire incluant à la fois des éléments de l'approche cognitive et d'autres approches tels que l'analyse transactionnelle, la thérapie d'impact, l'art thérapie, l'approche des 12 étapes, etc. se souviennent avoir abordé des thèmes liés davantage aux émotions, rattachés à leur quotidien ou à leur passé. Durant leurs séances de thérapie, ils parlaient de leurs sentiments, tels que la frustration, la peur, la peine, ainsi que de la confiance en soi, de leur enfance et des points marquants de leur vie. Plusieurs en profitaient pour exprimer tout ce qu'ils avaient gardé trop longtemps en eux

alors que d'autres ne voulaient rien dire ou étaient bouleversés. Enfin la plupart des usagers qui recevaient une thérapie de relation d'aide disent avoir parlé de leurs problèmes, leur quotidien, leurs motivations et les solutions qu'ils envisagent. Règle générale, contrairement à ceux qui ont abandonné le programme, ceux qui l'ont complété considèrent que la majorité des thèmes abordés en thérapie aident la personne à cesser de jouer.

Concernant le matériel didactique utilisé, l'appréciation des éléments du protocole, les lieux physiques de la thérapie, les horaires, le besoin de groupes de soutien, de thérapie familiale ou de conseils financiers, la grande variété d'opinions exprimées par les usagers laisse penser que les éléments d'ordre théorique autant que d'ordre organisationnel du traitement doivent être pluriels pour répondre à la grande disparité des besoins.

### **3.8. RÉSULTATS OBTENUS**

Le cheminement des usagers dans cette démarche d'aide a entraîné des transformations dans leur vie. En effet, durant le traitement, ils ont vaincu plusieurs obstacles et retiré une certaine fierté de toute cette expérience. Le tableau suivant présente les éléments dont ils sont le plus fiers relativement à la démarche d'aide et aux victoires acquises sur eux-mêmes durant la thérapie.

**Tableau 5 Aspects bénéfiques de la démarche d'aide**

<b>ASPECTS BÉNÉFIQUES DE LA DÉMARCHE D'AIDE</b>	
<b>Fierté relativement à la démarche</b>	
<b>Succès de la démarche</b>	<b>Situation actuelle</b>
Avoir réussi à arrêter de jouer, à atteindre son but; Être abstinent; Avoir commencé et terminé la démarche; Avoir eu la volonté de se prendre en mains; Ne pas rechuter; Être capable de se contrôler; Être en mesure de continuer à vivre normalement, sans devoir éviter tous les endroits à risque; Avoir des outils pour travailler sur soi-même.	Rétablir ses relations (famille, amis); Apprécier la vie; Résoudre ses problèmes financiers; Retrouver son assurance et ses champs d'intérêt d'avant; Renouer avec ses valeurs (honnêteté); Ne pas avoir honte de soi; Être libre et ressentir une paix intérieure; Avoir fait le point sur sa vie, mieux se connaître; Avoir fait des prises de conscience; Capacité à prendre des décisions et à les maintenir.
<b>Apprentissage personnel</b>	
<b>Sur le plan comportemental</b>	<b>Sur le plan émotif</b>
Reconnaître que l'on est une bonne personne; Trouver pourquoi on a joué; Admettre qu'on peut être faible; Parler aux autres, dire ce que l'on pense; S'occuper de soi; Gérer son stress; Élargir ses horizons; Admettre son problème; Reconnaître ses limites; Découvrir ses comportements compulsifs; Réaliser que l'on est centré sur soi.	Faire un deuil; Établir des liens avec son passé; Écouter et respecter ses émotions; Avoir confiance en soi et en la vie; Être tolérant vis-à-vis des autres; Apprivoiser la solitude; Faire une introspection; Reconnaître le mal causé aux autres; Sortir de sa léthargie.

Les *résultats obtenus* ne se quantifient pas proprement dit. Ils ne se limitent pas non plus strictement à estimer le pourcentage de personnes abstinentes ou ayant rechuté, le nombre de personnes ayant complété ou non la thérapie. Ces résultats s'évaluent à une foule de détails qui ont fait en sorte que la qualité de vie des usagers s'est ou non améliorée : situation personnelle actuelle, position face au jeu, abstinence, rechute.

Le rétablissement va très souvent de pair avec l'amenuisement de problèmes de santé, dans certains cas, liés directement à l'arrêt de médication, au changement de mode de vie et à la découverte de nouveaux loisirs. L'aspect introspectif de la thérapie est vu comme élément positif puisqu'il a permis de remédier à certains problèmes éprouvés comme l'enfermement sur soi, la négation du problème, le mal-être, à un tel point que quelques répondants parlent même de suivre une autre thérapie plus globale et plus profonde. Règle générale, donc, la thérapie semble avoir permis de remédier aux problèmes personnels évoqués comme initiateurs de la recherche d'aide.

Cependant, la majorité des gens ayant abandonné la thérapie en tracent évidemment un bilan négatif par rapport à leurs attentes. En termes de résultats, le fait d'avoir « échoué », une fois de plus pour certains, est un échec qui amplifie ou rajoute aux problèmes éprouvés initialement. Pour certains répondants, la mort est une alternative inéluctable qui semble à peine moins cruelle que la vie: visiblement, le problème d'isolement et de découragement est amplifié par l'abandon du traitement, suggérant un suivi particulier pour les gens qui abandonnent.

Mais si l'on doit résumer l'apport prépondérant des thérapies sur ses usagers à travers l'analyse de leurs entrevues, le recouvrement des valeurs perdues semble constituer le point fort de l'apprentissage. Autant chez les usagers qui ont persisté dans l'abstinence que chez ceux qui font face à de plus grandes difficultés pour contrôler leurs habitudes, l'idée même qu'ils sont responsables de leurs actes semble constituer un acquis. L'existence des centres de traitement en soi est une affirmation que l'isolement et la solitude ne sont pas inéluctables pour les joueurs, et la pratique de suivis systématiques pourrait les conforter dans l'idée que cet accompagnement est durable. Globalement, il semblerait que la qualité de vie générale des usagers ait bénéficié des apports des traitements.

### 3.9. ÉVALUATION GÉNÉRALE

Afin de cerner les aménagements qui pourraient être souhaités par les usagers des services de traitement du programme expérimental, nous leur avons demandé une évaluation globale des services reçus. Les commentaires sont majoritairement positifs, ce qui confirme la tendance générale décelée à l'analyse des résultats obtenus dans la section suivante. Les commentaires négatifs proviennent majoritairement, mais pas exclusivement, des gens qui ont abandonné le traitement. Nous proposons ici un résumé sommaire des principaux éléments évalués :

**L'environnement :** L'aspect, l'atmosphère du lieu prédisposeraient favorablement le joueur, qui parfois « y va à reculons ». La situation géographique de certains centres de thérapie semble offrir la prise de distance, le dépaysement, l'isolement voire, nécessaires à un travail en profondeur sur soi.

**Nature du service (interne-externe-groupe-individuel) :** La thérapie interne permet non seulement une immersion mais le développement d'une dynamique et d'un sentiment de solidarité entre les usagers et le personnel. Un autre répondant affirme que sans thérapie fermée, il aurait échoué tant était grande sa tentation de jouer et nombreuses les machines dans son milieu habituel. Dans un organisme où les groupes sont mixtes, un répondant a quant à lui trouvé très positif d'être mélangé avec des gens qui souffraient de toxicomanie ou d'alcoolisme : son problème s'en trouvait du coup relativisé, sa perception du phénomène de dépendance enrichie. Par ailleurs, un usager souligne comment le fait d'entendre les histoires des autres lui a permis de relativiser ses propres épreuves. À cet effet, les séances de groupe et « *meetings* » font presque l'unanimité.



**Le personnel :** Globalement, l'introspection sur les causes du comportement, où ce qu'un répondant a joliment appelé le « décorticage », est considérée comme l'étape la plus aidante de la thérapie. Celle-ci est toujours liée, dans les propos des répondants, aux compétences du personnel. L'ouverture du personnel est un élément positif dans l'évaluation des services puisque certains répondants ont affirmé n'avoir jamais rencontré une telle qualité d'écoute dans leur vie familiale. Pour certains, leur « sauvetage » est attribuable à un intervenant en particulier. Par ailleurs, les usagers, qu'ils aient ou non terminé le traitement, estiment la capacité de certains thérapeutes à leur faire prendre conscience d'éléments fondamentaux de leur comportement ou de leur personnalité. De nombreux témoignages soulignent aussi la capacité des thérapeutes à « poser les bonnes questions », à « donner des trucs », des « mécanismes de protection dans les situations à risque », à discuter généreusement, à donner confiance. Il semblerait que ces capacités sont associées indifféremment à la formation du thérapeute, à sa personnalité, au fait qu'il ait ou non déjà eu des problèmes de dépendance. Finalement, le suivi post-traitement opéré par le thérapeute est évoqué comme élément fondamental du rétablissement.

**Matériel :** Le matériel distribué aux usagers est évoqué à plusieurs reprises par nos répondants comme ayant aidé mais de surcroît, comme aidant encore. Les joueurs ayant terminé leur thérapie déclarent les consulter encore. À l'étape du traitement, les devoirs et le fait de noter les moments et les pensées associées au désir de jouer ont été considérés aidants.

**Programme de traitement :** Certaines étapes des traitements impliquent l'inventaire ouvert par le joueur de sa propre vie, et des situations d'échanges profonds et intenses sont ainsi créées. Un des effets de ce processus est que le joueur se trouve dans une situation d'honnêteté. Dans une autre perspective, pour certains, le contenu moins émotif de la partie cognitive du traitement est vu comme élément positif. Mais les opinions à ce sujet sont partagées : pour d'autres, l'universitaire qui s'aide de son tableau et de ses statistiques pour démontrer qu'on ne peut gagner aux machines ne comprend rien aux pulsions des joueurs.

Le développement des habiletés à gérer « 24 heures à la fois » est perçu comme un outil précieux pour les usagers. Certains joueurs considèrent qu'à cet égard, les réunions de *Gamblers Anonymes* sont très aidantes.

Mais ce *qui marche* pour l'un *ne marche pas* pour l'autre, et c'est pourquoi nous retrouverons dans les prochains paragraphes des éléments en totale contradiction avec les précédents énoncés. Ainsi, l'autre côté de la médaille concernant les retraites fermées est qu'à leur terme, l'exposition des usagers « à la vraie vie » n'en est que plus brutale. Les activités de groupe et le manque d'autonomie étaient aussi considérés plus nuisibles qu'aidantes pour un répondant. Dans le même ordre d'idée, un répondant aurait préféré l'anonymat que lui aurait assuré la fréquentation d'un centre moins près de chez lui. Le problème est similaire avec les réunions de GA, peu nombreuses dans les régions.

Au sujet de l'hétérogénéité des groupes, un usager n'y trouve pas son compte puisque, adepte des loteries, il ne se sentait pas interpellé par les problèmes des joueurs d'ALV ou d'autres dépendants. Il semblerait que l'intégration des différents groupes ne se fasse pas toujours bien. En ce qui a trait aux modalités et au contenu des traitements, les

connaissances transmises dans le programme du CQEPTJ sont déclarées comme moins aidantes à cause de leur côté théorique, ce qui par ailleurs convient très bien à d'autres types de personnes. Un bon nombre de répondants trouvent les questionnaires écrits quotidiens sur leurs actes et pensées très fastidieuses et superflues, d'autant que ces examens de conscience sont répétés en thérapie.

### **3.10. AMÉLIORATIONS PROPOSÉES**

Le tableau suivant rapporte les aménagements aux programmes de traitement sur le jeu souhaités par les usagers, qui ont par ailleurs fait des suggestions qui dépassaient un peu le strict cadre de la thérapie. Nous les avons incorporées quand même, puisqu'elles reflètent les sensibilités et les besoins des personnes les plus directement susceptibles de parler en connaissance de cause.

**Tableau 6 Aménagements aux programmes de traitement sur le jeu souhaités par les usagers**

<b>Aménagements généraux</b>
- Plus de services en région
- Ligne téléphonique avec intervenant 24/7
- Possibilité d'intervention professionnelle de crise à domicile
- Meilleur réseautage avec les CLSC
<b>Avant le traitement</b>
- Moins de délais d'attente de traitement
- Plus d'information sur les services offerts (joueurs et proches)
<b>Pendant le traitement</b>
- Prolongement de la durée (peu importe la durée du traitement suivi)
- Raccourcissement de la durée (peu importe la durée du traitement suivi)
- Préférence pour le groupe et non l'individuel (en région surtout)
- 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)
- Plus de contenu portant sur la motivation
- Plus de contenu portant sur les facteurs familiaux, économiques, culturels
- Matériel d'information plus résumé, distinct selon les dépendances
- Gratuité ou baisse des frais pour les thérapies internes
- Système d'autoexclusion efficace
- Diversifier les services
- Faire payer la thérapie par les assurances (privées ou assurance maladie)
- Visite avec le thérapeute au casino
<b>Après le traitement</b>
- Disponibilité d'aide pour les rechutes
- Importance de garder le contact, un suivi, des liens...
- Suivi post thérapeutique d'un an payé par le gouvernement
- Disponibilités d'arrangements financiers
- Maison communautaire d'hébergement, de formation et de réinsertion pour ceux qui ont tout perdu
- Programme gouvernemental de réinsertion
<b>Concernant le jeu</b>
- Arrêt de la publicité trompeuse
- Regroupement des ALV dans les casinos
- Plus de budget au traitement et à la prévention
- Affichage sur les ALV de leur fonctionnement et taux de retour aux joueurs
- Colloques sur les dangers du jeu
- Employé disponible pour les joueurs à problèmes au casino

En résumé, ce rapport démontre assez bien que le programme en place est bénéfique et gagnerait à plus de flexibilité et d'hétérogénéité, puisque ce qui conviendra à un joueur risque de n'être pas approprié pour un autre. Permettre un maximum d'ajustements, c'est aussi maximiser les chances de réussite et de rétablissement, dans une optique de réduction des méfaits.



#### 4. LE POINT DE VUE DES INTERVENANTS

Avant de dégager les grandes lignes de l'évaluation concernant le point de vue des intervenants sur le protocole de traitement du CQEPTJ, voici les grandes lignes de ce protocole.

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 jeu* <sup>6</sup> ». 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 clients 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 le client, à diagnostiquer si le jeu est un problème prioritaire et si le client 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. 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.

---

<sup>6</sup> 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, p. 6.

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 le client vulnérable et moins réceptif au travail qu'exige le volet cognitif ou à ses effets. Il est donc nécessaire d'outiller le client 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 nous donnerait une charge d'environ cinq rencontres.

Les promoteurs du programme prévoient par ailleurs une ou deux rencontres pour préparer le client 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 le client de succomber à son envie ou de récidiver suite à une rechute.

Une dernière rencontre avec le client, **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 post-traitement**, à trois, six et douze mois permettent de vérifier si ces acquis se sont maintenus dans le temps.

Au total, le client a connu une démarche de traitement d'un minimum d'une vingtaine de rencontres et, si le traitement a produit son effet attendu, il 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 et questionnaires avec les intervenants nous en donne une très bonne idée.

#### 4.1. MÉTHODES

Dans un contexte où les services offerts aux joueurs pathologiques peuvent varier notablement 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.

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 quatre régions soit : Montréal, Laval et Montérégie (1), Québec et Chaudières-Appalaches (2), Outaouais (3), Bas-Saint-Laurent, Gaspésie, Îles-de-la-Madeleine (4). 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. La grille de codage a été développée sur le modèle thématique de l'entrevue 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, se sont rajouté en cours de codage les éléments non inclus au schéma d'entrevue mais abordés par les intervenants.

Un questionnaire a été administré à la totalité des intervenants des centres de traitement du Québec. Dans le but de colliger une information plus systématique sur le profil, la pratique et la clientèle des intervenants. Des 106 questionnaires envoyés<sup>7</sup>, 91 nous ont été retournés (pour un excellent taux de réponse de 86 %) et ont été analysés. Il porte donc 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'intervention.

#### **4.2. LES FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX D'ADAPTATION DU PROGRAMME D'ÉVALUATION ET DE TRAITEMENT DES JOUEURS EXCESSIFS**

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 plusieurs facteurs influençaient 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 géographiques), 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.

#### **4.3. L'ORIENTATION THÉRAPEUTIQUE DU CENTRE DE TRAITEMENT**

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). Les distinctions traditionnelles de mandat entre les établissements de traitement internes et externes, ainsi que la disponibilité ou non de services (toxicomanie et alcoolisme, suivi en santé mentale, suivi médical, réinsertion, aide aux proches, conseil financier, aide à l'emploi et à l'habitation, etc.) conditionnent naturellement les variations dans les services offerts.

