



information



formation



recherche

ÉVALUATION DU PROGRAMME EXPÉRIMENTAL SUR LE JEU PATHOLOGIQUE

RAPPORT 6

MONITORAGE ÉVALUATIF - ENTREVUES INITIALES AUPRÈS
DES DÉCIDEURS ET DES COORDONNATEURS

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC

JUILLET – NOVEMBRE 2001

ÉVALUATION DU PROGRAMME EXPÉRIMENTAL SUR LE JEU PATHOLOGIQUE

RAPPORT 6

MONITORAGE ÉVALUATIF - ENTREVUES INITIALES AUPRÈS
DES DÉCIDEURS ET DES COORDONNATEURS

DIRECTION DU DÉVELOPPEMENT ET DES PROGRAMMES
UNITÉ CONNAISSANCE-SURVEILLANCE

JUILLET – NOVEMBRE 2001

MARS 2003

AUTEURS

Denis Allard	Institut national de santé publique du Québec Direction Développement et programmes, Unité Connaissance-surveillance
Chantale Audet	Institut national de santé publique du Québec Direction Développement et programmes, Unité Connaissance-surveillance
Danielle St-Laurent	Institut national de santé publique du Québec Direction Développement et programmes, Unité Connaissance-surveillance
Serge Chevalier	Institut national de santé publique du Québec Direction Développement et programmes, Unité Connaissance-surveillance

RÉFÉRENCE SUGGÉRÉE

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*. 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.

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

CONCEPTION GRAPHIQUE
MARIE PIER ROY

MISE EN PAGE
LINE MAILLOUX

DOCUMENT DÉPOSÉ À SANTÉCOM ([HTTP://WWW.SANTECOM.QC.CA](http://www.santecom.qc.ca))
COTE : INSPQ-2003-009

DÉPÔT LÉGAL – 2^e TRIMESTRE 2003
BIBLIOTHÈQUE NATIONALE DU QUÉBEC
BIBLIOTHÈQUE NATIONALE DU CANADA
ISBN 2-550-40724-5

©Institut national de santé publique du Québec (2003)

REMERCIEMENTS

Les auteurs tiennent à remercier chaleureusement une série de personnes qui, à un titre ou à un autre ont contribué à ce travail et sans qui ce volume ne serait pas ce qu'il est :

Toutes les personnes qui nous ont accordées une entrevue et que le respect de la confidentialité propre à l'éthique de la recherche et de l'évaluation nous empêche d'identifier. Nous avons été profondément touché par leur accueil, de même que l'enthousiasme et le dévouement avec lesquels elles cherchaient à mettre en place les moyens de venir en aide aux joueurs pathologiques.

Sylvie Hamel, chercheure en évaluation de programme à l'Institut de recherche en développement social des jeunes (IRDS), qui a bien voulu prendre du temps pour relire et commenter judicieusement ce rapport.

Catherine Geoffrion de l'Institut national de santé publique du Québec, pour sa relecture attentive et ses chaleureux commentaires.

Line Mailloux de l'Institut national de santé publique du Québec, pour la mise en page du présent document.

Karine Bellemare de l'Institut national de santé publique du Québec, pour son aide efficace et enthousiaste.

Michel Duchesneau et Dominique Bouchard, de la direction de l'évaluation, de la recherche et de l'innovation du ministère de la Santé et des Services sociaux, pour leur volonté de voir progresser le projet dans le meilleur intérêt de tous les acteurs.

Robert Faulkner et Lynne Duguay, du service de toxicomanie du ministère de la Santé et des Services sociaux, pour avoir soutenu l'idée d'un programme expérimental accompagné d'un processus d'évaluation.

RÉSUMÉ

Le présent document fait partie du rapport d'évaluation du programme expérimental sur le jeu pathologique. Il touche un des volets du monitoring qualitatif du programme qui est le processus d'adaptation du programme dans les premiers mois de son implantation. Il repose spécifiquement sur l'analyse d'une série d'entrevues réalisées de juillet à novembre 2001 auprès des directeurs ou coordonnateurs cliniques des 23 organismes de traitement des quatre sites-pilotes choisis dans le programme provincial : (1) Montréal, Laval et Montérégie, (2) Québec et Chaudière-Appalaches, (3) Outaouais, (4) Bas-St-Laurent—Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine. Ces entrevues visaient principalement à voir comment ces instances réagissaient à la proposition de programme de traitement venant du Centre québécois d'excellence sur la prévention et le traitement du jeu (CQEPTJ) et à examiner ce qu'ils mettaient ou avaient l'intention de mettre en œuvre sur le terrain, dans leur environnement et avec leur expérience spécifiques. L'analyse du matériel de ces entrevues, en comparaison avec le modèle du CQEPTJ, nous permet de voir comment le « programme implanté » précise, renouvelle, se démarque ou s'oppose à ce dernier. Elle permet finalement d'identifier les zones de robustesse et de faiblesse du programme, de porter un premier jugement sur sa vraisemblance, sa capacité de produire les résultats souhaités.

La comparaison entre ce que les entrevues révèlent de l'implantation et ce que le CQEPTJ proposait, repose sur la démarche méthodologique d'appariement à un modèle. Les résultats sont présentés en fonction de quatre grands processus d'implantation du programme : la délimitation de la clientèle, la transition de la clientèle, l'actualisation du traitement, la consolidation du traitement.

La délimitation de la clientèle, c'est-à-dire la définition de son éligibilité et par la suite sa sélection, est au centre de la dynamique entre l'offre et la demande de services. Elle a tendance à être plus systématique pour les organismes qui ont une forte pression de la demande, ont fait le choix d'une orientation de groupe pour le traitement et n'ont pas de points de services dispersés sur leur territoire. À l'encontre du programme proposé, mais pour répondre aux besoins prioritaires des clients, il se fait une sélection bien avant le processus formel d'évaluation prévu.

Le processus de transition de la clientèle prend une place plus importante, imprévue à l'origine. Une clientèle à multiples problématiques très présente, une demande importante, la présence d'un réseau de services disponibles et la volonté de réduire les abandons, suggèrent à une majorité d'organismes la création de mécanismes de transition (rencontres et groupes d'accueil, d'orientation, d'engagement, de motivation, de soutien) qui cherchent à mieux préparer les clients au traitement. Le danger d'« écrémage » de la clientèle est toutefois soulevé.