Plus généralement parlant, depuis quinze ans, les programmes d'intervention en toxicomanie 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* »<sup>8</sup>. Le Programme d'évaluation et de traitement des joueurs

---

<sup>7</sup> Ce qui correspond à la totalité à ce moment des intervenants du programme expérimental.

<sup>8</sup> 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.

excessifs semble aller à l'encontre de cette tendance puisqu'il 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 jeu.<sup>9</sup> Cette approche de réduction de méfaits a donc pu, elle aussi, teinter l'application du protocole.

#### 4.3.1. L'orientation thérapeutique de l'intervenant

Les intervenants recevant le programme de formation du CQEPTJ avaient pour la plupart une expérience et une approche thérapeutique préalables, cumulant en moyenne 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 validées qui leur conviennent. 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. Les résultats du questionnaire démontrent une grande variabilité dans les approches thérapeutiques utilisées par les intervenants.

**Tableau 7 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

87 % des intervenants disent utiliser souvent ou toujours l'approche cognitivo-comportementale du CQEPTJ, mais 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). L'adhésion à une approche thérapeutique ou l'autre s'explique en partie par la diversité des motivations subjectives<sup>10</sup> et des inclinaisons personnelles (expérience de vie, spiritualité, vision de la

<sup>9</sup> 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.

<sup>10</sup> Cette dimension du travail de l'intervenant n'a cependant pas été questionnée de façon explicite pendant l'évaluation.



dépendance, etc.). Il est à supposer que même une formation uniforme et des exigences de certification professionnelles uniformes ne sauraient empêcher cette variabilité.

#### **4.3.2. L'expérience de travail en toxicomanie**

La pratique est conditionnée par un ensemble d'éléments tels la formation, l'expérience antérieure, les approches face à la dépendance. À 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 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. La similitude entre les critères diagnostics, l'épidémiologie et le cours du traitement de la toxicomanie et de la dépendance au jeu suggère la possibilité d'adapter au traitement du jeu pathologique des solutions 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.

#### **4.3.3. 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 sociodémographiques 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. Un des problèmes rencontrés est lié à l'éloignement lorsqu'un usager requiert des services en interne, par exemple, et au 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.

#### **4.3.4. Offre de jeu**

D'une part, l'offre de jeu varie selon la région. On peut donc faire l'hypothèse que les populations de joueurs des régions périphériques 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.

#### **4.3.5. 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. 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 ».

#### **4.3.6. Taille de la population, traitement de groupe et anonymat**

La taille réduite du bassin de population de certaines régions et la relative proximité communautaire font en sorte que les traitements de groupe sont parfois évités en région. La constitution de groupe serait trop longue, et l'anonymat est beaucoup plus difficile à préserver. Même si les intervenants n'excluent en général aucune solution qui puisse aider le joueur à se rétablir, l'alternative des fraternités GA en région est peu développée. Les 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 liée à l'indisponibilité en région de conditions maximales de 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.

#### **4.4. 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 sociaux<sup>11</sup>, 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, par exemple, de problèmes de santé mentale, peut amplifier une propension au jeu mais hypothéquer la réussite de solutions, par

---

<sup>11</sup> Sharpe, L. (2002). A reformulated Cognitive-behavioural model of problem gambling: A Biopsychosocial perspective. *Clinical Psychology Review* . 22 .1-25

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. La moitié des personnes qui ont été traitées dans le cadre du programme expérimental ont déjà été traitées aussi pour au moins un des problèmes suivants : alcoolisme, toxicomanie, autres dépendances et santé mentale (voir Rapport sur les indicateurs d'implantation).

En fait, la présence de dépendances multiples augmente la probabilité qu'un joueur cherche de l'aide<sup>12</sup>. L'intervenant peut donc s'attendre à retrouver parmi sa clientèle une proportion substantielle de personnes aux prises avec d'autres dépendances.

Cette situation 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. Mais le manque de réseautage avec des institutions spécialisées quand une référence s'imposait et l'inadéquation de certains aspects cognitifs du programme du CQEPTJ avec l'état de santé des usagers restent à résoudre.

Un autre facteur d'adaptation du protocole de traitement concerne les attentes des clients. L'a priori du CQEPTJ 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. Par ailleurs, 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.

En termes de services, en raison de la relative récence de la problématique du jeu pathologique et en l'absence d'une grande notoriété des services, les usagers soit ne savent pas à quoi s'attendre, soit s'attendent plutôt au modèle psychothérapeutique traditionnel. Nos données démontrent que les intervenants estiment que la relation thérapeutique et la ventilation sont des facteurs-clés de la réussite du traitement, ce qui irait dans le sens de ce que les usagers attendent d'une thérapie.

Le travail sur les habitudes de jeu est évidemment à l'agenda de la plupart des intervenants. Ils ont chacun 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 clients 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

---

<sup>12</sup> 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.

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 le client. Si presque deux tiers des intervenants visent à long terme l'arrêt de jeu, ils refusent de l'imposer aux joueurs. 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 et que la modalité *traitement de groupe* permet moins de s'adapter aux attentes de chaque individu.

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... Beaucoup restent fonctionnels mais éprouvent de la détresse face à leur faiblesse, à la perte de leurs idéaux, à la perte d'estime personnelle. 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 programme »<sup>13</sup>, 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 concurrence d'autres problèmes d'ordre conjugaux, professionnels, financiers, de santé mentale ou de toxicomanie et d'alcoolisme.

#### **4.5. LES ÉTAPES DE TRAITEMENT DU PROGRAMME D'ÉVALUATION ET DE TRAITEMENT DES JOUEURS EXCESSIFS**

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.

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. Voici une synthèse des modifications qui ont été apportées au protocole prévu.

---

<sup>13</sup> Programme d'évaluation et de traitement des joueurs excessifs, p. 7.

**Tableau 8 Synthèse des modifications apportées au protocole prévu**

Étapes et exercices	Ajout/retrait/aménagement
<b>Évaluation</b>	Retrait des outils South Oaks Gambling Screen (SOGS), Eysenck, Beck 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 Évaluation accrue de l'aspect affectif/émotif/qualité de vie Autres outils : DEBA-JEU, IGT.
<b>Analyse de la séance de jeu</b>	Abstention pour ne pas raviver le désir de jouer Report après ventilation/crise, report à plus tard 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)
<b>Définition du hasard et situations à risque</b>	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 »
<b>Erreurs de pensée</b>	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
<b>« À moi de jouer »</b>	Abstention car redondant à ce stade Administration précoce, au début et également sur la totalité des séances Verbalisation plutôt qu'écriture en regards des « lacunes » et « retards » cognitifs Tentative d'adaptation du discours pour les joueurs en interne qui ne peuvent mettre à l'épreuve les acquis dans l'immédiat
<b>Dimension comportementale</b>	Étalement sur la totalité du traitement Emphase ou exclusivité du comportemental quand doubles problématiques Établissement dès le début d'un plan financier
<b>Prévention de la rechute</b>	Étalement sur toute la durée du traitement Dédramatisation précoce de la rechute Scénarisation de la rechute Travail sur l'ivresse mentale Proposition de groupes GA comme prévention de la rechute

**4.6. PRÉOCCUPATIONS SOULEVÉES PAR LES INTERVENANTS**

Différents aspects du traitement ont été soulevés par les intervenants comme étant inadaptés à certaines réalités et donc susceptibles de modification, de bonification. Les commentaires suivants concernent des points auxquels les intervenants se sont montrés sensibles.

#### 4.6.1. L'attente

Les périodes d'attente varient de 24 heures 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 clients, 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'utilisateur 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 attiré. 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.

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 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'usagers et des ressources disponibles par secteur permettrait de diminuer l'attente entre la demande de service et l'admission en thérapie.

#### 4.6.2. L'évaluation

D'emblée, les chercheurs<sup>14</sup> 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.

Si les intervenants sont unanimes à déclarer que la lourdeur de l'entrevue diagnostique est une entrave à la rétention des usagers 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,

---

<sup>14</sup> Voir 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, et Griffiths, M., & MacDonald, H.F. (1999). Counselling in the treatment of pathological gambling: An overview. *British Journal of Guidance & Counselling*, 27: (2). 179-190.

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.

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 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.

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 et de permettre une utilisation différenciée dépendant du profil de l'utilisateur 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.

#### **4.6.3. Les abandons et les complétions**

Le taux d'abandon 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 % des joueurs en services externes abandonnent le traitement avant sa complétion (voir Rapport sur les indicateurs quantitatifs).

Les intervenants ne comptabilisent cependant pas chaque abandon comme un échec<sup>15</sup>, puisqu'un certain nombre de ces personnes peuvent avoir abandonné parce qu'elle avait acquis suffisamment de contrôle ou résolu de problèmes pour « voler de leurs propres ailes ». 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. 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.

---

<sup>15</sup> Pas plus qu'une complétion du traitement n'est un succès d'office. Chevalier, S. & al. (2004). L'abandon de traitement chez les joueurs pathologiques, *in* L'Intervenant 20 (2), pp.8-11.

**Tableau 9 Les motifs d'abandon de thérapie selon les intervenants**

Relatifs à l'utilisateur	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		
Sensation de guérison		
Le client n'est que venu « tester » le programme	Pas assez de contenu sur la motivation	
Incapacités cognitives		
Désir d'interne		
Minimisation de ses problèmes de jeu relativement aux autres		
Désir de continuer à jouer		

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. La nature très technique du protocole de traitement du CQEPTJ semblerait, selon certains intervenants, 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.

#### 4.6.4. Les suivis post-traitement

La difficulté de réaliser le suivi post-traitement de la façon prescrite par le protocole du CCQEPTJ 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 suivi post-traitement du programme du CPEPTJ est une activité réalisée peu fréquemment. Parmi les personnes éligibles à être suivies, les taux sont de l'ordre de 13 % à 3 mois, de 9 % à 6 mois et de 6 % à 12 mois.

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 le client 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.

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.

#### **4.6.5. 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 ressource du Centre Le Passage mandatées par le MSSS, les 25 et 27 mars 2003.

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).

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. À ce stade, au niveau thérapeutique proprement dit, il y aurait à analyser quelles portions spécifiques du programme gagneraient à être faite en intégrant les proches.

#### **4.6.6. 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 employés ou d'assurances. Cette barrière est décuplée quand la clientèle de points de service de régions éloignées requiert un traitement en interne.

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.

#### **4.7. 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 qui hésite à se faire côtoyer dans un même groupe un « *monsieur professionnel médecin avec une madame « borderline »*, de peur de les *perdre* tous les deux. 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.

Le problème de la durée du traitement a aussi été soulevé à plusieurs reprises : dans le cadre de traitement externe, la majorité des intervenants s'accorde à dire que la durée du traitement et le nombre de séances devraient être établis relativement à l'état et aux objectifs

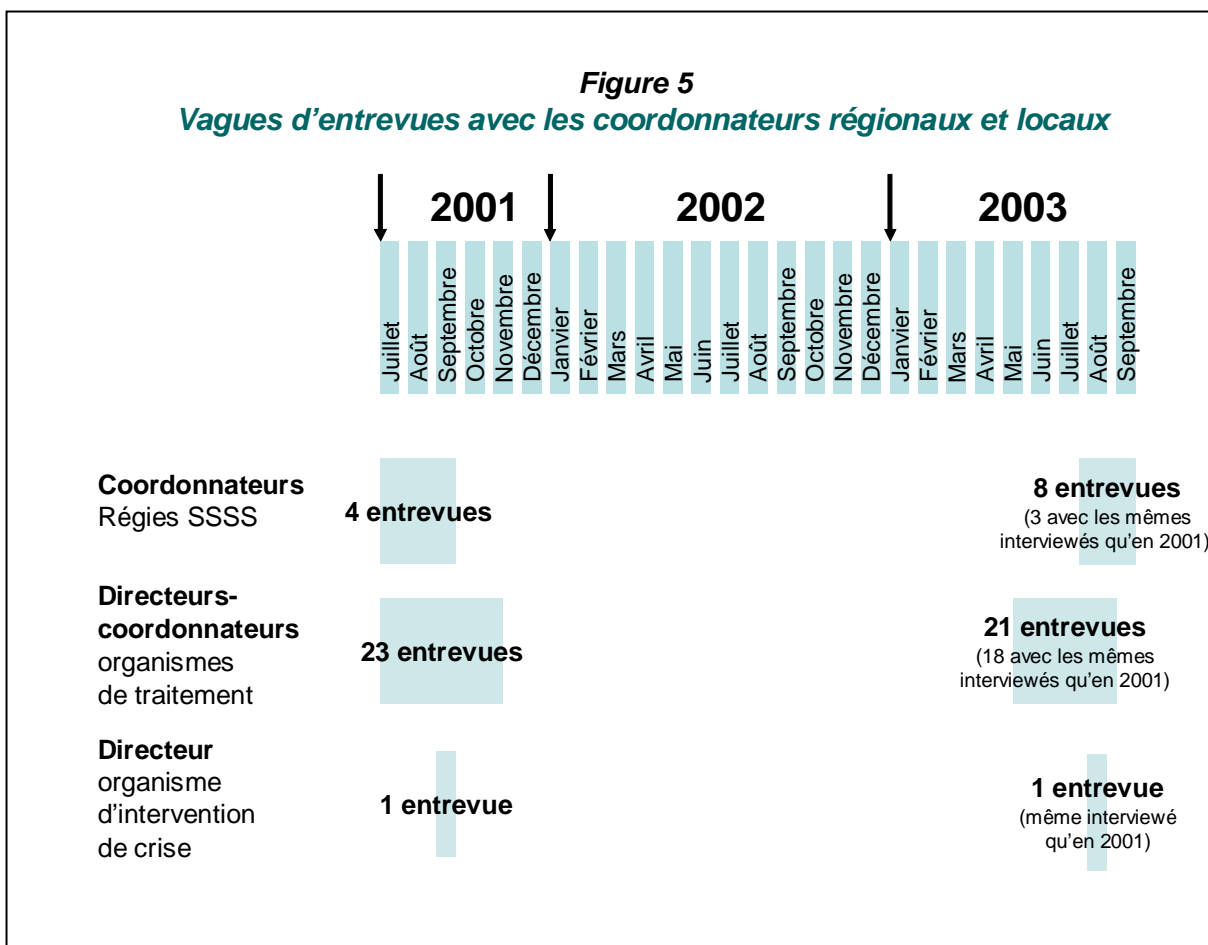
de l'usager et non selon une norme immuable. La norme, néanmoins, plutôt que de relever des prescriptions spécifiques au CQEPTJ, est souvent déterminée par la charge de travail des intervenants.

Finalement, témoignant de leur éclectisme, les intervenants nous ont parfois fait part d'innovations et d'initiatives de toutes envergures dans le cadre de leurs fonctions : recours au logiciel Slot Machine Tutorial, site Internet, informatisation des questionnaires d'évaluation, cafés rencontre, pense-bêtes de l'aide mémoire en cas de rechute, jeux de rôles, cartes de reconnaissance, conférences, art et musicothérapie, relaxation et méditation, etc. Les thèmes abordés sont également plus larges que ce qui est prévu au protocole puisque les intervenants travaillent, selon un intervenant entendu lors de la journée sur le jeu pathologique, les thèmes de « l'estime de soi », de « l'impulsivité », de la « responsabilisation et de la victimisation », de la « réappropriation du pouvoir et de la conscience sociale », du « plaisir et de la satiété », de la communication non violente. La plupart considèrent que ces thèmes, initiatives ou « trucs thérapeutiques » devraient être connus des autres intervenants, disséminés par le biais d'échanges et de rencontres ponctuels, sinon par le biais d'un site Internet interactif.



## 5. LE POINT DE VUE DES DÉCIDEURS ET COORDONNATEURS RÉGIONAUX

### 5.1. MÉTHODE



Le matériel analysé dans ce rapport a été recueilli dans deux vagues d'entrevues réalisées à 75 % en entrevues individuelles. À l'occasion une ou d'autres personnes ont pu se joindre à l'entrevue pour compléter certaines informations. Ce choix était celui de l'interviewé principal en situation d'entrevue. Le nôtre était de privilégier l'entrevue individuelle. Toutes les entrevues de la première vague ont été faites en face à face; pour des raisons d'économie, les deux-tiers de celles de la seconde vague l'ont été au téléphone. Dès la première vague, les personnes interviewées savaient qu'une seconde entrevue examinerait éventuellement le chemin parcouru sur les mêmes thèmes que ceux explorés dans la première. Il n'y avait donc pas de surprise sur le contenu de l'entrevue. Le guide d'entretien était disponible pour ceux qui voulaient le consulter avant l'entrevue. La figure 3 indique le nombre d'entrevues de chacune des deux vagues.

L'augmentation du nombre d'entrevues avec les coordonnateurs régionaux a doublé pour la simple raison que les premières entrevues avaient été faites avec les coordonnateurs des sites-pilotes qui, au début du projet, regroupaient un certain nombre de régions.

Les sites-pilotes regroupaient les régions suivantes :

Site de la grande région de Montréal (Montréal/Laval/Montérégie)

Site de la grande région de Québec (Québec/Chaudière-Appalaches)

Site de la grande région du Sud-Est (Bas-St-Laurent/Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine)

Site de l'Outaouais (Outaouais)

L'abandon graduel et partiel de ce mode de coordination supra-régional a créé un repli sur une coordination régionale plus active, accompagné d'une redistribution du personnel responsable. C'est ce qui explique que les entrevues de seconde vague ont été plus nombreuses avec un plus grand nombre de nouveaux interviewés.

Dans le cas des entrevues avec les coordonnateurs locaux de centres de traitement, le nombre d'entrevues a diminué parce qu'un organisme a dû abandonner le programme expérimental parce que ses activités ne correspondait pas au mandat pour lequel il était financé, et un autre négociait une modification de son mandat et n'était pas disponible pour une entrevue à la période prévue. Par ailleurs, dans 18 des 21 entrevues de la seconde vague, on retrouve le même interviewé principal qu'en 2001. Nous avons repris aussi l'entrevue avec le responsable d'un centre de crise qui avait été identifié par le MSSS en 2001 au bloc d'organismes mandatés pour développer un réseau de traitement. L'expérience de cet organisme auprès des joueurs et ses liens solides avec un organisme de traitement en faisait un exemple de réseau intervention de crise - traitement à examiner.

L'analyse des entrevues de la seconde vague cherche à cerner les changements dans l'implantation depuis 2001. Elle effectue un travail de comparaison avec les entrevues de la première vague et le contenu du rapport précédent (Rapport 6). Les guides d'entretien de la seconde vague ont été modifiés pour interroger les coordonnateurs sur les transformations produites ou observées depuis 2001, ce qui permet d'avoir leur propre vision de ce processus de changement. Les autres thèmes du guide d'entretien sont sensiblement les mêmes que ceux de la première vague. Ils portent principalement sur la trajectoire du joueur dans l'organisation, l'approche de traitement et le réseau de services mis en place.

Il est important de rappeler que le matériel d'entrevues est le discours d'acteurs sur différentes thématiques que couvre le guide d'entretien. Ce discours est constitué d'une composante d'évocation, qui rappelle des faits et événements, et d'une composante d'énonciation, qui fait état de prises de positions, de jugements. Même une évocation, parce qu'elle décide d'effectuer une sélection dans les faits rapportés, n'est pas exempte d'une dimension d'énonciation. L'analyse d'entrevues est l'analyse des représentations des acteurs, dans le sens où ils se construisent une idée de la réalité (une entrevue est un acte public) et représentent leurs intérêts personnels ou ceux de leurs groupes. Seul le travail d'analyse et de synthèse, en comparant les discours des acteurs entre eux, en les situant dans leur contexte, en les replaçant par rapport à ce qui est tu (le non-dit du discours) ou dit ailleurs (littérature scientifique, autres expériences) permet de dresser un portrait plus complet et nuancé de l'objet d'évaluation soumis aux commentaires de chacun des interviewés. Ce portrait demeure évidemment partiel, mais il n'en est pas moins utile aux acteurs s'il leur donne une vue d'ensemble qui questionne les points de vue respectifs et les fait avancer dans le dialogue.

## 5.2. ÉVOLUTION DES RÉSEAUX RÉGIONAUX

Notre objet d'évaluation est donc largement constitué par le système d'implantation du programme de traitement et sa différenciation dans le temps sous l'impulsion des besoins locaux et des orientations régionales et provinciales. Une première image de cette différenciation, tirée des informations obtenues lors des entrevues, est présentée à la figure 4. On y voit l'évolution des positions des différents organismes de traitement entre les zones de modalités de traitement. Il y a trois modalités de traitement fondamentales : le traitement externe individuel (en face à face avec le thérapeute), le traitement externe en groupe et le traitement interne (traitement intensif avec hébergement). Le fait de dire qu'un organisme donne un traitement en groupe signifie que l'essentiel de la démarche thérapeutique se fait en groupe. Cela n'exclut pas la possibilité de rencontres en face à face avec les joueurs pour de l'évaluation, des problèmes ou des activités spécifiques mieux adaptées à un rapport individuel. Même commentaire pour un organisme qui choisit la modalité de traitement individuel. Il peut y avoir à l'occasion des activités de groupe. Le traitement en interne d'ailleurs se fait principalement dans des activités de groupe complétées par des rencontres individuelles avec des thérapeutes. Mais ce qui caractérise l'interne est l'intensité et l'hébergement qui isole le joueur de son environnement à risque. Les trois représentent en quelque sorte des actes de foi sur la capacité d'une modalité de faire le travail thérapeutique : la relation directe et continue avec le thérapeute, le soutien d'un groupe, la parenthèse dans un milieu protégé. Ces actes de foi ne sont toutefois pas des dogmes puisqu'il est admis globalement par les coordonnateurs des organismes de traitement qu'une seule démarche de traitement ne peut répondre aux besoins de tous les joueurs. D'où les efforts de différenciation qui se manifestent de deux manières, soit qu'un établissement diversifie ses approches de traitement, soit que des établissements avec des approches différentes se mettent en réseau. L'idée originale des sites-pilotes multi-régions visait au départ à permettre cette seconde possibilité, ce qui a été réalisé en partie, nous y reviendrons plus loin. La figure 4 montre que bien que la majorité des établissements se sont maintenus dans leur modalité de traitement de départ, il y a eu une tendance à la diversification des démarches à l'intérieur des établissements ayant une forte clientèle<sup>16</sup>, y compris dans certains cas en ajoutant des expériences de traitement à l'interne. Il demeure que le traitement en interne est assumé majoritairement par les organismes communautaires, certains y étant retournés ou assignés avec le temps.

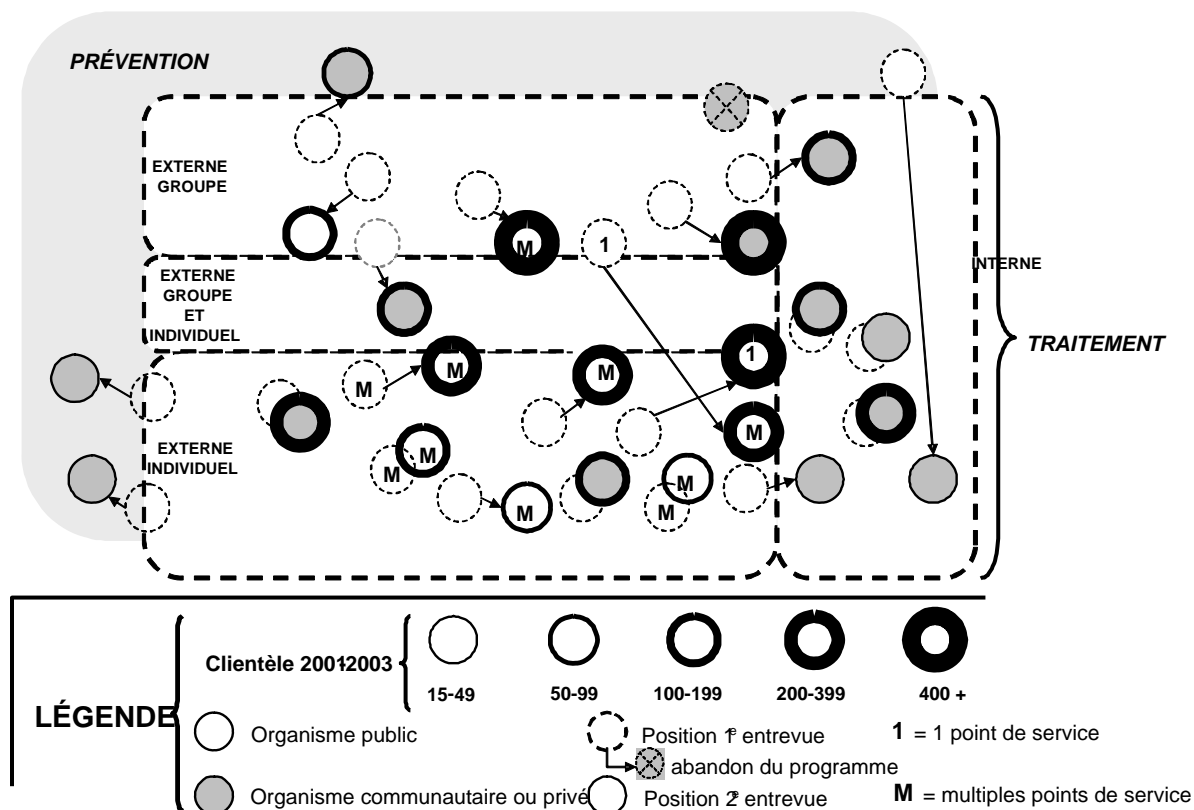
On remarque aussi que quelques organismes du communautaire ont migré vers la prévention. Entendons-nous encore une fois. Il y a évidemment un travail de prévention qui se fait dans chaque organisme de traitement et qui peut prendre différentes formes : le thérapeute qui donne des conseils de prévention (désigné aujourd'hui en santé publique par l'expression de « pratiques cliniques préventives »), la prévention des rechutes qui est intégrée au traitement, le soutien et le suivi post-traitement, les services aux proches, la promotion du programme qui nécessairement donne des informations sur les risques associés au jeu. Mais dans les cas qui nous intéressent, ce sont des organismes qui ont laissé le traitement pour se concentrer sur un travail de promotion de la santé, de dépistage

---

<sup>16</sup> Les tailles de clientèles indiquées sur la figure 4 sont tirées des données du monitoring quantitatif recueillies pour la période allant de mai 2001 à juin 2003. Nous avons créé des catégories de taille pour avoir un indicateur sommaire de la capacité de traitement de chaque organisme.

ou à la limite d'intervention brève auprès de personnes vulnérables. Le programme expérimental avait été amorcé en se concentrant sur le traitement de joueurs pathologiques, sur le palier secondaire des soins. Deux années d'intervention marquent un retour en arrière vers le palier primaire de la détection et des soins précoces. Certains établissements y ont perdu la vocation initiale qu'on leur avait attribuée.

**Figure 6**  
**Évolution des modalités de traitement 2001 -2003**



La figure précédente indique finalement qu'il y a eu une tendance à la délocalisation des services. Pour répondre sans doute mieux aux exigences que posent les déplacements pour la clientèle, certains établissements ont augmenté le nombre de leurs points de services. Quelques-uns avaient déjà cette orientation au départ, ayant à couvrir de vastes territoires. D'autres l'ont fait plus tard pour répondre à la demande des clients, dans la mesure où ils pouvaient se permettre de créer des points de services multiples. Certains organismes urbains ont ajouté un point de service à l'établissement principal pour faciliter l'accessibilité. D'autres ajustements ont aussi été apportés pour faciliter l'accessibilité. Nous y reviendrons plus loin.

L'utilisation de cette figure montre la complexité de la mise en place d'un programme provincial de traitement et, par conséquent, de notre objet d'évaluation.



Elle permet de constater trois tendances dans l'évolution récente de ce réseau :

- une tendance de **division** globale du travail qui associe le secteur public au traitement externe et le secteur communautaire au traitement interne et à la prévention;
- une tendance à la **diversification** intra-établissement externe sur l'utilisation des modalités de traitement individuel et en groupe;
- une tendance à la **délocalisation** des services par l'augmentation du nombre d'établissements qui ont ajouté un ou plusieurs points de services à l'établissement-directeur.

On peut définir sommairement un réseau de services de traitement comme un ensemble d'établissements qui offrent à un joueur la possibilité d'obtenir des services complets, accessibles et continus de traitement de ses problèmes de jeu, de ses comorbidités et de leurs conséquences. Le programme expérimental sur le jeu pathologique a d'abord été orienté en 2001 vers la création de services de traitement externe dans quatre sites-pilotes dont trois couvraient plus d'une région. Les établissements mobilisés étaient des organismes publics, privés et communautaires, dont certains de ces derniers donnaient déjà des services internes pour le jeu. Comme on l'a vu plus tôt (voir figure 4), les organismes avaient déjà des préférences pour diverses modalités de traitement. À partir de 2002, à cause des difficultés liées au fonctionnement des sites-pilotes et de la demande d'un plan d'action régional, le MSSS a demandé un repli de l'organisation des services sur une base régionale.

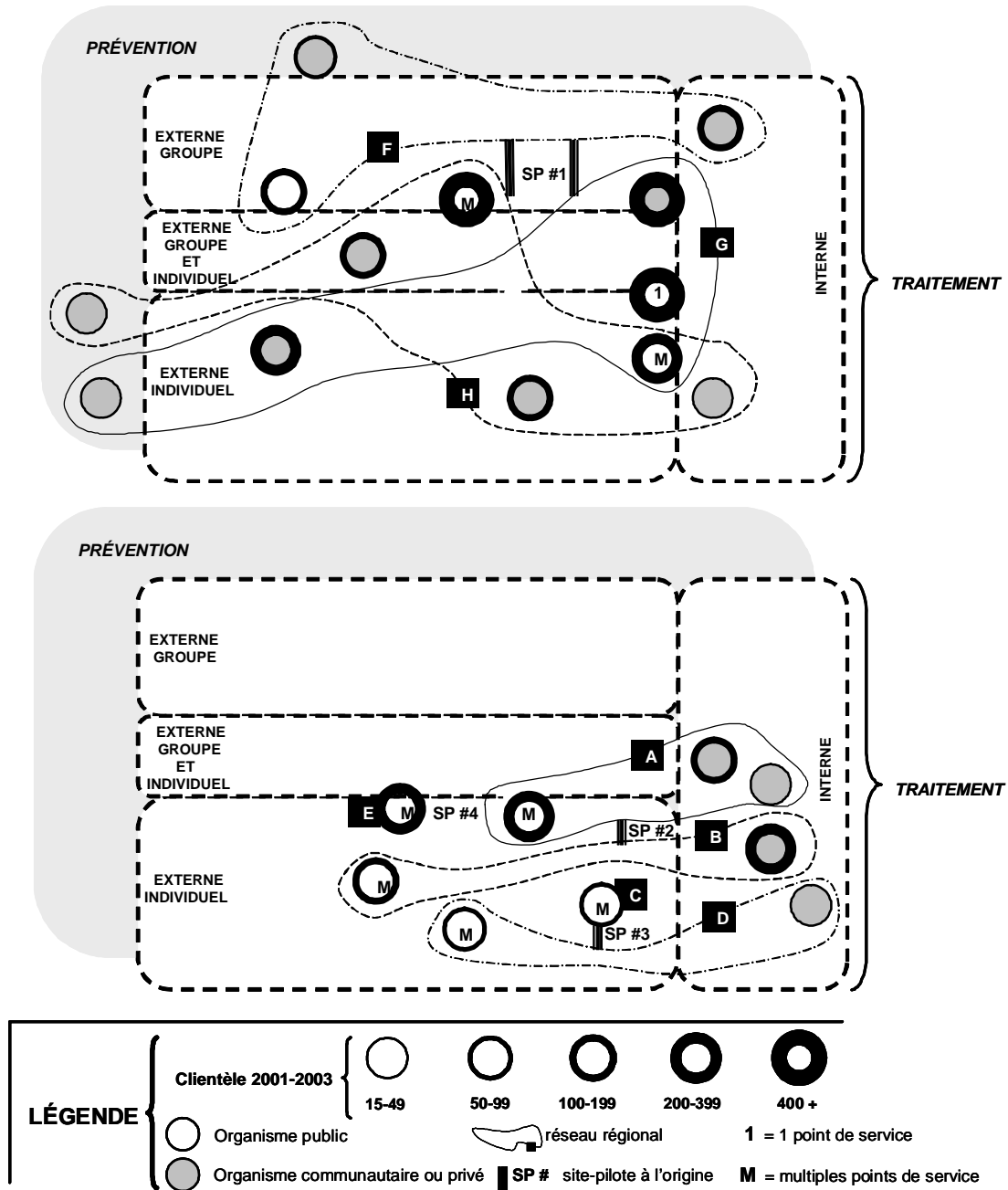
Pour bien situer ce que les coordonnateurs régionaux nous disent, nous reprenons à la figure 6 les positions des organismes de traitement en 2003 selon leurs modalités de traitement, en les regroupant cette fois par région. Sont aussi indiqués les sites-pilotes qui regroupaient certaines régions. Cette répartition régionale fait ressortir un certain nombre de constats :

Les régions à forte clientèle, sans services de traitement interne à l'origine, ont réussi (F et H) ou cherchent (G) à en développer.

Les points de services multiples (régions B, C, D, E, H) se retrouvent hors des régions fortement urbanisées (A et G).

Les modalités de traitement en groupe ou groupe-individuel semblent être facilitées dans les régions (G, H et A) où les clientèles sont importantes.