La réalisation du programme proposé, sur le plan du traitement proprement dit, est vécue de deux manières, soit comme l'utilisation d'un noyau de programme à améliorer, soit comme l'intégration d'un outil à un programme plus large. Dans les deux cas, l'ordonnancement du programme proposé est revu pour travailler au besoin les conséquences financières, familiales, conjugales et occupationnelles du jeu, ses dimensions émotives et l'urgence de faire face aux rechutes, avant de passer à l'aspect plus rationnel du volet cognitif des conceptions erronées sur le jeu. Le travail de consolidation des acquis du traitement, peu développé dans le programme proposé, en est à sa conceptualisation et est orienté par les besoins des clients. Il y a de nombreuses tentatives d'intégration des proches à différentes étapes du traitement.

Dans une implantation faite d'expériences, d'initiatives et d'innovations, la question de savoir si le programme mis en œuvre peut vraisemblablement produire les effets escomptés reste ouverte puisque les cibles et les résultats n'ont jamais fait l'objet d'une délibération, ni d'un consensus minimal entre les principaux intéressés (promoteurs, concepteurs, gestionnaires, intervenants et usagers du programme). Les premiers résultats d'implantation devraient être l'occasion d'avancer dans la précision de ces objectifs et des pratiques thérapeutiques qui les accompagnent.

TABLE DES MATIÈRES

1. INTRODUCTION	1
2. PERSPECTIVE ET MÉTHODOLOGIE D'ÉVALUATION.....	3
2.1. Perspective d'évaluation.....	3
2.2. Méthodologie de recherche	5
3. RÉSULTATS D'ANALYSE.....	9
3.1. Le programme proposé par le CQEPTJ	9
4. LE SYSTÈME D'IMPLANTATION	13
4.1. Le processus de délimitation de la clientèle	15
4.1.1. Expérience, tradition et offre de services.....	16
4.1.2. Éligibilité et accessibilité	21
4.1.3. Division du travail et référence	28
4.1.4. Promotion des services	38
4.1.5. Liste ou file d'attente	41
4.1.6. Comparaison au programme proposé	44
4.2. Le processus de transition.....	46
4.2.1. Le contact initial	46
4.2.2. Rencontre d'accueil, admission et groupe de transition	54
4.2.3. L'évaluation du client	63
4.2.4. Comparaison au programme proposé	67
4.3. Les processus d'actualisation et de consolidation.....	69
4.3.1. L'actualisation du traitement : seul ou avec d'autres ?	70
4.4. L'actualisation du traitement : noyau ou outil ?.....	74
4.4.1. L'actualisation du traitement : difficultés et ajustements.....	79
4.4.2. La consolidation du traitement.....	85
4.4.3. Comparaison au programme proposé	91
5. CONCLUSION.....	95
6. RÉFÉRENCES	99
ANNEXE 1 GUIDES D'ENTREVUES	101
ANNEXE 2 LISTE DES ORGANISMES DE TRAITEMENT	115
ANNEXE 3 EXTRAITS D'ENTREVUES SUR LES DÉTERMINANTS DU JEU.....	119

1. INTRODUCTION

C'est en novembre 2000 que l'Institut national de santé publique du Québec recevait du ministère de la Santé et des Services sociaux le mandat d'évaluer plusieurs aspects du Programme expérimental sur le jeu pathologique. Le mandat initial prévoyait des activités de monitorage portant spécifiquement sur le programme ainsi qu'une revue critique de littérature portant sur les évaluations d'interventions préventives dans le domaine des jeux de hasard et d'argent. Le mandat originel s'est vu augmenter de plusieurs volets supplémentaires et embrasse présentement un large éventail de volets spécifiques complémentaires. D'ici mars 2004, nous prévoyons publier une quinzaine de rapports dans le cadre de l'accomplissement du mandat qui nous a été attribué.

- Rapport 1. Présentation générale de l'évaluation du programme expérimental sur le jeu pathologique
- Rapport 2. Revue critique de la littérature portant sur les approches de traitement du jeu pathologique
- Rapport 3. Revue critique de la littérature portant sur les évaluations d'interventions préventives
- Rapport 4. Cadre théorique de la participation aux jeux de hasard et d'argent et du développement de problème de jeu
- Rapport 5. Le contexte évolutif de l'environnement des jeux de hasard et d'argent durant la période d'évaluation
- Rapport 6. Monitorage évaluatif – entrevues initiales auprès des décideurs et des coordonnateurs cliniques
- Rapport 7. Monitorage évaluatif – indicateurs d'implantation – données rétrospectives
- Rapport 8. Les services de traitement – le point de vue des usagers
- Rapport 9. Les lignes téléphoniques dédiées aux jeux de hasard et d'argent
- Rapport 10. Intégration des résultats après deux ans d'implantation du programme et pistes de réflexions
- Rapport 11. Monitorage évaluatif – deuxième entrevue auprès des décideurs et des coordonnateurs cliniques – évolution de la situation
- Rapport 12. Monitorage évaluatif – indicateurs d'atteinte des objectifs – données complètes
- Rapport 13. Les services de traitement – le point de vue des intervenants

Rapport 14. Les services d'intervention de crise dans les casinos

Rapport 15. Monitorage évaluatif – rapport du forum

Rapport 16. Synthèse générale

Le MSSS a pris l'initiative d'offrir à la population un programme de traitement des joueurs pathologiques et, dès les premières rencontres préparatoires, la décision de l'évaluer. La nature et l'ampleur des traitements ont ensuite été déterminées, le personnel a été formé, des directives émises. Le programme s'est implanté. Dans ce premier rapport qui porte spécifiquement sur l'évaluation du programme expérimental, nous verrons, à partir de la perspective des directeurs généraux ou des coordonnateurs cliniques (ci-après désignés par l'expression « directions ») des organismes fournissant les traitements, comment le programme a été implanté, quelles adaptations lui ont été apportées et comment ce programme a été intégré au contexte des organismes qui prodiguent les services.