**Figure 7**  
**Réseaux de services de traitement 2003**



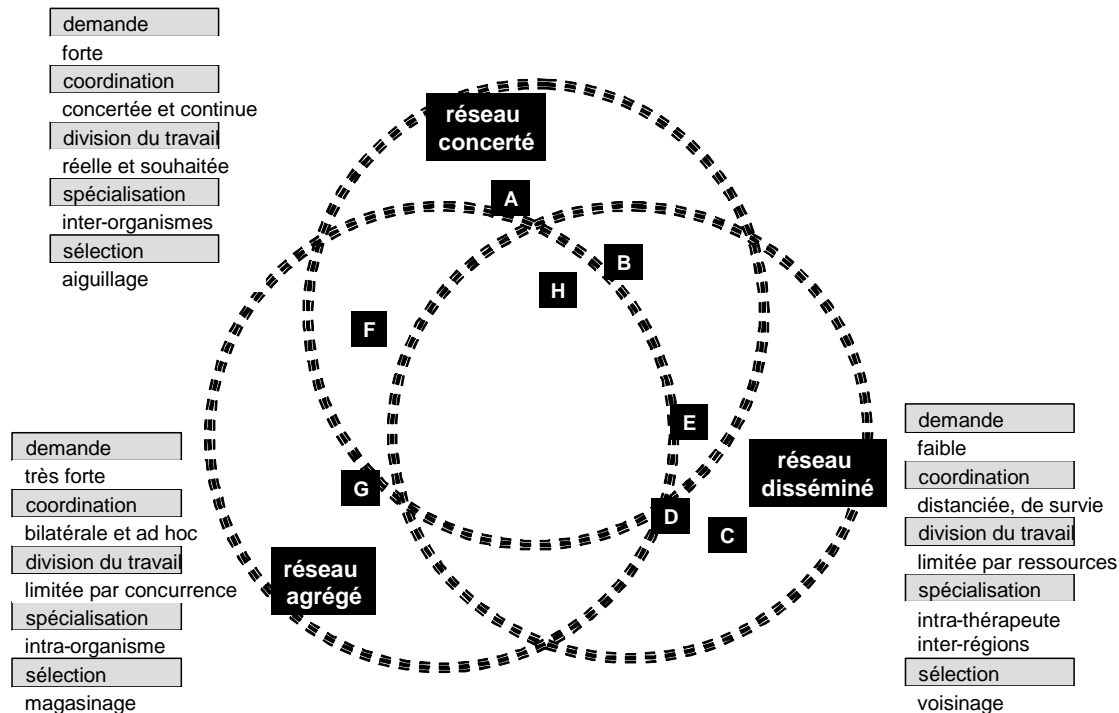
L'analyse des entrevues éclaire ces observations. Entre autres, elles laissent apparaître une vision des réseaux que les figures précédentes ne peuvent pas montrer. On y voit que la création d'un réseau de services repose sur des déterminants spécifiques à chaque région et à son histoire d'intervention sur le problème du jeu et les autres problèmes de dépendance. Cela ne signifie pas qu'on ne peut pas les caractériser et les comparer. Une lecture le moins attentivement des deux années de développement des services dédiés aux problèmes du jeu laisse voir trois types fondamentaux de réseaux. Chaque région ne correspond pas parfaitement à un type, elle se situe plutôt dans un espace où se superposent les types, leur position laissant voir une tendance (voir figure 7). Ces positions ne sont pas non plus constantes, elles peuvent et elles ont varié dans le temps, mais elles reflètent toujours, selon le discours de dirigeants, des combinaisons des trois types fondamentaux.

Le **réseau concerté** est le réseau de services où les organismes de traitement agissent de concert pour offrir les services les mieux adaptés aux besoins du client. Le développement de ce type de réseau est favorisé par la présence ou la volonté d'avoir une division du travail inter-organismes qui permet cette adaptation. La structuration d'un tel réseau n'est possible que si elle repose sur des mécanismes de coordination forts (lieux décisionnels d'échange et d'orientation) et d'une clientèle suffisante qui assure la survie de chacun des organismes. Le réseau concerté pourrait aussi être nommé réseau spécialisé dans la mesure où chaque organisme développe un domaine d'intervention spécifique. Il est aussi réseau intégré si ces domaines spécifiques sont complémentaires les uns avec les autres. Il dispose d'un mécanisme d'aiguillage qui permet l'orientation des joueurs vers la bonne ressource.

La spécialisation est donc portée par l'ensemble des organismes du réseau. Le réseau concerté semble représenter un idéal dans la mesure où les ressources limitées, les vastes territoires à couvrir, l'impossibilité de développer toutes les expertises et le maintien de l'identité organisationnelle constituent des facteurs omniprésents qui appellent la contribution et la coopération avec d'autres organismes. Il s'agit d'un idéal difficile à atteindre toutefois, en fait l'existence de types de réseau agrégé et distribué.

Le **réseau agrégé** découle de la présence de nombreux organismes avec un mandat semblable (traitement externe) et d'une demande très forte de services de traitement. La coordination y est principalement bilatérale (le palier régional avec chaque organisme local) et axée sur les problèmes immédiats plutôt que le moyen terme, ce qui renforce les initiatives locales et l'effet de concurrence entre les organismes. Le liant de l'agglomérat est la répartition et le mouvement de la clientèle entre les organismes, mouvement favorisé par l'offre et l'accessibilité plus grande, la renommée et les efforts plus marqués de promotion des organismes. Il se produit un phénomène de magasinage des services par les joueurs et de spécialisation intra-organisme des services (groupe et individuel, externe et interne) pour ceux qui disposent de ressources suffisantes. Le clientélisme (le fait de s'organiser pour attirer et garder la clientèle) est le principe intégrateur du réseau. Voici une figure qui illustre bien cette vision.

**Figure 8**  
**Positionnement des régions en 2003**  
**selon les types de réseaux de services de traitement**



Le **réseau disséminé** est caractérisé par les situations où la clientèle est répartie sur un vaste territoire et la demande de services insuffisante (pouvant questionner à terme la survie du service) pour permettre l'allocation de ressources nombreuses. Un seul organisme est souvent responsable d'un grand territoire et la solution de survie pour la couverture de la clientèle est la dissémination de points de services qui se rapprochent d'une clientèle limitée dans ses déplacements. Le choix de l'organisme de traitement est donc très lié à sa proximité, à son voisinage. Les professionnels mobilisés dans les points de services n'accordent pas nécessairement tout leur temps au traitement du jeu et pourtant la spécialisation pour mieux répondre aux besoins des joueurs ne peut que reposer en grande partie sur leurs épaules. Il y a donc un dilemme entre le rapprochement de la clientèle et le développement de l'expertise en traitement du jeu. La formation continue et la formation à distance sont perçues comme moyens de compenser l'isolement des professionnels. Certains services (les services internes entre autres) ne demeurent accessibles que par un déplacement de la clientèle, parfois en dehors de la région.

Bien qu'il puisse y avoir un type dominant, la réalité régionale est formée dans la majorité des cas de la combinaison de ces types fondamentaux. C'est la situation, par exemple, des régions qui ont à faire face à la fois à une demande urbaine concentrée et une demande régionale dispersée. Le passage d'une coordination de sites-pilotes supra-régionaux à une gestion régionale a aussi provoqué des déplacements entre ces formes de réseaux.

La région G est le plus près du modèle agrégé. L'analyse des entrevues nous montre une forte tendance à une différenciation interne des établissements pour couvrir différentes modalités de traitement (externe individuel ou de groupe, interne, ou combinaison des trois). Cette tendance est largement favorisée par un mode de coordination qui contribue au financement d'initiatives et d'expérimentations proposées par un organisme ou une petite coalition d'organismes. Cette région est aussi caractérisée, à cause de la taille de sa clientèle et le financement qui en découle, par la procédure la plus systématique de planification des activités de prévention et de promotion. La région F tend vers un réseau concerté. Elle a retrouvée avec la régionalisation la complémentarité qui s'était forgée dans le développement des services publics-communautaires pour l'alcoolisme et les toxicomanies. Les ressources limitées ont entraîné aussi une réflexion et des efforts pour mieux définir et vivre la distinction entre la première et la deuxième ligne. Ces efforts en sont toutefois à leurs premiers pas. La région H a aussi profité de la régionalisation pour tendre vers plus de concertation. Elle a réussi à amorcer une division du travail entre les organismes publics et communautaires pour répartir les efforts entre l'externe et l'interne, et favoriser une continuité entre l'un et l'autre. À cause de l'étendue du territoire, cette région ne peut éviter une certaine dissémination des ressources pour rapprocher les services de la clientèle. Elle cherche à répondre à cette dispersion de l'expertise par l'organisation d'un noyau fort de formation qui va assurer le maintien des compétences. La région A est la plus près du modèle concertée. L'effort pour apparier chaque joueur au bon service existe depuis le début et suppose des lieux de concertation fonctionnels. Un autre signe de cette perspective tient aux décisions d'intégrer des organismes communautaires au réseau de services en leur confiant des mandats qui reconnaissent leurs compétences alors qu'un réseau aggloméré aurait plutôt eu tendance à confier ces mandats à des organismes en place, qui doivent parfois développer en même temps ces compétences. La région B continue de vivre sur les acquis du modèle d'appariement développés avec la région A dans le cadre du site-pilote, mais sa situation de dispersion des ressources dans plusieurs centres favorise la multitude de portes d'entrée dans le réseau qui rend l'application du modèle plus difficile. Cette tendance à la déstabilisation du réseau est renforcée par les difficultés d'orientation du centre de traitement interne qui a connu des problèmes de gestion et a perdu de sa légitimité. Avec la région D, on entre dans les réseaux plus clairement disséminés. Elle a dû abandonner son option de départ de centraliser le traitement du jeu géographiquement et professionnellement. Pour se rapprocher de la clientèle, elle a dû multiplier les intervenants qui ne peuvent avoir le jeu comme seul champ d'expertise, et elle ne peut compenser par une formation aussi intensive que celle prévue dans la région H. De plus, elle doit déployer des efforts plus grands pour rejoindre une clientèle qui est plus rare et se fait plus discrète. La région C vit la même situation avec encore plus d'acuité parce que le territoire est moins densément peuplé et les ressources plus réduites. La région E se situe entre ces dernières régions et la région H. Elle vit une situation de dissémination dans plusieurs points de service où la clientèle est faible. Par ailleurs, la maison mère de

l'organisme couvre une clientèle plus importante, augmentée par la présence d'un casino à proximité. Elle a un potentiel d'intervention et de formation plus grand. Un problème aigu de roulement du personnel de thérapeutes a toutefois ralenti la progression de développement du réseau de services et temporairement handicapé la continuité dans les traitements.

## 6. CONCLUSION

### 6.1. LE TRAVAIL DE MONITORAGE

Il apparaît malaisé 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.

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. À 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 coordonnateurs et 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 le client, en fonction de l'intervenant ou du groupe qu'on lui désignera.

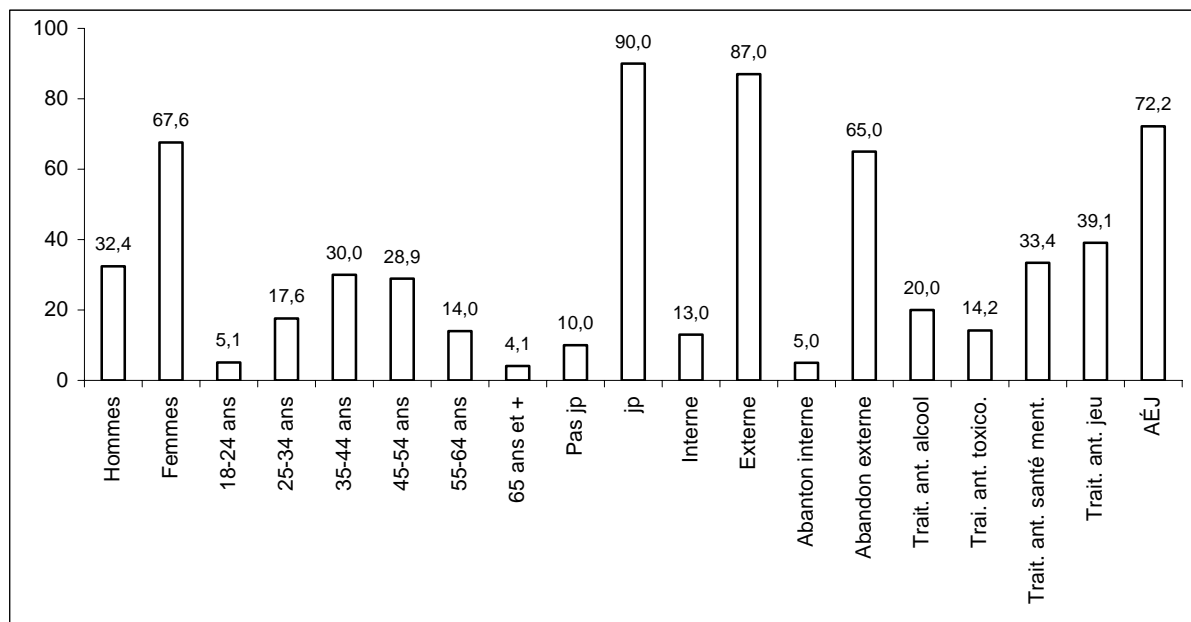
À cet égard, l'évaluation de l'application du Programme d'évaluation et de traitement des joueurs excessifs ne peut se faire dans une perspective mécaniciste qui consisterait à quantifier le taux de complétion ou le taux d'abstinence à l'issue d'un traitement. La réalité est que, dans l'ensemble des 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 ».

Les résumés précédents ont donc mis en relief cet aspect mosaïque des services offerts et reçus. Nous tenterons en conclusion de mettre en relief ce que l'analyse du programme des points de vue des usagers, intervenants, coordonnateurs et des indicateurs d'implantation nous permet de dégager comme constantes et à quels nouveaux défis ils nous invitent.

## 6.2. INDICATEURS D'IMPLANTATION

L'analyse quantitative de la base de données des 4 310 inscriptions répertoriées entre mai 2001 et décembre 2003, dans les 23 centres de traitement du programme, nous a permis de cerner les caractéristiques sociales des joueurs qui se sont fait traiter ainsi que les problèmes avec lesquels ils se présentent dans les établissements. Globalement, les informations livrées par les indicateurs d'implantation suggèrent d'optimiser certains aspects de l'organisation des services et du contenu des traitements.

**Figure 9 Caractéristiques des usagers du programme expérimental sur le jeu pathologique (%)**



N = environ 4 310.

Sur le plan des caractéristiques des usagers, la sous représentation des jeunes et la sur représentation des femmes dans les services est remarquée, ainsi que la très forte proportion d'usagers qui consultent pour des problèmes liés aux appareils électroniques de jeu. Soixante-douze pour cent d'entre eux avaient joué aux ALV dans la semaine précédant leur inscription au programme. Par ailleurs, la proportion de clients qui déclarent avoir été traités dans les 12 mois précédant leur inscription pour un problème autre que le jeu (drogues, alcool, autres dépendances et problèmes de santé mentale) est considérable, soit de 32 %.

En raison de la gravité de l'état de certains usagers (nos données démontrent que 48,5 % des joueurs pathologiques ont eu des idées suicidaires dans l'année précédant l'admission et 9,5 % des joueurs pathologiques ont fait des tentatives de suicide dans l'année précédant l'admission), des efforts de réduction des listes d'attentes et des délais liés à l'éloignement des services devraient être envisagés. Pour cette même clientèle plus hypothéquée sur le



plan de la santé et de l'autonomie financière, les coûts du traitement interne ont également un effet dissuasif.

Globalement, près de 44 % des joueurs traités ont complété le programme. Un peu plus de 56 % ont abandonné. Les personnes qui ont reçu les services en interne ont complété dans une proportion de 95 % le programme de traitement comparativement à 35 % chez les personnes en externe. En moyenne, un traitement interne complété dure 30 jours et se réalise sur 70 rencontres. En comparaison, un traitement externe se déroule sur une période de 19 semaines et implique 27 rencontres. Ce nombre de rencontres, pour l'externe, correspond à ce qui avait été proposé dans la formation du CQEPTJ. Plus de 74 % des joueurs qui avaient un score de joueur pathologique probable à l'inscription sont en deçà de ce score au congé. Un peu plus de 16 % de ces joueurs pathologiques le sont toujours au congé. Le score moyen passe de 7,1 à 1,9. Par ailleurs, ce score connaît une légère hausse aux suivis de 3 mois (2,2) et 6 mois (2,4).

Il y a une diminution de l'intensité moyenne du jeu pour une proportion importante des joueurs entre l'inscription et le congé (93 %), et entre le congé et les suivis de 3 et 6 mois (75 %). Ces résultats sont toutefois limités par le fait que les suivis post-traitement, de même que l'utilisation des outils d'évaluation, ne couvrent qu'un pourcentage limité de clients (entre 10 et 15 % de ceux qui ont complété le traitement), soit parce qu'ils refusent ces suivis, soit parce que les organismes de traitement ou les intervenants n'arrivent pas ou choisissent de ne pas les faire.

Les défis mis en relief par le rapport sur les indicateurs d'implantation concernent donc d'une part l'organisation des services et, d'autre part, le contenu du traitement.

### **6.3. LES USAGERS**

Nos résultats démontrent que l'hétérogénéité et la complexité des profils des joueurs, lesquels présentent des expériences et des problèmes différents, nécessitent une grande diversité des services offerts pour le traitement du jeu pathologique. Nous vivons dans une « société à options », comme le rapportait si justement une intervenante, et les services pourraient être pensés dans cet esprit. La complexité provoquée par les différentes réalités vécues par les joueurs, requiert une panoplie de services pour répondre efficacement et adéquatement à leurs besoins spécifiques. Si plusieurs usagers ont rapporté leur satisfaction des services et de l'aide dont ils ont bénéficié dans le cadre du programme expérimental de traitement pour le jeu, d'autres n'ont pas atteint leurs objectifs. Il est important ici de préciser que ces insatisfactions sur les résultats obtenus ne sont pas qu'influencées par les services reçus, mais subissent aussi l'influence des facteurs propres à l'utilisateur, par exemple : la volonté ou les motivations du joueur de vouloir s'en sortir; le degré de sévérité des problèmes et des conséquences que le jeu amène dans sa vie; les pressions externes qu'il subit ou qui justifient ses démarches; ainsi que le fait qu'il soit prêt ou non à commencer une thérapie.

Il s'avère que les raisons formulées par les joueurs pour consulter varient notablement en fonction des motifs pour lesquels ils consultent. Cependant, le découragement, l'impuissance et le désir de retrouver ses valeurs seraient des motivations très importantes dans la prise de

décision, et c'est souvent en dernier recours que les joueurs vont demander de l'aide. Il est donc essentiel d'être prêt et disponible lorsque le joueur manifestera son besoin d'aide. En effet, tous soulignent qu'ils veulent réussir à se contrôler ou à cesser de jouer après des séances de jeu intensives. Il serait donc opportun d'envisager le développement de l'aide et des services aux joueurs lorsqu'ils en requièrent, c'est-à-dire à la fin des activités de jeu (au casino, dans les bars ou les hippodromes) et de viser la diminution du temps d'attente entre l'offre et la demande. De plus, l'analyse des discours met en relief la difficulté à identifier les ressources d'aide et la disponibilité des services, suggérant le maintien des efforts consentis dans l'information offerte aux joueurs et à leur entourage. Deux dossiers sont aussi soulevés par les usagers. Celui de la prévention, qui consiste à informer la population de la réalité et des risques du jeu. Celui de la sensibilisation, afin de faire connaître – et reconnaître – la problématique du jeu à tous les acteurs concernés : employeurs, personnel évoluant dans les aires de jeu, entourage des joueurs, personnel médical, etc.

Le premier contact semble aussi très significatif pour le joueur qui décide, souvent pour une première fois, de demander de l'aide. Que ce soit par l'entremise d'une ligne d'aide, d'un organisme spécialisé, d'un CLSC ou de tout autre endroit où il s'adresse, il voudrait être en mesure de recevoir une réponse ou une aide rapide, pertinente et efficace. Dans ce sens, il est essentiel de travailler en partenariat concerté et de développer des ressources d'aide qui soient accessibles et disponibles pour les joueurs en tout temps.

Pourtant, une difficulté semble se présenter à différents endroits. Alors que certains organismes reçoivent un trop grand nombre de demandes pour les ressources dont ils disposent, d'autres en revanche – et surtout dans les régions périphériques – éprouvent des difficultés à rejoindre les joueurs ou à les convaincre de venir consulter pour leurs problèmes. La solution réside vraisemblablement dans un travail à long terme qui consisterait d'une part à faire connaître à la population la réalité du jeu et les services offerts, et d'autre part, à mettre les joueurs en confiance en leur offrant des services de qualité, qui ont fait leurs preuves.

Le nombre important d'usagers qui ont dû s'y reprendre à plusieurs fois pour s'en sortir et le nombre élevé d'abandons et de rechutes durant ou après le traitement suggèrent la nécessité d'arrimer les services offerts avec les besoins et les attentes des clients. Certains se sont dit insatisfaits de la nature des services, de leur peu d'accessibilité, des frais encourus afférents aux thérapies internes, du manque de connaissances de certains intervenants en matière de jeu de hasard et d'argent et, finalement, du manque de profondeur du programme cognitif. Toujours pour contrer l'abandon et la rechute, on suggère de systématiser les suivis post thérapie ou différentes formes de soutien et de groupes d'entraide.

Finalement, selon les usagers, il apparaît important de développer des services flexibles qui permettent un maximum d'ajustement et de latitude, de continuer de se questionner sur l'offre de jeu croissante ainsi que de mettre au point des mécanismes et des approches qui conviennent à la réalité de tous les types de joueurs.

## 6.4. LES INTERVENANTS

L'évaluation qualitative des *variations* des activités de traitement a permis de documenter en quoi les intervenants adoptent ou adaptent les modalités de traitement prévues. Comment ont-ils utilisé 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 thérapeutique<sup>17</sup>, 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 »<sup>18</sup>. 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.

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 usagers<sup>19</sup>. Mais Delfabbro<sup>20</sup> 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 :

---

<sup>17</sup> 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.

<sup>18</sup> Rappelons que la moitié des personnes qui ont été traitées dans le cadre du programme expérimental ont été traitées aussi pour un moins un des problèmes suivants : alcoolisme, toxicomanie, autres dépendances et santé mentale dans l'année précédant leur entrée en thérapie.

<sup>19</sup> Selon quelques intervenants, un effort plus intensif de l'industrie dans cette direction constituerait une aide appréciable.

<sup>20</sup> Delfabbro, P. (2004). The stubborn logic of regular gamblers: obstacles and dilemmas in cognitive gambling research. *Journal of gambling studies* 20 : (1). 1-21.

« *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* »<sup>21</sup>.

Un bémol important 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 abstinentes 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.

En ce qui regarde 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, et qui est vraisemblablement peu populaire, sa fonction devrait être présentée aux intervenants comme incontournable et sa facture gagnerait à plus de convivialité et de simplicité 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 la recherche d'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 QCEPTJ qui découle aussi d'un contexte de recherche. La collecte des données a présenté une somme importance 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 auprès des usagers.

Finalement, il est 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, les intervenants 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* ».<sup>22</sup>

---

<sup>21</sup> Ibid, p. 16.

<sup>22</sup> Rugle, L., Derevensky, J., Gupta, R., Winters, K., & Stinchfield, R. (2001). *The treatment of problem and pathological gamblers*. Washington, DC.

## 6.5. DÉCIDEURS ET COORDONNATEURS RÉGIONAUX

Le dernier rapport portant sur les décideurs et les coordonnateurs régionaux analysait une seconde série d'entrevues réalisées auprès de responsables régionaux et locaux d'implantation de services sur le jeu pathologique, principalement de services de traitement. Un premier rapport avait analysé une première série d'entrevues qui décrivait principalement l'implantation du programme de traitement cognitif-comportemental proposé par le CQEPTJ et donné en formation à l'ensemble des thérapeutes des organismes de traitement sélectionnés pour le programme expérimental. Cette première analyse nous avait permis de tirer les conclusions suivantes :

- De manière générale, les responsables reconnaissaient l'intérêt d'avoir eu, dans la formation du CQEPTJ, un accès à une connaissance de la problématique du jeu et à une des clés du traitement, soit le rôle des pensées erronées sur le sentiment de maîtrise du jeu et la nécessité de faire un travail de restructuration de ces pensées dans le traitement. En même temps, il reconnaissait que la problématique du jeu pathologique était plus complexe et qu'il fallait disposer d'autres clés pour le traiter.
- Les services de traitement se sont organisés autour de cette décision de considérer pouvoir agir de manière efficace, du moins optimale, avec le modèle du CQEPTJ, ou de ne pas considérer pouvoir le faire et, par conséquent, d'élargir le cadre des principes et des outils de traitement. Ce choix était aussi influencé par le contexte dans lequel les services ont été développés. Ceux qui ont pu travailler le plus efficacement avec ce modèle sont ceux qui l'ont adapté pour le traitement en groupe et qui ont eu une demande suffisante pour assurer des groupes de taille et de fréquence suffisantes, de même que le soutien en ressources nécessaires pour les suivre. Le passage du traitement individuel au traitement en groupe n'est qu'une des adaptations qui ont été nécessaires pour rendre le modèle opérationnel. Une autre adaptation a été de créer des activités de transition (accueil, motivation, préparation au travail de groupe) pour maintenir et s'assurer de la motivation des joueurs entre le moment de la demande et celui du début du groupe de thérapie. Il y a eu aussi des développements importants pour la précision et le renforcement du volet comportemental du programme. La mise en place d'un programme pour le soutien des joueurs face à leurs problèmes financiers en est un exemple. Ces adaptations ne sont pas spécifiques aux organismes de traitement qui ont choisi la voie du modèle cognitif-comportemental. Elles ont été expérimentées à des degrés divers par tous les centres. Les organismes qui ont pris la position de traiter les joueurs dans la perspective plus large de prendre en compte la diversité (autres dépendances) ou la profondeur (causes de leurs dépendances) de leurs problèmes ont dû aussi avoir des mécanismes de transition quand la demande était trop forte pour les ressources. Même si le traitement se faisait la plupart du temps dans le cadre de la relation en face à face avec le thérapeute, ces mécanismes ont souvent pris la forme d'activités de groupe. Dans les cas de situations où la demande était insuffisante pour les ressources, le processus de traitement était entièrement individuel, d'autant plus qu'il s'agissait de thérapeutes isolés dans des points de services de régions éloignées.

- Les efforts de consolidation du processus de traitement ayant surtout porté dans les premiers mois sur la période de transition entre le premier contact et le début de la thérapie, de même que sur l'approche thérapeutique proprement dite, les faiblesses et le sous-développement des zones subséquentes du processus ne sont apparues que plus tard. Il est tout de même apparu dans les entrevues que la question du suivi post-traitement, de la réinsertion sociale des joueurs, de même que le soutien aux proches devraient faire l'objet de précisions et de développements dans un avenir rapproché.

Après deux années de fonctionnement, que nous révèle une nouvelle série d'entrevues? Essentiellement que la majorité des organismes ont maintenu leurs orientations originales de traitement. Le passage des sites-pilotes supra-régionaux à une coordination principalement régionale et la reconnaissance par le MSSS de la nécessité d'une diversité de modes de traitement (en externe et en interne) a même ramené plusieurs organismes à la vocation qu'ils avaient avant d'être tous orientés sur l'externe au début du programme. Il s'agit dans ces cas d'un retour à une division du travail régional qui s'était bâti dans le domaine du traitement des toxicomanies. Le renforcement des liens avec l'organisation des services en toxicomanie est d'ailleurs une tendance lourde de ces deux années. Mais même si la grande majorité des établissements ont maintenu leurs orientations initiales, on peut tout de même noter certains changements significatifs. Les organismes à forte demande ont eu tendance à faire une différenciation interne de leurs propres services pour s'ajuster aux besoins de leur clientèle et offrir des traitements de groupe ou individuels, de même que des possibilités d'hébergement. Cette tendance a été exacerbée là où la coordination régionale était faible. Les organismes aux prises avec une demande dispersée sur de vastes territoires ont eu tendance à ouvrir plus de points de services pour mieux couvrir la clientèle, en même temps qu'ils renonçaient à spécialiser leurs ressources uniquement pour le jeu, cette situation posant le défi des compétences et de meilleurs mécanismes de formation et de liens entre les organismes. Dans les faits, la volonté de faire se concerter régionalement ou supra-régionalement des organismes de traitement dans une division du travail complémentaire se heurte constamment à cette force centripète du repli clientéliste (plaire et maintenir sa clientèle dans un univers partiellement compétitif) et cette force centrifuge de la dispersion pour se rapprocher d'une clientèle éloignée ou rare. Avec un minimum d'efforts de coordination, la majorité des régions sont arrivées à développer un réseau concerté de services pour le jeu. La mobilisation du leadership de compétence des membres des organismes de traitement paraît être un atout essentiel dans ce type de coconstruction d'un réseau de services. C'est cette recherche de complémentarité et de comblement des zones grises du processus de traitement qui ont permis des adaptations nouvelles. L'organisation de services de traitement dans des lieux de proximité pour des groupes plus vulnérables (pauvres et itinérants fréquentant un CLSC, toxicomanes fréquentant un organisme de travail de rue) en est une. Une autre est le développement d'un service de stabilisation permettant à un joueur en traitement externe, sur le point de rechuter, de pouvoir bénéficier d'un isolement en hébergement de quelques jours pour rétablir son contrôle et reprendre son traitement. Une dernière, toute aussi importante, touche les efforts de plusieurs régions pour organiser une première ligne dans les CLSC et les organismes communautaires. Les entrevues n'ont pas laissé entrevoir toutefois si ces efforts, touchant les frontières de services non spécifiquement dédiés originellement ou financés pour intervenir sur le jeu, ont

commencé à produire des résultats intéressants sur le plan d'une meilleure référence vers la deuxième ligne.

Quant aux trois zones du processus de traitement qui devaient faire l'objet de précisions et de développements, les réactions des coordonnateurs laissent entrevoir le chemin parcouru. Sur le suivi post-traitement, la question n'était pas tant de savoir si les thérapeutes étaient ouverts aux demandes des clients après leur traitement. Il semble que chaque organisme ait pour principe d'être disponible à un ex-client qui a besoin d'une écoute ou d'un soutien immédiat. Le problème tient plutôt au sens à donner au suivi post-traitement dans l'ensemble du traitement. Le programme du CQEPTJ a entretenu la confusion entre suivi post-traitement et suivi d'évaluation, ce qui a été renforcé par le processus de monitoring. Le suivi post-traitement ne peut servir qu'à vérifier le maintien des acquis du traitement; il doit les renforcer et ouvrir d'autres voies d'amélioration de la qualité de vie. Il semble qu'une majorité des organismes aient travaillé dans ce sens, celui de maintenir le contact avec le joueur pour questionner son cheminement. Les organismes de traitement interne avaient déjà cette vision du suivi post-traitement dès le départ et l'actualisait dans des suivis multi-stratégiques, à la fois individuels, de groupe et familiaux. Les organismes publics urbains, de traitement externe en individuel, ont aussi tendance à prendre cette voie du multi-stratégique. Par ailleurs, les autres organismes de traitement individuel, publics ou communautaires, se maintiennent majoritairement dans une option de suivi post-traitement individuel et exceptionnellement de groupe. La question du suivi post-traitement et de la relation proximité-distanciation avec le joueur, comme celle d'ailleurs de la transition du début, reste largement tributaire de la délimitation même du traitement et de la capacité de traitement. La position la plus claire est celle qui dit que le nombre de joueurs à traiter laisse peu de place à un suivi actif, surtout si les joueurs n'en manifestent pas le désir. Un autre veut que l'effort du suivi doive porter sur les joueurs qui ont terminé le programme dans une situation de fragilité. Une autre encore se définit comme porte ouverte à la poursuite d'activités de groupe qui, à la limite, finissent par ressembler à une reprise d'un processus de traitement de groupe. On le voit par ces différentes positions, marquant des efforts réels pour consolider le traitement, que le suivi post-traitement reste encore mal défini et justifié dans toutes ses dimensions.

Pour ce qui est du soutien aux proches, les efforts sont nettement plus précis. Ils sont toutefois aussi très variables. Une majorité d'organismes sont ouverts à l'accueil du conjoint dans le cadre du processus de traitement, la plupart du temps pour situer le conjoint par rapport à la problématique du jeu, à la nature du traitement et à son rôle dans le traitement. La thérapie de couple ou familiale demeure l'exception. Ces tendances existaient déjà dès l'amorce des services de traitement. La nouveauté tient plus à la mise en place de services de soutien spécifiquement dédiés aux proches. Là encore, on retrouve les modalités les plus diverses : rencontres individuelles (de 1 à 5), sessions de groupe (une rencontre par semaine pour 3, 8, 10, 18, ou un nombre illimité de semaines), soutien intensif en interne (2 à 5 jours). Ces services sont offerts pour la plupart autant aux proches de joueurs en traitement qu'à ceux de joueurs qui ne le sont pas. Dans un cas, on a donné un mandat régional à un organisme communautaire pour qu'il se concentre sur le soutien des proches de joueurs non en traitement. L'ouverture notée dans cette multitude d'approches et de

durées, à l'écoute des propos des coordonnateurs, relève de logiques locales qui ne sont pas explicitées.