2. PERSPECTIVE ET MÉTHODOLOGIE D'ÉVALUATION

2.1. Perspective d'évaluation

Le domaine de l'évaluation de programme (Fraisie et al., 1987 ; Schallock et Thornton, 1988 ; Berk et Rossi, 1990 ; Chambers et al., 1992 ; Mohr, 1992 ; Pawson et Tilley, 1997 ; Owen et Rogers, 1999) se définit essentiellement autour de trois questions au regard d'un programme spécifique:

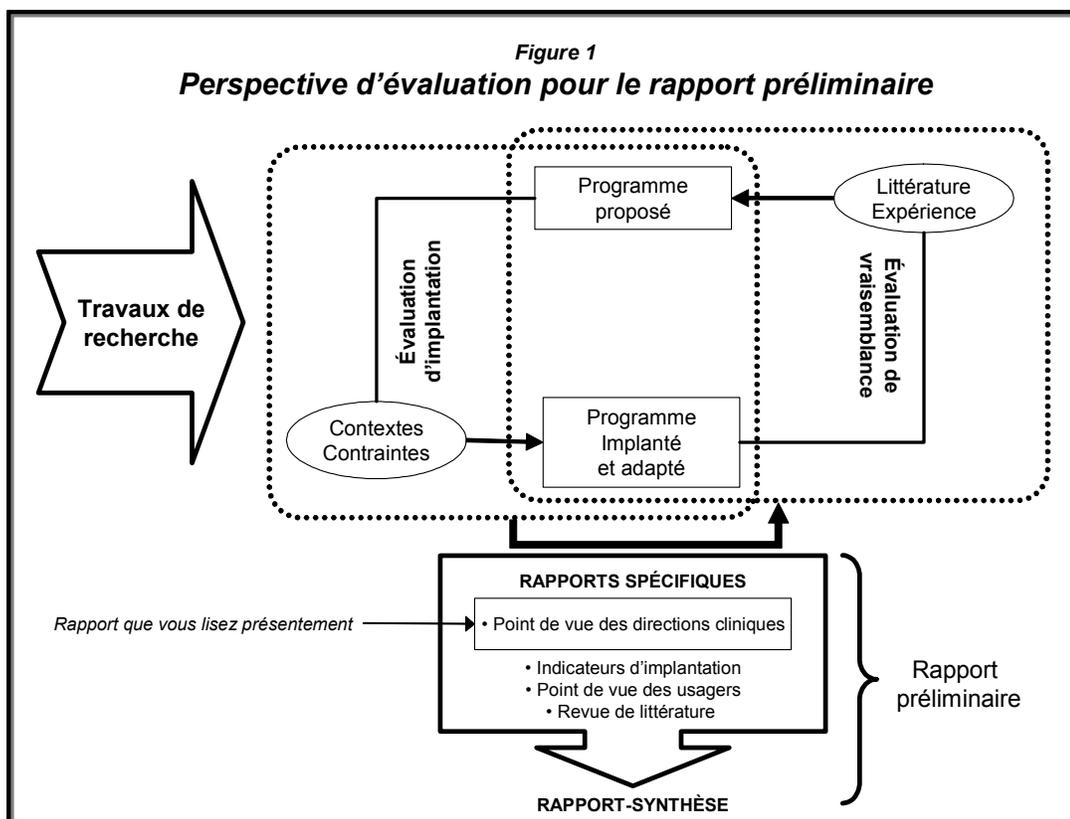
- Est-ce que ce programme peut vraisemblablement s'implanter dans les milieux choisis et produire les effets escomptés ?
- Est-ce que ce programme s'est implanté tel que prévu et est-ce que les adaptations réalisées dans l'implantation se sont faites de manière cohérente avec les objectifs du programme ?
- Est-ce que les résultats obtenus avec ce programme sont ceux qui étaient attendus ? Est-ce qu'ils peuvent lui être attribués ? Est-ce que c'est le meilleur programme possible compte tenu de ses coûts et de ses bénéfices ?

Si la mise en œuvre des programmes était toujours logique et rationnelle, on répondrait dans l'ordre à chacune de ces questions. La première portant sur la conception du programme, on serait assuré de mettre en place le meilleur programme possible. Un fois ce travail fait, on pourrait s'assurer que le programme arrive à s'implanter tel que prévu dans des environnements parfois forts différents, et qu'il peut s'ajuster tout en maintenant les orientations souhaitées. Finalement à l'étape ultime on pourrait évaluer ce qui, des résultats obtenus, peut être vraiment attribué au programme et non à d'autres facteurs. Tout cela est logique, la prudence la plus élémentaire nous dictant de ne pas évaluer l'impact d'un programme dont la conception n'est pas adéquate et les possibilités d'implantation limitées. À quoi serviraient en effet des résultats d'évaluation d'impact dans de telles situations ? À dire qu'on a un impact de quelque chose sans trop savoir quoi au juste. Mais dans les faits, cette logique est une ligne de conduite qui résiste mal aux pressions de la mise en oeuvre des programmes et, plus largement, des politiques publiques (Perret, 2001). Les politiques publiques et les programmes sont des objets de pouvoir qui sont manipulés souvent au gré des décisions des acteurs qui ont d'autres perspectives que celles de l'évaluation. Pour répondre à des impératifs politiques, les programmes sont souvent implantés plus hâtivement qu'il ne serait souhaitable. Leurs objectifs sont souvent imprécis ou absents ; ils font la plupart du temps l'objet de désaccords entre les acteurs en présence. Les milieux choisis pour l'implantation présentent une diversité d'expériences et de ressources qui entraînent forcément une actualisation du programme à des degrés et des vitesses variables. De plus, étant dans une société post-moderne où les acteurs sociaux sont au centre d'une circulation d'information sur les objets qui les concernent, rien de plus normal

que de voir les acteurs d'un programme réclamer le droit de se prononcer sur son contenu et sur son évaluation.