Quant au développement du volet de réinsertion sociale, il demeure encore largement un objet de réflexion plutôt qu'un objet d'expérimentation. Chaque organisme a évidemment un certain nombre de ressources ou de mécanismes de liaison pour favoriser le soutien des joueurs dans le retour ou l'engagement dans certains domaines du quotidien (des loisirs alternatifs, le soutien à la gestion budgétaire), mais une vision systématique et une organisation régionale structurée de ce domaine d'intervention sont toujours sur la planche à dessin. Les obstacles sont nombreux dont le premier qui est le fait que les ressources de ce type sont rares et déjà mobilisées par d'autres programmes. Les organismes de traitement attendent beaucoup des efforts de coordination régionale pour relever ce défi.

## **6.6. DES CONSTATS AUX DÉFIS**

Notre projet de monitoring évaluatif visait essentiellement à amorcer, sur une période limitée, un suivi d'indicateurs pertinents pour favoriser la réflexion sur un programme en voie d'implantation. Que pouvons-nous conclure des résultats sur les indicateurs retenus? Quels défis ces constats soulèvent-ils pour l'organisation des services, la recherche et l'évaluation? Les indicateurs proposés avaient été regroupés sous l'acronyme **PARI**, signifiant le recours à des indicateurs de **P**articipation des joueurs au programme, d'**A**daptation du programme aux demandes et aux contextes d'implantation, de **R**éseautage entre les organismes de services et les régions, d'**I**mpact des services sur les problèmes visés. Nous allons reprendre les constats sur la base de ces blocs d'indicateurs, sans toutefois reprendre le détail de ce qui est déjà résumé dans les pages précédentes et en soulignant au besoin les apports complémentaires de nos différentes sources de données. Le but de cette reprise est surtout de faire ressortir des orientations de réflexion, d'intervention, de recherche et d'évaluation, bref des défis à relever pour améliorer la suite des choses.

## **6.7. INDICATEURS DE PARTICIPATION**

Les indicateurs de participation englobent trois dimensions : l'admission au programme, la couverture de la population-cible, les taux de complétion ou d'abandon du programme.

### **6.7.1. Admission au programme**

Nous avons retenu avec les partenaires du programme expérimental, les indicateurs de taux et de croissance de l'admission. Le terme d'admission doit être compris dans son sens générique de reconnaissance officielle de participation au programme. Pour les organismes de traitement interne, on parle plus volontiers d'admission, ce qui correspond à l'entrée du joueur dans sa période d'hébergement, alors que pour les organismes de traitement externe, on utilise plus le terme d'inscription qui correspond à l'ouverture d'un dossier lorsque le joueur a manifesté son intention de participer au programme. Nous avons retenu cette dernière dénomination, considérant la date d'admission à un traitement interne comme l'équivalent de l'inscription. Et des deux indicateurs mentionnés plus haut, nous n'avons pu que documenter l'évolution des inscriptions. De juin 2001 à novembre 2003, la moyenne



trimestrielle est de 139 inscriptions. Pour le trimestre le plus achalandé (septembre-octobre-novembre), cette moyenne passe de 151 à 114.

Il y a donc diminution des inscriptions dans le temps. Il est difficile d'en tirer une conclusion finale puisqu'il semble bien que le démarrage du programme se soit fait dans une situation où les clients « refoulaient à la porte », pour reprendre l'expression d'un coordonnateur d'organisme de traitement. Les nouvelles ressources ajoutées à la seconde année du programme n'auraient-elles pas dû entraîner une hausse des inscriptions? Pas nécessairement si ces ressources ont permis d'absorber les joueurs dans une file d'attente (ce que nous ont dit certains coordonnateurs) ou si le contenu du programme s'est modifié et les tâches des intervenants augmentées pour mieux répondre aux besoins des joueurs (ce que nous ont dit certains intervenants).

En fait les données d'inscription recueillies sur une plus longue période pourront fournir une meilleure indication de l'évolution de l'admission mais l'interprétation des variations devra reposer davantage sur l'apport de recherches spécifiques qui détailleront les pratiques de promotion des services (certains coordonnateurs mentionnent une hausse de clientèle suite à une campagne de publicité ou des efforts de « reaching out »), de sélection-rétention des joueurs, de définition du traitement dans sa durée et son suivi post-traitement.

On peut facilement imaginer qu'un suivi post-traitement d'envergure puisse graduellement gruger des ressources qui autrement pourraient être mises à l'accueil de nouveaux joueurs. Le fait de ne pas pénaliser les joueurs à la recherche d'un soutien rapide de traitement en limitant ce qui peut être fait dans le suivi post-traitement est un thème qui a été abordé par toutes les catégories d'acteurs institutionnels que nous avons rencontrés.

Le défi premier, et le plus difficile, pour ceux qui planifient les ressources et le travail est donc de préciser cet équilibre entre l'effort déployé à l'entrée, en cours de thérapie et à la sortie des joueurs, le tout encadré par des décisions sur la nature et les objectifs du traitement, de même que l'importance de la demande en traitement et les ressources du réseau dans la région. En fait le premier défi régional est de mieux planifier, et pour le MSSS, de soutenir cette planification. Le travail amorcé dans les sites-pilotes, de même que les échanges provinciaux et régionaux entre les acteurs devraient être encore plus favorisés et systématisés. Même si la proportion des inscrits d'une région qui viennent d'une autre région (en moyenne près de 20 %) va avoir tendance à diminuer avec le développement des ressources internes régionales et l'abandon de la coordination par site-pilote, l'utilité de pouvoir référer à l'extérieur de son territoire régional (pour des raisons de confidentialité recherchée par le joueur, de proximité d'un centre de traitement du lieu de travail dans une autre région contrairement à ceux de son lieu de résidence, de proximité géographique pour les joueurs à la frontière des territoires ou tout simplement de surcharge momentanée des centres d'une région) va demeurer présente et implique des efforts de coordination et de planification.

Nous n'avons pas pu développer l'indicateur de taux d'admission permettant de voir la proportion des admis sur le nombre de demandeurs. Notre collecte de données était gérée sur la base de formulaires gérés par l'intervenant. Or l'examen des séquences d'interventions suite à un appel montre énormément de variations d'un organisme à l'autre.

La décision d'inscrire sur une liste d'attente, d'inviter à une rencontre d'accueil ou de recevoir en entrevue individuelle peut reposer en totalité ou en partie sur une réceptionniste, un intervenant ou un gestionnaire, ou une combinaison des trois. À un extrême, il y a la réceptionniste qui invite à une rencontre d'accueil toute personne qui semble manifester un intérêt pour un traitement, la rencontre d'accueil permettant au joueur de décider de son intérêt à poursuivre. À l'autre, il y a un intervenant ou un gestionnaire qui reçoit tous les appels, fait une première évaluation et décide s'il y a lieu de passer à une entrevue de personne à personne plus en profondeur avant d'accepter l'inscription. La somme des joueurs invités à une rencontre d'accueil ou à une entrevue en face à face pourrait constituer un bon dénominateur. Mais il faudrait examiner les taux obtenus à la lumière des critères d'éligibilité de chacun des centres de traitement. Nos travaux ont révélé que ces critères variaient en fonction de la pression de la demande et des modalités de traitement (interne/externe, groupe/individuel, problématique jeu exclusivement / ouverture à plusieurs dépendances). La poursuite du travail sur cet indicateur devra tenir compte de ces considérations.

Les données recueillies sur l'admission ne tiennent compte que des joueurs et non de leurs proches qu'on a commencé à accueillir dans certains centres de traitement au cours de la dernière année. Il faudra le faire dans les années à venir, en prenant soin de bien faire le partage entre les proches de joueurs en traitement ou non. Pour les proches de joueurs en traitement, il sera important de bien distinguer ce qui relève d'un programme spécifique de soutien au proche de ce qui relève d'une participation ponctuelle, ou même continue (approche systémique), au traitement du joueur.

## **6.8. TAUX DE COUVERTURE**

Le taux de couverture est de 4 %. Il s'agit d'un taux de couverture des joueurs inscrits et non des joueurs qui ont complété le programme. On sait par ailleurs par de nombreuses études que les joueurs qui abandonnent bénéficient de retombées positives du programme et qu'ils ont amorcé un cheminement qui pourra les amener à se réinscrire dans le programme. Un peu plus de 20 % des inscrits ont eu recours à un traitement pour le jeu dans les douze derniers mois. On sait aussi que 10 % des inscrits ne sont pas considérés comme des joueurs pathologiques si on se fie aux critères du DSM-IV. Mais les intervenants remettent en question la valeur de cette échelle pour certains types de joueurs (par exemple les femmes âgées vivant seules) ou considèrent qu'on fait œuvre de prévention en acceptant une petite fraction de joueurs moins hypothéqués sur le plan social et de la santé qui cherchent à éviter un dérapage. Tout bien considéré, le 4 % de taux de couverture se situe dans la mire de l'objectif du 3 % qui avait été fixé par le MSSS (qui était aussi la cible de certains états américains). L'explication des variations régionales, qui demeurent tout de même à proximité de la cible, mériterait des analyses supplémentaires. Les taux plus faibles des régions de la Gaspésie/Îles-de-la-Madeleine pourraient être liés à une série de facteurs : prévalence moins forte, absence de casino, éloignement des centres, plus grande difficulté à garder l'anonymat, moins grande diversité de traitements). Les taux pas tellement plus élevés des régions fortement urbanisées pourraient être liés à une autre série de facteurs : plus grande proportion de jeunes adultes qui consultent moins, auto-sélection plus grande chez les groupes ethniques). Le défi est évidemment de travailler à augmenter ce taux de

couverture. Les entrevues avec les usagers, les intervenants et les dirigeants fournissent des pistes de travail pour y arriver.

Une première est la réponse rapide à la demande de traitement. Le temps d'attente doit être réduit le plus possible et les groupes de transition repensés lorsqu'ils entraînent des abandons. D'où une seconde réponse qui est d'assurer le plus possible une continuité dans la relation thérapeutique. Les usagers et les intervenants ont rappelé l'importance primordiale de ce facteur dans la réussite du traitement. Une troisième réponse touche l'adaptation du traitement aux besoins des joueurs, ce qui ne signifie pas d'acquiescer nécessairement à toutes leurs demandes mais bien de faire avec eux des choix éclairés et transparents sur une démarche thérapeutique. Il s'agit sans doute du plus grand défi à relever puisque la recherche n'a pas encore tranché, ni ne le fera entièrement dans le futur, sur les approches appropriées pour différents types de joueurs (et encore moins sur l'approche qui surpasserait les autres). La solution ne peut être que dans un partage systématique et continu des connaissances et de l'expérience clinique, de même que dans le leadership des directions d'organismes pour favoriser ces échanges. Les thérapeutes qui voient peu de clients ou ont moins d'expériences doivent compter encore plus sur des tels lieux d'échanges pour se former.

Ce travail d'un meilleur ajustement de la démarche thérapeutique aux caractéristiques et besoins des joueurs devra nécessairement être accompagné d'un processus d'évaluation mieux cerné et compris par tous les thérapeutes. Certains intervenants ont mentionné avec raison que l'évaluation n'est pas qu'une question de formulaires, que ces formulaires peuvent rebuter certains joueurs (confirmé par le témoignage de certains joueurs) et les éloigner du traitement. Mais l'évaluation demeure une étape d'utilisation d'habiletés et d'outils qui permettent un jugement clinique sur l'état du client et le chemin thérapeutique à parcourir. Une majorité d'organismes semblent avoir et vouloir continuer de clarifier ce rapport des instruments au jugement clinique, mais le discours des intervenants sur cette question de l'évaluation semble encore peu structuré. Une quatrième réponse va dans le sens d'une promotion plus structurée des services, la publicité classique étant liée à un recours plus dynamique aux médias et aux témoignages des clients satisfaits qui veulent bien user de leur influence pour rejoindre d'autres joueurs, en particulier les jeunes.

Mais la discussion sur les taux de couverture ne pourra vraiment continuer d'avancer que si le MSSS contribue à un effort de recherche pour donner un sens plus concret et opérationnel à son objectif de couverture. Il faut encourager la recherche qui permettra de mieux cerner la population-cible véritable des services publics de traitement, c'est-à-dire les joueurs pathologiques qui n'ont pas choisi les autres solutions que sont le traitement en cabinet privé, le traitement pour une autre dépendance concomitante, un groupe de pairs, ou l'auto-traitement. Une fois cette population mieux cernée, de même que ses caractéristiques, les objectifs de couverture pourront être plus clairs, et possiblement même les alternatives de traitement à développer (par exemple, la place à donner aux thérapies brèves dans la filière des services de traitement des problèmes de jeu.

### **6.8.1. Taux de complétion et d'abandon**

Le taux de complétion est en moyenne de 44 %. Il est basé sur le fait de compléter le nombre de rencontres prévues au programme de l'organisme. Le taux est de 95 % en traitement interne et de 35 % en traitement externe marque une différence semblable à celle retrouvée dans d'autres systèmes de monitoring. Il est évident qu'il y a un défi à relever dans la réduction des abandons. L'examen des raisons données par certains usagers montre aussi les voies à suivre pour ce travail. Les raisons les plus fréquentes touchent la motivation personnelle (forcé par un proche, difficulté avec les devoirs) ou des facteurs qui peuvent l'affecter (une relation difficile ou discontinuée avec le thérapeute, un programme répétitif ou qui manque de profondeur, un problème de confidentialité). Bon nombre d'organismes de traitement ont déjà adapté leur démarche de traitement pour accorder une plus grande importance au travail sur les motivations. Il faudra voir ce qui sera produit à terme. Reste tout de même la raison la plus fondamentale qu'est la rechute. Là encore, plusieurs organismes de traitement externe ont fait le choix de transformer leur programme pour aborder plus tôt la question de la prévention des rechutes. Une plus grande expérience et un raffinement des moyens de prévenir devraient porter fruit à terme. À la limite, une région a décidé d'aider les joueurs qui avaient une perte de contrôle en leur offrant la possibilité de vivre quelques jours une situation d'hébergement préventif dans un centre désigné. Après quatre ou cinq jours, le joueur peut retourner à son traitement externe. Le MSSS devrait favoriser ce type d'expériences visant à favoriser une réduction des abandons et fournir les moyens de les évaluer. Il y a aussi des joueurs qui abandonnent le traitement parce qu'ils croient, à tort ou à raison, avoir maîtrisé leur problème. Si des joueurs arrivent à la guérison par eux-mêmes avec un minimum de soutien documentaire, il est tout à fait plausible que d'autres joueurs puissent tirer leur épingle du jeu en bénéficiant des quelques séances d'un programme de traitement. La question mériterait toutefois d'être mieux documentée.

### **6.8.2. Indicateurs d'adaptation**

Les indicateurs d'adaptation sont de trois ordres : l'évolution des ajustements au programme, les variations des activités de traitement, la durée de traitement.

### **6.8.3. Évolution des ajustements au programme**

Les ajustements au programme de traitement se situent à l'entrée, à l'intérieur et à la sortie du programme. À l'entrée, ils touchent la mise en place de différents mécanismes de transition qui assurent que les situations de surplus de demande soient gérées de telle sorte à éviter des délais où un joueur se retrouverait sans ressources. Ces mécanismes comprennent des références pour intervention de crise, un processus d'évaluation pour mieux orienter les joueurs vers les bons services, des rencontres d'accueil pour bien expliquer les services offerts, des groupes de transition qui permettent de garder le contact, de travailler sa motivation, de s'habituer au travail de groupe, de ventiler ses problèmes immédiats et même de commencer à y trouver des solutions. Ces mécanismes varient d'un organisme à l'autre en fonction de la pression de la demande et des ressources professionnelles disponibles. Ils ont été questionnés dans la mesure où ils pouvaient présenter des risques d'abandon parce que certains joueurs devenaient impatients de

commencer leur thérapie. L'idée d'utiliser ces groupes pour valider et travailler la motivation est intéressante, mais la motivation est un processus continu qui demande une reconquête permanente. Un organisme, entre autres, a préféré limiter ce temps de motivation et les risques d'abandon, en ouvrant les portes plus vite pour la thérapie et en prévoyant la possibilité d'un court séjour de stabilisation en interne pour les joueurs qui se sentent perdre le contrôle en cours de traitement. Cette expérimentation mérite qu'on s'y intéresse sur le plan de l'évaluation. Dans le cadre du traitement comme tel, les ajustements ont porté d'une part sur la séquence du processus de traitement prévu dans le programme du CQEPTJ, et, d'autre part, sur le développement de contenus relatifs aux interventions qui y sont proposées. En ce qui concerne la séquence, un des changements principaux a été de rapprocher du début les interventions de prévention de la rechute de sorte que les joueurs n'aient pas à trop attendre pour pouvoir disposer de moyens de lutter contre les rechutes. Même chose pour les dimensions comportementales du traitement qui ont pu être rapprochées dans les premières rencontres parce qu'elles touchaient des problèmes que les joueurs devaient aborder avant de se lancer dans le processus de restructuration cognitive du programme. C'est d'ailleurs sur les dimensions comportementales du programme que les organismes de traitement ont produit des contenus nouveaux pour l'enrichir. Le plus développé et le plus utilisé a été le sous-programme de soutien à la gestion des finances personnelles. De plus, un effort grandissant a été produit pour intégrer les proches dans et autour du traitement.

La logique de cette intégration demeure toutefois peu explicitée et un défi de l'avenir sera de la rendre transparente au regard du traitement des joueurs et du type de soutien visé pour les proches. Finalement, à la sortie du programme, les ajustements sont demeurés ponctuels et incertains. La question de la nature et de l'ordre de grandeur du suivi post-traitement demeure ouverte. Il faudra s'y attaquer de manière plus systématique. Le développement et l'utilisation de ressources de réinsertion sont aussi au cœur du questionnement sur la pérennisation des effets du programme. La réflexion et la programmation systématiques à ce sujet sont amorcées. Le défi de les appuyer et d'en faire des éléments communs de programmation demeure un défi.



## 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., 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*.

- 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](http://www.camh.net/egambling/issue10/ejgi_10_rosenthal.html)
- 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.
- 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*.

- 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* (2<sup>nd</sup> ed., 291-318. New-York: Guilford.
- Wray, I., & Dickerson, M. (1981). *Cessation of high frequency gambling and 'withdrawal' "symptoms*. *British Journal of Addiction*, 76.

## **ANNEXE 1**

### **LISTE DES DOCUMENTS PUBLIÉS**



## ANNEXE 1 LISTE DES DOCUMENTS PUBLIÉS<sup>23</sup>

- Évaluation du programme expérimental sur le jeu pathologique - Monitoring évaluatif - Entrevues avec les directions et les coordonnateurs sur l'organisation des services et leur évolution.  
Denis Allard - Marie-Anne Kimpton - Élisabeth Papineau - Chantale Audet, avril 2006.
- Évaluation du programme expérimental sur le jeu pathologique - Le programme d'évaluation et de traitement des joueurs excessifs - Le point de vue des intervenants.  
Élisabeth Papineau - Denis Allard - Marie-Anne Kimpton - Chantale Audet, mars 2005.
- Évaluation du programme expérimental sur le jeu pathologique - Monitoring évaluatif - Indicateurs d'implantation - Mai 2001-décembre 2003.  
Serge Chevalier - Denis Allard - Marie-Anne Kimpton - Chantale Audet - Denis Hamel - Danielle St-Laurent, mars 2005.
- Comportements de jeu et jeu pathologique selon le type de jeu au Québec en 2002.  
Serge Chevalier - Denis Hamel - Robert Ladouceur - Christian Jacques - Denis Allard - Serge Sévigny, février 2004.
- Prévalence des habitudes de jeu et du jeu pathologique au Québec en 2002.  
Robert Ladouceur - Christian Jacques - Serge Chevalier - Serge Sévigny - Denis Hamel - Denis Allard, février 2004.
- Évaluation du Programme expérimental sur le jeu pathologique : Présentation générale de l'évaluation du Programme expérimental sur le jeu pathologique.  
Serge Chevalier - Danielle St-Laurent - Denis Allard - Chantale Audet - Catherine Geoffrion - Élisabeth Papineau, mars 2003.
- Évaluation du Programme expérimental sur le jeu pathologique : Revue critique de la littérature portant sur les évaluations d'interventions préventives.  
Élisabeth Papineau - Serge Chevalier, mars 2003.
- Évaluation du Programme expérimental sur le jeu pathologique : Cadre théorique de la participation aux jeux de hasard et d'argent et du développement de problème de jeu - Rapport préliminaire.  
Serge Chevalier, mars 2003.
- Évaluation du Programme expérimental sur le jeu pathologique : Monitoring évaluatif – Entrevues initiales auprès des décideurs et des coordonnateurs - Juillet-novembre 2001.  
Denis Allard - Chantale Audet - Danielle St-Laurent - Serge Chevalier, mars 2003.

---

<sup>23</sup> Des rapports d'indicateurs d'implantation individualisés ont été produits et acheminés à chacun des centres de traitement qui participaient au monitoring.

- Évaluation du Programme expérimental sur le jeu pathologique : Monitoring évaluatif – Indicateurs d’implantation / Données rétrospectives.  
Chantale Audet - Danielle St-Laurent - Serge Chevalier - Denis Allard - Denis Hamel - Michèle Crépin, mars 2003.
- Évaluation du Programme expérimental sur le jeu pathologique : Le point de vue des usagers.  
Serge Chevalier - Catherine Geoffrion - Chantale Audet - Élisabeth Papineau - Marie-Anne Kimpton, mars 2003.
- Évaluation du Programme expérimental sur le jeu pathologique : Les lignes téléphoniques dédiées aux jeux de hasard et d’argent.  
Serge Chevalier - Élisabeth Papineau - Catherine Geoffrion, mars 2003.
- Les politiques publiques en matière de casinos et de loteries instantanées - Le cas du Québec, de l’Ontario et de l’Australie.  
Caroline Caux, mars 2003.



## **ANNEXE 2**

**RAPPEL SÉLECTIF DU CONTENU DE LA JOURNÉE  
SUR LE JEU PATHOLOGIQUE DU 30/09/03**



## **ANNEXE 2 RAPPEL SÉLECTIF DU CONTENU DE LA JOURNÉE SUR LE JEU PATHOLOGIQUE DU 30/09/03**

Lors de la journée sur le Jeu pathologique, organisée par l'INSPQ le 30 septembre 2003, les présentations des chercheurs et des panelistes ont fait l'objet de nombreux commentaires et questions des participants de la salle. Nous en faisons un rappel ici sous forme télégraphique. Pour nos besoins d'évaluation, nous ne retenons que ceux qui se rapportent au programme de traitement et à l'organisation des services. On se rappellera que cette journée avait pour but de présenter les premiers résultats du monitoring évaluatif effectué par l'INSPQ et d'échanger avec les participants sur trois questions :

- Pouvons-nous avoir un impact sur le contrôle du problème sans un coup de pouce de la réduction de l'offre de jeu?
- Pour mieux répondre au besoin des joueurs, doit-on progresser vers un réseau de services plus complets et davantage intégrés?
- Devant la multiplication des approches thérapeutiques, pouvons-nous déterminer des objectifs clairs et réalistes? Avons-nous des thérapies adaptées à l'ensemble des problématiques rencontrées.

Par conséquent, les informations de la section suivante ne portent que sur les deuxième et troisième questions. Par la suite, dans une autre section, nous présentons la synthèse effectuée en fin de journée par Danielle St-Laurent, de l'INSPQ, et Daniel La Roche, de l'Agence de la santé et des services sociaux de Québec.

### **1. Rappel des questions et commentaires de la journée du 30/09/03**

1.1 Questions et commentaires des participants de la salle suite aux présentations de l'équipe de l'INSPQ sur leurs travaux (disponibles sur le site de l'INSPQ)

1.1.1 À la suite de la présentation de Serge Chevalier

- Q. Les cas résiduels ne font-ils pas aussi partie de notre rôle d'intervenir avant que les cas ne deviennent catastrophiques et dans ce sens le SOGS n'est-il pas un meilleur instrument?
- R. Le programme a été défini pour intervenir auprès des joueurs qui ont un score de 5 au DSM-IV. Le SOGS permet effectivement (selon les études effectuées) de détecter plus de joueurs pathologiques que les autres instruments.
- C. Les services externes ne rejoignent pas du tout les mêmes personnes que les services internes. Dit autrement ceux qui font une demande pour de l'interne ne sont pas les mêmes joueurs. Le travail en externe n'implique pas les mêmes enjeux.

C. Les femmes de 55-60 ans qui cotent 3 et 4 parce que l'outil ne correspond pas à leur situation (sont seules et ne peuvent mentir à quelqu'un, n'ont pas nécessairement de grosses dettes, mais l'intensité du problème est là). Il faudrait en tenir compte dans l'analyse.

Q. On a envoyé des joueurs anglophones se faire traiter en Ontario. Les programmes sont de 40 à 80 jours. Est-ce que nos programmes de 31 jours sont suffisants?

R. Même au Québec les programmes internes varient entre 21 et 28 jours.

C. Pour le 10 % en bas de 5. C'est acceptable parce qu'ils sont peut-être juste en retard de 6 mois. Ça fait des interventions plus légères qui reposent un peu les intervenants de ceux qui arrivent avec des idées suicidaires.

C'est pas parce qu'on complète un traitement interne que tout est gagné. Le gros du travail est à faire après quand on se retrouve avec cette accessibilité au jeu. C'est un défi de se retrouver tout seul à l'externe.

Q. Est-ce qu'on va tenir compte des résultats du traitement en fonction du fait que les proches participent ou non au traitement?

R. C'est à faire comme projet.

Q. Voir si les gens cotent plus bas à la fin du traitement pour voir si on a atteint des résultats recherchés?

R. Double problème : DSM-IV qui a un horizon temporel d'un an. Si on adapte pour une période réduite, on a le problème que les centres utilisent des périodes différentes. De plus, tout dépend des objectifs visés. On est en train d'imaginer l'ensemble des instruments pour couvrir l'ensemble des objectifs poursuivis.

#### 1.1.2 À la suite de la présentation de Denis Allard et Élisabeth Papineau

Q. Serait-ce possible d'avoir un plus grand échantillon pour les usagers pour voir ce qu'ils retirent des traitements individuels ou de groupe?

R. Nos données permettent de voir que l'intérêt pour un traitement ou l'autre dépend des besoins des joueurs. Effectivement, on pourrait aller plus loin dans ce genre d'étude.

Q. Est-ce que vous avez vu des écarts sur le plan des abandons en fonction de la diversité de l'offre de services?

R. On pourrait effectivement faire cette analyse-là.

### 1.1.3 À la suite de la présentation de Serge Chevalier et Danielle St-Laurent

- Q. Pourquoi ne pas parler plus de la nécessité de développer des ressources médicales et psychiatriques pour cette clientèle-là? Tous les intervenants mentionnent ce besoin-là.
- R. On va tenir compte de votre commentaire bien qu'il était touché par le fait de parler des besoins en regard des joueurs avec de multiples problématiques.
- C. Pour ce qui est du 67 % d'abandon, il faut se rapporter aux étapes de motivations. Ceux qui ne complètent pas ne sont pas rendus à l'étape de passer à l'action (cf Prochaska). Ils sont encore dans le plaisir de jouer. Ils viennent chercher de l'information, ce qui n'est pas tout à fait négatif. Il y a aussi des personnes qui n'aiment pas les fins officielles. Ils quittent après 8-9 rencontres mais sont venus chercher ce dont ils avaient besoin.
- Q. Clarifier les objectifs de traitement. Est-ce parce que les objectifs n'étaient pas clairs ou parce que les intervenants ont eu dans la pratique à répondre à des demandes et de besoins différents?
- R. À cause de ces différences justement, les objectifs de traitement devraient à la fois être clarifiés et diversifiés.
- Q. Est-ce que vous avez des informations sur le moment où la personne abandonne?
- R. On n'a pas terminé ces analyses mais on s'aperçoit que la norme est un abandon à la moitié du trajet. Les abandons ne sont pas toujours signifiées parce qu'on veut laisser la porte ouverte.
- Q. Insuffisance des assises théoriques du traitement.
- R. Basé sur le fait que le développement repose exclusivement sur des considérations d'idées erronées sur le jeu et qu'il y a beaucoup plus de composantes et qu'il faut poser la question jusqu'où il faut aller dans la diversification.
- Q. Est-ce possible que le manque de motivation soit lié au fait que les individus n'ont aucun coût à payer pour les services?
- R. On n'a pas de réponse.

### 1.2. Présentation des panelistes réagissant aux travaux de l'INSPQ

#### 1.2.1 Présentation de Michèle Morin (Centre Dollard Cormier, Montréal)

Importance des échelles de Beck pour préciser le besoin du joueur qui vient.

Importance des données futures sur l'origine ethnique et le lieu de résidence.

Femmes retraitées ne cotent pas haut au DSM-IV. Idem pour les cas de cour qui ne souhaitent pas vraiment suivre un traitement mais sont forcés de venir.

Le jeu comme source de rêve et de dépassement de sa situation financière limitée. C'est difficile d'améliorer son sort quand on n'a pas son secondaire. Il faut aller plus loin que les pensées erronées; il faut aider les gens à reprendre leur vie en main. On a des doutes sur le fait que le joueur puisse revenir à un contrôle.

On a perdu beaucoup de monde avec le nombre de questionnaires. Il nous faut une liberté en début de traitement.

Il faut avoir de l'individuel et du groupe et développer des activités spécifiques pour des besoins spécifiques.

Il faut pas vouloir faire entrer les clients dans le moule du programme expérimental mais à nous à nous adapter pour offrir les services adaptés.

### 1.2.2 Présentation de Christiane Pelletier (Centre L'Estran, Bas-St-Laurent)

Particularité de notre territoire. Un intervenant par MRC. Pas facile de rejoindre les gens. Pas facile sur le plan de l'anonymat. Donc ça prend du courage pour se présenter dans les services. C'est le bouche à oreille et le long terme qui va nous permettre d'augmenter l'utilisation des services. C'est pourquoi la cote 5 n'est pas respectée. Si on ne reçoit pas la personne, qui va la recevoir? Il faut aussi tenir compte de la demande, de la perception du joueur face à son problème. Les activités de groupe sont pour les mêmes raisons sont aussi difficiles (distance, anonymat).

Il faut réorienter notre promotion vers des organismes d'emploi, des organismes communautaires, parce que pour le moment nos références viennent plus du réseau de la santé.

On a un meilleur score sur les suivis 3 mois – 6 mois.

### 1.2.3 Présentation de Jean-Marc Ménard

Complexité de l'intégration d'un programme de traitement spécifique dans une cadre varié, des milieux variés avec des clientèles variées.

Grand constats comparatifs / données de l'INSPQ :

- Grande similarité de profils.
- Besoins et objectifs très variés de la clientèle pas toujours compatibles avec le programme
- donc adaptations; services pour collatéraux, services avec hébergement (un arrêt d'agir), des services de consultation financière, des services d'évaluation psychologique des troubles concomitants pour distinguer ce qui relève du jeu ou d'un autre problème.

- 30 % des gens ne se présentent pas après la demande de services, par la suite les abandons sont progressifs.
- 30 % auraient complété le traitement. La fin du traitement est problématique.
- La persistance en traitement est légèrement en lien avec l'intensité des problèmes.
- Les suivis, on a pu les faire pour 20 % des usagers mais à des moments très différents. On observe plusieurs améliorations.
- Pistes de développement : amélioration à apporter au programme existant mais pas le remplacer par autre chose.
- On voit commencer à apparaître des réinscriptions.
- Les gens arrivent avec une multitude de problèmes. On doit élargir notre protocole d'évaluation initiale pour avoir une vision stratégique de cette complexité-là.

#### 1.2.4 Questions de la salle suite à la présentation des panélistes

- Q. Problèmes de transport? Avez-vous des solutions?
- R. On a des organismes communautaires ou de bénévoles qui peuvent offrir du transport. Mais ça peut aussi poser des problèmes de confidentialité.
- Q. Est-ce que ça peut être une cause d'abandon? Plus l'hiver?
- R. On ne le sait pas. Mais aussi on peut se déplacer.
- Q. Participation des gens au programme dans nos régions éloignées fait problème? Y a-t-il d'autres stratégies qu'on pourrait utiliser? Il y a aussi une question de conscience collective, de difficulté à reconnaître le problème (comme ça c'est produit pour les toxicos)?
- R. Travail à faire au niveau de la collectivité. Travail de rue pour faire la promotion des services. Penser long terme.
- Q. Quel est le rôle de l'entourage pour le traitement?
- R. Dans les cas où on l'a fait, ça a donné des résultats positifs. On pense le faire plus.

### 1.3 Atelier sur l'intégration des réseaux

#### 1.3.1 Présentation de Nelson Charest (Agence de la santé et des services sociaux du Bas-St-Laurent)

Aller vers une diversification au niveau du traitement. On peut essayer des choses et bonifier les services.

Il faut offrir une gamme de services aux proches.

Comment le faire sur un territoire comme celui du Bas-St-Laurent?

On va vers une meilleure intégration des services (plutôt que de concentrer sur la mise en place d'un réseau de services qui serait plus lourd. Donc travailler mieux sur la coordination. C'est plus facile pour nous parce que le nombre de ressources est petit et qu'on peut se rejoindre plus facilement.