Le programme de traitement des joueurs, issu de la politique provinciale d'intervention sur le jeu pathologique, pour lequel nous avons reçu un mandat d'évaluation, n'échappe pas aux contingences dont nous venons de parler. Est-ce à dire que nous n'avons pas pu suivre la ligne de conduite décrite précédemment ? Oui et non. Oui parce que nous avons décidé de repousser les évaluations d'impact à un moment où le programme aura une identité mieux confirmée par l'examen de son implantation dans différents environnements. Non, nous venons de l'avouer, parce que l'implantation se fait sans que le programme n'ait été suffisamment défini à l'avance pour prévoir des réponses adéquates à toutes les situations possibles, ou plus réalistement les plus fréquentes. D'où notre stratégie d'évaluation qui cherche à répondre aux deux premières questions en parallèle, celle de la vraisemblance du programme proposé, celle de l'implantation et de l'adaptation de celui-ci, les réponses à la seconde servant de matériau, en plus des revues de littérature, pour répondre à la première. Les entrevues avec les directions des centres de traitement dans les débuts d'implantation du programme font partie de cette stratégie. Elles permettent de recueillir une information pertinente sur l'implantation et les problèmes d'adaptation du programme. Combinées plus tard aux données quantitatives des indicateurs d'implantation et aux entrevues avec les usagers des services, elles permettront d'avoir une vision plus précise de l'implantation. Mais par le fait que cette information nous donne un point de vue sur ce qui a été implanté comme prévu, adapté ou fait autrement, elle ouvre la voix à une discussion de la vraisemblance du programme et à ce qui devrait ou pourrait être consolidé ou amélioré dans l'avenir.

La figure 1 reprend les distinctions précédentes. On y montre que l'évaluation d'implantation vise à examiner en quoi la mise en œuvre du programme correspond au programme proposé ou s'en éloigne en s'adaptant aux différents contextes et contraintes qui le balisent. Ce travail de comparaison est possible si on dispose de données sur l'implantation, celles-ci provenant, dans le cadre de notre projet et du rapport préliminaire, d'entrevues avec les directions des organismes de traitement, les usagers de ces services, les indicateurs quantitatifs de participation des usagers. Le résultat de cette comparaison permet en retour de porter un regard critique, d'examiner la vraisemblance du programme proposé et implanté, cette information s'ajoutant, comme expérience vécue du programme, à ce que la littérature scientifique et professionnelle nous dit des programmes de traitement et d'implantation. En résumé, l'évaluation d'implantation répond à la question : « Est-ce que le programme prévu a été implanté ? » alors que l'évaluation de vraisemblance répond à cette autre : « Compte tenu de ce qu'on sait maintenant, à quelle conception du programme devrions-nous nous référer ? »



2.2. Méthodologie de recherche

Dans le cadre du programme sur le jeu pathologique, le programme de traitement a commencé à s'implanter dans la période allant de mai à octobre 2001. Comme nous voulions savoir comment les organismes de traitement envisageaient l'implantation du programme et quelles étaient les situations vécues dans les premiers mois, nous avons alors amorcé une série d'entrevues avec les directions des organismes de traitement. Les 23 organismes de traitement subventionnés ont été visités de juillet à novembre 2001. Les entrevues ont la plupart du temps été réalisées avec deux personnes. Cette situation est justifiable par le fait que nous demandions aux directions des organismes de nous permettre de rencontrer une personne qui pouvait rendre compte de l'implantation du programme et de son contexte organisationnel. Or, dans plusieurs cas, les directions ont préféré déléguer plus d'une personne pour couvrir tous les thèmes que nous proposons de discuter (voir le guide d'entrevue à l'annexe 1). Par conséquent, les entrevues ont été faites avec une, deux (la plupart du temps) et exceptionnellement plus de deux personnes. L'annexe 2 fournit la liste des organismes où il y a eu des entrevues. Les entrevues ont duré en moyenne 90 minutes et elles ont été enregistrées sur bande magnétique.

Pour permettre l'analyse de contenu (Bardin, 1980 ; Robert et Bouillaguet, 1997) de ces entretiens, le matériel enregistré a été transcrit. Le verbatim de ces transcriptions a fait l'objet des traitements suivants :

- Lecture « flottante » (Bardin, 1980) pour valider et ajuster la classification des grands thèmes traités. L'entrevue thématique semi-dirigée suit nécessairement les thèmes qui sont déjà inscrits dans le schéma d'entrevue. Mais l'entrevue offre assez de liberté pour que les interlocuteurs ajoutent des thèmes jugés pertinents. Les contraintes de l'entrevue (par exemple le temps disponible) font que certains thèmes pourront être négligés ou laissés de côté. La première lecture des entrevues permet donc d'identifier les grands thèmes et sur lesquels l'analyse comparée (transversale) sera possible.
- Édition thématique de chacune des entrevues. Le concept d'édition signifie deux choses. La première est que le verbatim est retravaillé pour rendre le discours plus fluide et facilement compréhensible. Cette opération sert aussi à rendre le matériel confidentiel, en enlevant le nom des personnes, pour respecter les exigences éthiques de conservation de la base de données. La seconde vise à corriger le fait qu'une entrevue semi-dirigée ne suit pas forcément l'ordre du schéma d'entrevue et que des extraits d'un même thème peuvent se trouver à des endroits différents du texte. Les extraits sont donc réordonnés en fonction des grands thèmes. Ce second objectif est surtout rendu nécessaire par le fait que nous voulons interroger de nouveau les directions et voulons le faire à partir d'une version structurée de leur première entrevue.
- Codage détaillé des entrevues éditées pour permettre une analyse plus fine du matériel. Il ne suffit pas d'avoir un codage sur les grands thèmes. Un extrait d'entrevue de quelques lignes qui porte par exemple sur l'étape d'accueil des joueurs peut faire allusion à la motivation de ceux-ci, à la présence de proches, à leurs craintes, etc. Il faut donc faire un codage détaillé de ce qui est exprimé, raffiner et ordonner les catégories utilisées. Pour faire ce travail, nous avons utilisé le logiciel d'analyse de contenu NVivo. Ce logiciel permet de faire le codage des entrevues de manière progressive. D'une entrevue à l'autre, la codification (les codes utilisés) peut être modifiée et raffinée, les ajustements au codage des entrevues précédentes se faisant de manière automatique.
- Une fois le matériel des entrevues codé, nous avons passé à l'analyse proprement dite qui consiste en un travail de comparaison des extraits d'entrevues retrouvés dans chacun des codes ou catégories de codes. Cette comparaison permet de constater les différences et les écarts entre les informations communiquées sur un même objet et éventuellement de la classifier et l'ordonner pour avoir une image de l'ensemble. Ainsi les extraits d'entrevues portant sur les modalités d'accueil peuvent permettre de produire une catégorisation (Strauss et Corbin, 1990 ; Becker, 2002) et une classification des types d'accueil. Un raffinement de l'analyse permet aussi d'examiner les différences constatées en fonction des contextes. La trajectoire d'un joueur dans un programme de traitement se fait sur une trame de fond qui influence ce qui se passe. Ainsi on peut

examiner si l'accueil du joueur varie peu ou énormément en fonction des choix d'organisation du traitement sous un mode individuel et de groupe. Nous essayons de maintenir dans la mesure du possible cette perspective d'analyse « trajectoire-trame » (Strauss, 1992) tout au long du processus.

- Sans tomber dans la description ponctuelle de ce qui se passe, nous essayons donc de rendre compte de la complexité de l'implantation, des interdépendances entre ses étapes et ses contextes. C'est pourquoi la présentation des résultats d'analyse croise à la fois le texte qui est plus linéaire avec les tableaux comparatifs (Huberman et Miles, 1991) et les représentations systémiques (Checkland et Scholes, 1990 ; Hummelbrunner, 2000) qui produisent des images plus synthétiques. Des analogies, en particulier des métaphores, sont aussi utilisées pour rendre compte de manière plus synthétique (Patton, 1997). Des extraits d'entrevues sont repris en grand nombre parce qu'ils permettent aussi de comprendre la complexité de ce qui est implanté et vécu dans les organismes de traitement. Pour des raisons de confidentialité, ces extraits ne sont identifiés que par un numéro attribué au hasard à l'organisme d'où ils viennent. Il y a des exceptions à cette règle dans les cas où nous parlons d'une caractéristique, d'un document ou d'un projet spécifiques à un seul organisme ou regroupement d'organisme et que cette information ne porte pas à conséquence. Nous faisons cet effort de confidentialité pour répondre aux exigences du comité d'éthique qui a évalué notre projet. Mais nous le faisons aussi pour renforcer l'esprit d'évaluation formative et délibérative que nous voulons mettre de l'avant dans ce projet. Nous cherchons à rendre compte globalement des forces et des faiblesses de l'implantation pour favoriser certaines prises de conscience (l'aspect formatif) et orienter les débats (l'aspect délibératif) sur l'amélioration du programme de traitement. Il est évident que chaque organisme et chaque région fait déjà ce travail sur un mode d'autoévaluation. Notre projet ajoute la voix de la recherche à ce processus réflexif et le fait sur une base plus large de l'ensemble des sites-pilotes. Une évaluation d'implantation construit un miroir qui donne un reflet, une image du « système d'implantation »¹ à ceux qui peuvent l'utiliser pour l'améliorer.
- La dernière étape de l'analyse utilise l'image produite de la réalité de l'implantation et la compare à celle qui était proposée dans le programme du CQEPTJ. Cette comparaison permet de répondre aux questions suivantes : 1) Quelles composantes du programme proposé ont été implantées ou adaptées, ignorées ou même rejetées ? 2) Quelles sont les nouvelles composantes et leur légitimation ? 3) Quel est l'ordonnement de ces composantes ? Est-il similaire ou différent de celui proposé ? 4) Quelle est l'influence de

¹ Cette expression de McLaughlin (1987), dans un article qui fait époque sur l'analyse de l'implantation des programmes sociaux d'envergure, résume plusieurs constats. Les effets d'un programme ne sont jamais directs mais dépendent à la fois des acteurs et des contextes. Un même programme peut donner des résultats différents selon les décisions de mise en œuvre prises sur le plan local et à différentes étapes. L'implantation est un processus d'apprentissage impliquant plusieurs acteurs qui poursuivent souvent des objectifs concurrents. Les décisions prises par les acteurs les plus près du moment des services sont celles qui ont le plus d'influence sur les résultats.

la prise en compte de l'environnement d'implantation dans les modifications du programme ? 5) Est-ce que la représentation des résultats à atteindre se situe dans la même perspective que celle du programme proposé ?

Cette dernière comparaison ouvre la porte à la section finale du rapport qui discute de la vraisemblance du programme et à son amélioration. Est-ce que le programme proposé était implantable ? S'il ne l'a pas été, est-ce que les ajustements réalisés ont permis une implantation réussie ? Vers l'atteinte de quels objectifs ? Dans quelles directions doit-on préciser ou redéfinir le programme ? Il est important de rappeler que cette discussion ne sera que partielle parce que fondée sur une seule catégorie d'acteurs à une période limitée du développement du programme. Elle amorce la discussion plus qu'elle ne la clôt. Il n'en reste pas moins que chaque discussion de vraisemblance oblige à préciser le programme, son potentiel d'implantation et d'impact, et que ces précisions permettent de l'améliorer et le faire progresser.