Évolution significative de la complicité entre les ressources avec un comité de pilotage.

Offrir des services de qualité accessibles, diversifiés, bien coordonnés et s'inscrivent en continuité.

Principal défi : rejoindre les joueurs. On prépare une offensive. Tournée régionale avec le film « Maudite machine ». Campagnes de sensibilisation auprès des travailleurs et des personnes âgées.

Programme d'exclusion volontaire dans les bars.

#### 1.3.2 Présentation de Benoît Côté (Agence de la santé et des services sociaux de Québec)

Notre réponse est un service d'organisation de services qu'on considère intégré.

Consensus sur une organisation basée sur la complémentarité. Division du travail en fonction de l'expertise et des forces de chacun : le public avec l'externe et le communautaire avec l'interne. C'est le début du projet Trajectoire. Expérience sur deux régions.

Conditions de succès : volonté politique commune, vouloir travailler en collaboration étroite, confiance réciproque, implication des ressources, appui de l'Agence pour la coordination et l'interpellation, outils standardisés d'évaluation. Les centres de traitement ont été le noyau dur de cette organisation.

La porte d'entrée devrait aller de plus en plus vers la première ligne (dépistage et recherche de cas et évaluation de premier niveau pour vérifier l'ampleur de la problématique, décider d'une intervention brève ou d'une référence).

Mécanisme pour entrer dans les ressources spécialisées. Le réseau public en services externes doit être cette porte d'entrée : reçoit les évaluations de première ligne et oriente la clientèle en fonction des critères d'appariement (on termine un outil d'évaluation pour faire cette orientation là). C'est ce qui va être véhiculé dans la publicité, ce qui n'empêchera pas un centre interne de faire cette évaluation si le joueur se présente d'abord chez eux. Les centres communautaires s'y engagent.



Service gratuit en interne s'il est requis.

Résultats : on (mot inaudible) une réponse adaptée basée sur des critères rigoureux.  
Cohérence dans les messages.

Perspectives : développer la première ligne, améliorer le réseau en santé mentale.

#### 1.3.4 Présentation de Pierre Morand (Centre Praxis, Montréal)

Historique de Praxis (cf. entrevues).

L'intégration oui mais il y a des enjeux.

Complicité entre les ressources. C'est à fabriquer.

Financement dépend de la quantité de clientèle (nous on est un petit centre).

Rétention des professionnels dans le communautaire (offrir un minimum, c'est difficile dans un contexte d'expérimentation, on se fait dire que c'est pas récurrent).

Volonté d'être novateur se bute à la durée du programme expérimental.

Culture de la collaboration en est où sur le plan du gouvernement; on sait que les ministères ont de la difficulté à collaborer (finances, santé, etc.). Aussi problème de protection des clientèles.

Souhaitable de faire la promotion de l'accréditation de la ressource. Nécessaire pour aller vers l'intégration (éviter ce qui s'est passé en toxicomanie).

Reconnaissance que le jeu est un problème de santé publique. Faire des efforts pour éviter que ça le devienne.

#### 1.4 Atelier sur les modèles de traitement

##### 1.4.1 Présentation de Paulette Guinois (Centre La Maisonnée, Laval)

Historique de son programme

Caractéristiques de notre service interne :

- Encadrement sécurisant et confortable

- Solidarité aidante des pairs

- Climat propice à la réflexion

- Favoriser le deuil des pensées magiques

Traitement :

- l'importance de la connaissance de soi et du renforcement de l'estime de soi

- intégration à des groupes de support

- récupération des compétences qu'ils ont laissées dans quelque chose de plus réaliste

- prévention des rechutes

- lettre d'adieu : relation amoureuse à la machine

Première semaine intensive (pour ceux qui ne peuvent pas se payer trois semaines) et retravail dans les deux autres semaines.

Externe en postcure.

#### 1.4.2 Présentation de Lynda Poirier (Centre CASA, Chaudière-Appalaches)

Présentation du programme de CASA.

Approches : cognitivo-comportementale, humaniste, systémique, transactionnelle, 12 étapes, thérapie de la réalité, émotive-rationnelle, pharmacothérapie au besoin, musicothérapie et art-thérapie

Typologie de Blasszinsky :

Joueurs accidentels (dépend de circonstances de vie, sans autres problèmes de vie) :

1 joueur sur 4, programme expérimental appliqué, prévention de la rechute et gestion de l'argent, gestion du deuil et d'acceptation des conséquences du jeu, prévention face aux autres formes de dépendance).

Joueurs émotionnels (comorbidité significative en santé mentale) :

Majorité des joueurs, psychothérapie nécessaire en plus du programme expérimental, dépistage serré des autres formes de dépendances et traitement, travail au niveau des formes d'abus dans le passé, de l'estime de soi, art et musicothérapie.

Joueurs impulsifs (personnalité antisociale et impulsive) :

Beaucoup d'éducation et traitement autres formes de dépendances. Travail spécifique au niveau de l'impulsivité. Gestion des temps libres et développement de la satisfaction, de la satiété. Responsabilisation vs victimisation, réappropriation du pouvoir et la conscience sociale.

Deux rencontres de groupe, une rencontre individuelle par semaine.

Logiciel qui montre le fonctionnement interne de la machine.

Plan d'intervention individualisé.

Suivi post-thérapie individuel et de groupe.

Services financiers amorcés en cours de traitement et qui peuvent se poursuivre ensuite.

Réinsertion sociale (CRUV et ALTO).

Rencontres hebdomadaires de groupe pour proches, parents, conjoints et enfants des joueurs.

Rencontres de couples ou familiales au besoin. Référence au besoin.

Le travail sur les pensées erronées est essentiel, la base de la thérapie. S'il suffit pour certains, c'est pas pour tous. On a besoin d'avoir d'autres moyens et d'autres stratégies pour rencontrer leur unicité.

Ce qui marque les joueurs : besoin d'être compris, accueillis, de se sentir importants et uniques pour les intervenants.

Importance des partenaires essentiels pendant et après la thérapie, pour la consultation, pour la concertation.

Oui on peut avoir des objectifs clairs? Oui, en autant qu'on tient compte de l'unicité de la personne.

## **2. Transcription de la synthèse effectuée par Daniel La Roche et Danielle St-Laurent**

### 2.1 Daniel La Roche

... en compagnie de Danielle St-Laurent, faire un bref..., une brève tentative de synthèse de cette journée et vous livrer le mot de la fin.

Alors nous nous sommes un peu partagé le travail. Peut-être un mot sur..., dont il ne faut pas croire que nous avons fait un travail là exhaustif, mais nous sommes allés surtout au regard des messages que vous avez livrés et non pas ceux qui vous ont été présentés, ceux-là font l'objet de rapports fort détaillés auxquels vous pouvez référer en tout temps, on vous l'a dit, ils sont sur le site Internet, ils sont déjà dans vos milieux ou ils le seront dans les prochaines heures.

Au regard de la clientèle, je retiendrai des messages autour de la diversité des personnes qui vous consultent, qui vous demandent de l'aide. Leurs problèmes sont diversifiés, c'est une clientèle hétérogène. Parmi ces personnes, il faut pouvoir reconnaître ceux qui présentent des problèmes multiples. Il faut..., et le fait qu'ils présentent ces problèmes nous obligera sans doute à faire appel à des expertises diverses auxquelles nous n'avons pas encore complètement accès aujourd'hui, dont l'expertise psychiatrique, et à développer de nouvelles alliances avec des milieux. Cette clientèle..., et pour certains de ces clients, il faudra trouver de nouvelles solutions, de nouvelles pistes d'intervention. C'est notamment le cas, dans ce que j'ai entendu aujourd'hui, pour les jeunes, les communautés ethniques, les femmes de plus de 50 ans qui vivent seules. Ces solutions passeront peut-être aussi par des adaptations importantes du programme lorsque, toujours par rapport aux exemples donnés, la confidentialité ou encore même la réponse aux questionnaires qui sont liés au programme fait peur ou pose problèmes. On devra aussi se questionner sur les clientèles, comme toujours dans les exemples reçus, à petits revenus, peu scolarisées où les gens qui sont en situation de très grande vulnérabilité, pour lesquels des approches plus spécifiques, plus adaptées à leur réalité seront possiblement nécessaires.

Au regard du réseau, des messages du réseau intégré de services, donc la réponse entendue à : « doit-on aller vers un réseau intégré de services? », la réponse que j'entends c'est : « oui ». Euh!, il y a des facteurs facilitants : une volonté politique à plus d'un niveau qui soit partagée, commune pour les acteurs; le développement d'une confiance réciproque,

d'une complicité entre les ressources; un « leadership » qui s'exerce sans doute à l'échelle régionale; convenir d'une gamme de services et d'une trajectoire pour les utilisateurs de ces services; développer et convenir d'outils d'évaluation communs; articuler des services qui vont de la première ligne jusqu'aux services spécialisés. S'il y a des facteurs facilitants, il y a aussi des obstacles : le nerf de la guerre, le financement demeure toujours un obstacle; la résistance naturelle des milieux parfois aux changements, parfois aussi à ce « réseauter »; l'instinct de préservation des territoires, des petites zones de pouvoir.

Des pistes d'action qui ressortaient aujourd'hui, le programme, tel qu'on le vit depuis sa mise en œuvre, est sans doute un noyau extrêmement important, une base de travail qui a sa place, particulièrement sur le plan individuel, mais qui nécessite que la capacité professionnelle des intervenants ne soit pas laissée de côté, donc qu'elle vienne donner la couleur au programme. On a entendu aussi qu'il y a des développements au niveau des approches de groupe.

Au niveau du traitement, j'ai entendu beaucoup de..., un désir d'impliquer l'entourage, les proches, les conjoints et de mesurer ce que l'implication de..., et le rôle que pourrait jouer l'entourage dans le succès des approches auprès des joueurs pourraient avoir. La diversité de services est ressortie beaucoup. Puisqu'il y a une diversité de joueurs puis une diversité de problématiques liées à ces joueurs, il faut donc aussi pouvoir offrir une diversité de services, une diversité de traitements et ça, ça rejoint l'autre idée qu'on mentionnait tantôt d'une gamme de services.

J'ai aussi entendu des éléments concernant le suivi. C'était plutôt, ce qui m'est resté c'est que dans le fond c'est quoi le suivi? Qu'est-ce qu'on va devoir sans doute faire comme définition un peu plus du suivi?

Puis des éléments liés à la fin de traitement semblaient ressortir. Ça veut dire quoi, exactement, une fin de traitement? Et ça ouvre aussi sur toutes les notions d'abandons, de complétion du traitement. Beaucoup entendu de ne pas associer l'abandon du traitement à l'échec et même si c'était, et même si l'abandon était lié à une rechute, de ne pas nécessairement associer cette rechute à un échec, mais plutôt à une démarche, à une étape d'une démarche progressive d'un individu vers le recouvrement de sa santé ou le recouvrement des contrôles qu'il peut avoir sur ses habitudes de vie.

Possiblement ouvrir vers une recherche sur l'abandon en lien avec l'offre de services ou des éléments de l'offre de services comme la diversité, la proximité, la disponibilité rapide des services, de façon à pouvoir déterminer si des facteurs comme : « je peux avoir le service près de chez nous, je peux l'avoir rapidement et je peux avoir un service assez adapté à la typologie ou au type de besoins que j'ai » ne peut pas être un indicateur aussi du succès ou un prédicteur de succès supplémentaire par rapport à la problématique que je vis.

Voilà, grosso modo, les éléments, moi, qui..., que je relève là des quelques thèmes que j'ai couverts aujourd'hui et Danielle St-Laurent va faire un bout de son bord.

## 2.2 Danielle St-Laurent

Alors je vais compléter par d'autres éléments. Un des éléments qui, notamment, a sorti, surtout en matinée, c'était le fait que le DSM-IV est un outil trop discriminant, donc il fallait diversifier les outils pour identifier les clientèles problématiques. Aussi en regard des multiples problèmes, développer des outils qui permettent de poser des meilleurs diagnostics et qui tiennent compte aussi des étapes dans l'identification du problème, où on en est rendu. Parce que la personne peut arriver à une certaine étape puis les outils doivent être adaptés pour cette réalité.

Aussi, ce qui est ressorti ce matin, et aussi cet après-midi, c'est que les réalités sont différentes aussi en milieux urbains, en milieux..., en régions périphériques ou en régions plus éloignées. Donc, un des constats qui a été fait c'est qu'il y a un accès un peu plus difficile en raison des questions d'anonymat, de confidentialité, de transport. Même des difficultés à rejoindre les joueurs d'une certaine façon. Et de par ce fait, aussi le fait qu'on est en régions périphériques et que les services sont très éclatés sur le territoire, on va s'organiser aussi différemment pour donner des services et les intervenants vont travailler autrement que ceux qui sont en milieux urbains. Par contre, ils vont desservir des clientèles qui ont quand même les mêmes profils, qui ont les mêmes problèmes de jeu.

Et un des éléments que j'ai retenu aussi des propos qui ont été tenus des gens qui venaient des régions périphériques, c'est qu'il y a des éléments facilitateurs aussi pour la prestation de services. En fait, on nous a dit que la concertation était peut-être plus facile d'une certaine façon, le fait qu'on a peu de ressources, le fait qu'on est obligé de travailler évidemment avec peu de ressources, on est obligé de se concerter. Il y a plus de complicité en fait qui, semble-t-il... La complicité va être peut-être plus facile. Et aussi on..., une chose qui est ressortie aussi par rapport à ces régions, c'est que, probablement, ils doivent faire preuve de plus de créativité pour essayer de donner des services, rejoindre les clientèles. Monsieur Charette avait donné quelques exemples d'ailleurs là-dessus.

Un autre élément aussi, bon, on a parlé beaucoup de l'offre de jeu. On a parlé tout..., ce matin, cet après-midi. Bon, qu'est-ce qui est ressorti? Bon. Probablement qu'il faudrait réglementer au niveau de la publicité. Est-ce qu'on doit parler d'absence de publicité, de réglementation plus sévère, de contre-publicité et tout ça a été discuté.

On a questionné beaucoup le fait qu'on sollicitait les gens, évidemment, pour leur offrir des produits de jeu.

On a parlé aussi, on devait questionner l'accès à l'argent, l'accent aux guichets. Hein!, on a parlé des distributeurs de billets de banque dans les bars.

On a parlé aussi de ralentir l'offre, de ralentir l'accès de... On a parlé d'accessibilité. On a parlé davantage, dans ce contexte-là, des problèmes avec les vidéo-poker. On remet même en question..., certains remettent même en question le fait qu'on ait des vidéo-poker dans les bars. Et on a parlé aussi des horaires des..., au niveau de l'offre de jeu, que tout ça était bien questionnable.

Un élément aussi qui est ressorti, c'est un petit élément qui m'a frappée, probablement parce que je ne suis pas une spécialiste, comme vous, c'est que le jeu pathologique, on a fait beaucoup de comparaisons avec l'alcool, le tabac, mais une chose qui m'a frappée, c'est que, contrairement aux deux autres problématiques, c'est une problématique qui peut se développer rapidement. Donc je pense que c'est un élément sur lequel..., qui doit être pris en compte probablement dans nos travaux.

Bon, je dirais que ça... Évidemment, on a sûrement oublié des éléments. On avait dit qu'on prendrait pas plus de dix minutes pour faire une synthèse, donc ce que je vous dirais, à ce moment-ci, c'est que...

Monsieur : Juste avant les remerciements.

Je pourrais... Oui. OK, non, allez-y.

Monsieur : OK. C'est beau. Non, non, c'est beau, vas-y, vas-y, vas-y. Continue.

C'est qu'on a pris en note tout ce qui a été dit aujourd'hui. Ces commentaires-là vont être intégrés dans nos... Ces commentaires-là, les lectures que vous avez faites des constats, les lectures que vous faites de votre pratique, de ce qui se passe dans le milieu par rapport à ce programme expérimental-là est pris en considération. On va poursuivre l'évaluation, on va intégrer ces éléments-là donc, puis, en principe, au printemps ou plus tard à l'été, il y aura un rapport qui sera remis au ministère de la Santé.

## **ANNEXE 3**

### **LISTE ET CARACTÉRISTIQUES DES CENTRES DE TRAITEMENT (2003)**





**ANNEXE 3 LISTE ET CARACTÉRISTIQUES DES CENTRES DE TRAITEMENT (2003)**

Centres de traitement	Ressource	Type de services Alcoolisme- toxicomanies	Type de services jeu pathologique	Points de services / jeu
<b>Site-pilote Montréal-Laval-Montérégie</b>				
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
<b>Site pilote Québec /Chaudière/Appalaches</b>				
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
<b>Site-pilote Bas Saint-Laurent-Gaspésie/Îles-de-la-Madeleine</b>				
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
<b>Site-pilote Outaouais</b>				
Centre Jellinek	Publique	En externe	En externe	6