3. RÉSULTATS D'ANALYSE

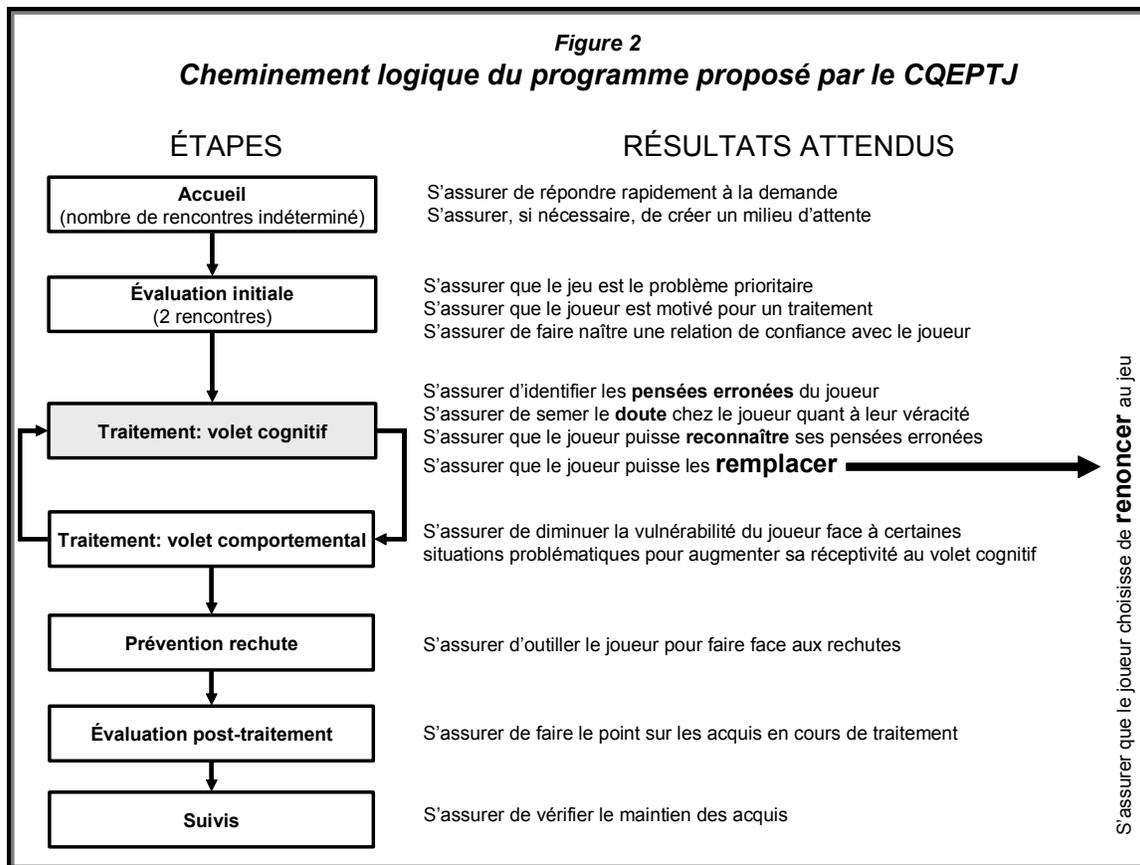
Pour présenter les résultats de l'analyse des entrevues, nous devons d'abord rappeler la nature du programme proposé pour l'implantation. Ensuite, nous allons rapporter le contenu des entrevues dans quatre grandes sections qui correspondent à des moments différents de la mise en œuvre du programme : la délimitation de la clientèle, l'implication dans le traitement, la transformation thérapeutique et la consolidation des acquis. Ils résument globalement la manière dont les personnes interviewées découpent la réalité du programme. Ce qui est exprimé sur l'implantation sera comparé à ce qui est prévu dans le programme du CQEPTJ. Plutôt que d'attendre la fin de l'analyse du contenu des entrevues pour faire ces comparaisons, nous allons le faire à chaque section.. Il sera ainsi plus facile pour le lecteur de se rappeler ce qui a été dit sur tel point particulier.

3.1. Le programme proposé par le CQEPTJ

L'essentiel du programme proposé aux organismes de traitement pour le jeu pathologique est contenu dans le document intitulé *Programme d'évaluation et de traitement des joueurs excessifs* (Ladouceur, 2000). Ce document a été remis à tous les intervenants des organismes de traitement qui ont suivi la formation du CQEPTJ. Il leur a été donné comme outil de référence et d'intervention auprès des joueurs. Ce document décrit une démarche individuelle² de traitement cognitif-comportemental.

La manière la plus utile de représenter un programme pour des fins d'évaluation consiste à en faire un cheminement logique (Cole, 1999 ; Funnell, 2000 ; Smith, 1989) qui présente la séquence, selon les besoins, des étapes, interventions et résultats qu'on cherche à réaliser et atteindre. La figure 2 représente ce cheminement. Dans ce cas-ci nous avons insisté pour présenter la séquence des étapes du programme et les résultats attendus qui s'y rattachent. Nous avons formulé les résultats en utilisant le terme « s'assure que... » pour bien montrer que ces résultats devraient être ceux qui normalement sont vérifiés à la fin de chaque étape. Les autres termes utilisés collent toutefois le plus possible à ceux du document du CQEPTJ. Dans la comparaison du matériel des entrevues avec le modèle de programme proposé, nous pourrions au besoin présenter de manière plus détaillée certaines étapes du programme.

² Un addendum à ce document, portant sur la transformation de la démarche individuelle en démarche de groupe, a été produit depuis que nous avons réalisé nos entrevues (Ladouceur et al., 2002).



La première étape est celle de l'**accueil**. Le document de formation insiste sur le fait que l'appel du client doit être retournés rapidement en moins de 24 heures et que le premier rendez-vous soit fixé moins de sept jours après cet appel. L'autre résultat souhaité de cet étape voudrait, dans les cas où il est impossible d'amorcer le traitement dans ce délai, qu'un groupe d'accueil soit mis en place pour rencontrer les clients potentiels, à un moment fixe de la semaine, et leur donner la chance de poser les questions qui les préoccupent.

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 sur deux rencontres et se base sur une entrevue diagnostique et une série des tests. Il vise ultimement à décider de poursuivre le traitement avec ce client parce que le jeu est un problème prioritaire, que le client est suffisamment motivé pour s'engager dans le processus de traitement. Bien qu'on n'en discute pas par la suite dans le document de formation, un des objectifs est d' « établir un premier contact dans un climat propice à la naissance d'une relation de confiance avec le joueur. »

La troisième étape constitue le corps du processus thérapeutique. Il s'agit de la réalisation du **volet cognitif** du programme 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 programme cognitif prône par conséquent l'abstinence face à toute forme de jeu³. Ce volet peut nécessiter jusqu'à dix rencontres.

Certaines situations problématiques (l'exposition au jeu, les problèmes financiers, le manque d'occupation, la consommation abusive de drogues et d'alcool, des problèmes relationnels, etc.) peuvent rendre 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**, 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 en gros 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 de la province ont intégré cette logique et ses

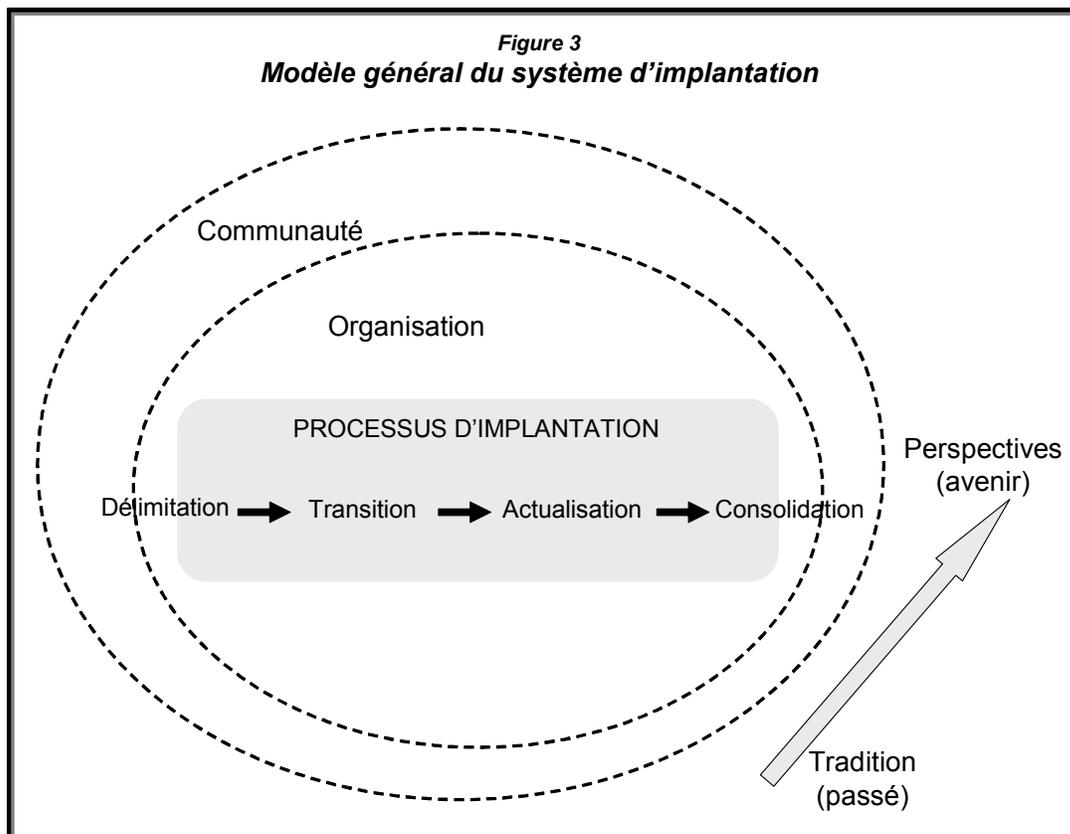
³ La vraisemblance d'impact du programme repose sur la véracité de cette affirmation, ses fondements théoriques et empiriques. Le domaine du traitement du jeu pathologique propose une multitude d'approches qui reposent sur des fondements semblables ou différents.

composantes, ont dû les ajuster et les modifier ? L'analyse des entrevues avec les directions nous en donne un reflet, reflet limité aux tous premiers mois de l'intervention, mais reflet suffisamment précis pour pouvoir rendre compte de la distanciation produite par la mise en œuvre sur le terrain.

4. LE SYSTÈME D'IMPLANTATION

Comment est actualisée la proposition du CQEPTJ dans les organismes de traitement ? Comment elle est influencée par les contextes régional et organisationnel dans lesquels elle l'implante ? En quoi cette implantation colle, diverge ou renouvelle cette proposition ? Les entrevues avec les directions lèvent le voile en partie sur ces questions pour les premiers mois de l'implantation et nous donnent une idée de la complexité de la mise en œuvre de ce nouveau programme. Un premier résultat repose sur le fait que le système d'implantation décrit se structure autour de quatre grands processus :

- La délimitation de la clientèle et plus largement, dans certains cas, du champ d'intervention. Les organismes se trouvent pris au centre de décisions sur les clients à accepter ou à refuser en fonction de l'importance de la demande de services, de l'offre de services qu'ils peuvent faire, du réseau de services dont ils disposent dans leur région pour faire de la référence au besoin. Plus largement ce réseau peut impliquer des choix de division du travail qui ne sont pas toujours évidents.
- La transition avant le traitement proprement dit. Pour des raisons de réduction de la pression de la demande et d'atténuation de l'impact des abandons sur la mobilisation des ressources, une majorité d'organismes ont investi dans la création d'une période-tampon qui sert à garder le contact avec les demandeurs et à faire un travail de préparation pour l'étape du traitement proprement dit. Ce choix donne dans le programme une place beaucoup plus grande à ce qui était appelé l' « accueil » dans le programme proposé ; elle peut aussi contenir certaines composantes associées au traitement.
- L'actualisation du traitement. Sur ce plan, le discours des directions soulève des débats internes sur la place que doit prendre le volet cognitif dans le processus thérapeutique, sur les difficultés qui s'y rattachent selon les clientèles traitées, sur la nécessité d'élargir ou non la perspective thérapeutique, sur les objectifs atteints ou à atteindre. Les traditions d'intervention de chacune des organisations entrent ici en ligne de compte, de même que les perspectives qu'on veut se donner.
- La consolidation des résultats obtenus. Les questionnements précédents se prolongent dans le fait que les organismes de traitement cherchent à concevoir et organiser une suite au traitement qui ne soit pas que « vérification des acquis », qui intègre les proches et la communauté dans la réinsertion du joueur. Plus largement, certaines directions s'interrogent sur le mandat de leur organisation en prévention.



La figure 3 nous donne une image du modèle que nous allons suivre dans la présentation des résultats d'entrevues. Nous avons regroupé ces résultats autour des quatre processus précédents. Ce schéma nous rappelle que le discours de directions sur ces processus d'implantation du programme est marqué par l'influence des contextes environnemental (l'organisation, la communauté) et temporel (tradition et perspectives). L'analyse en tiendra compte. Il faut toutefois mentionner que le matériel d'entrevues utilisé pose des limites à l'analyse de ces processus :

- À la période des entrevues, environ le tiers des organismes n'avaient pas fait un cycle complet de traitement avec leurs premiers clients et les autres deux tiers avaient encore très peu d'expérience vécue sur la question des suivis. Le matériel d'entrevue est donc plus détaillé sur les processus de délimitation et de transition. Il l'est beaucoup moins sur l'actualisation et la consolidation. La reprise de ces entrevues après une plus longue période d'implantation devrait permettre d'être plus spécifique et de vérifier les progrès accomplis.

- Les entrevues thématiques semi-dirigées laissent une certaine autonomie aux personnes interviewées pour donner leur vision des thèmes proposés. Cette liberté, dans un contexte d'un temps d'entrevue limité, se paie par un traitement inégal, d'une entrevue à l'autre, des thèmes proposés dans le schéma d'entrevue. Par conséquent, l'analyse produite n'a pas le même degré de détail d'un thème à l'autre.
- Le point de vue des directions ne peut rendre compte de toute la diversité de la pratique des intervenants sur le terrain. Ces derniers ont une marge de manœuvre plus ou moins grande pour interpréter ce qui leur est demandé comme tâches. Une connaissance détaillée de l'intervention passe donc par un suivi des activités des clients ou, à tout le moins, des entrevues avec les intervenants.

L'analyse des entrevues avec les directions va donc nous fournir une image du système d'implantation, image révélatrice par certains côtés mais image incomplète par d'autres. Il faudra la comparer et la confronter à d'autres.

4.1. Le processus de délimitation de la clientèle

Le processus de délimitation de la clientèle existe parce que l'organisme doit chercher à atteindre un équilibre entre la demande qui est faite par les clients (son importance et sa nature) et l'offre de services qu'elle peut donner compte tenu des ressources disponibles et de l'expérience acquise. Cet équilibrage dépend aussi du réseau de services disponibles à ceux qui font une demande, et des relations effectives entre les organismes de ce réseau. Au travers des décisions sur le fait d'ouvrir et de fermer les vannes, l'organisme en vient aussi à délimiter, volontairement ou involontairement son champ d'intervention.

Nous allons aborder les stratégies développées par les organismes de traitement pour faire face à la demande. Les entrevues nous ont surtout permis de cerner la question des stratégies face à l'importance quantitative des demandes. Mais cette dernière n'est jamais indépendante de la nature qualitative de la demande bien que nous ayons obtenu moins d'information sur ce sujet.

Dans les entrevues, deux cas d'espèce fondent le discours sur la gestion de la demande. Le cas où la demande de services est plus forte que l'offre qu'on peut déployer ; le cas inverse d'une demande trop faible pour les ressources mobilisées. Dans ces deux cas, les stratégies pour atteindre un équilibre se définissent autour de quatre activités qui sont au cœur même du travail des responsables de ces organisations. On peut jouer sur l'éligibilité des clients, sur la division du travail avec les autres organismes, sur la promotion (dont la publicité) de ses services et sur la gestion de la liste d'attente (voir figure 4). La stratégie retenue dépend toutefois de l'interprétation que les milieux font du mandat donné par le MSSS au regard de leur tradition ou de leur expérience du terrain, tant sur le plan de la clientèle traitée que sur celui des approches de traitement. Cette interprétation influence l'offre qui est rendue disponible par les ressources qui ont été mobilisées pour le programme. Par conséquent,

avant d'examiner les stratégies comme telles, il est important de rappeler ce que les interviewés nous disent de leur expérience passée et de ses implications sur l'offre.

4.1.1. Expérience, tradition et offre de services

L'expérience ou la tradition est discutée sous deux aspects: celui de la clientèle qui a été le lot de l'organisme mandaté et de l'implication graduelle, pour certains, dans le domaine du jeu ; celui des approches de traitement privilégiées et de la compétence développée dans le traitement du jeu. Commençons par le premier.

Les organismes mandatés pour offrir les services aux joueurs pathologiques sont, même pour ceux qui se sont spécialisés dans le traitement du jeu pathologique, des organismes qui avaient des racines dans le traitement des problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie (AT) et parfois d'autres dépendances. C'est dans le cadre de ce mandat que les dirigeants et les intervenants en sont venus à prendre conscience du problème du jeu, soit parce que des clients en AT finissaient par dévoiler un problème de ce type, soit parce que, faute de services spécifiques, certains finissaient par accueillir des joueurs dans leurs groupes AT. Au moment où le MSSS accordait les subventions pour la mise en place de services spécifiques pour les joueurs pathologiques, certains organismes avaient donc déjà adopté des modalités de fonctionnement par rapport aux demandes qui leur étaient faites. Plusieurs d'entre eux ont été choisis par le MSSS justement parce qu'ils avaient une expérience dans le domaine.

Les entrevues nous permettent de différencier les positions que les organismes avaient adoptées. Elles se situent sur un continuum entre la création d'un programme spécifique pour le jeu et l'attente d'un mandat pour le faire. Entre les deux se trouve une position mitoyenne où des joueurs étaient intégrés dans le traitement AT. Ceux qui ont développé un programme l'ont fait souvent à partir d'une insatisfaction face à cette position médiane.

En 1998, il y avait des alcooliques qui présentaient des problèmes de jeu, qui était une deuxième problématique. Mais il y avait aussi des gens qui venaient ici se faire traiter pour leurs problèmes de jeu et qui en parlaient presque en secret. Ils ne voulaient pas être rejetés du groupe. Ils n'avaient pas nécessairement de problème d'alcool mais comme ils n'avaient nulle part où s'adresser, ils s'en venaient ici. Puis au bout de sept, huit jours, ils avouaient qu'ils n'avaient pas vraiment un problème d'alcool, et qu'ils venaient pour le jeu. On trouvait qu'on ne leur faisait pas justice, ils faisaient trois semaines avec des alcooliques et des toxicomanes ; on touchait un petit peu la problématique du jeu, pas beaucoup parce qu'on ne connaissait pas ça beaucoup (07).

On recevait déjà à l'intérieur des personnes qui présentaient des problèmes de jeu ou une double problématique. Le programme interne de traitement est basé sur le mode de vie des douze étapes qui s'applique à toutes les formes de dépendance. On s'est rendu compte que ceux qui avaient uniquement un problème de jeu ne « fittaient » pas nécessairement dans le traitement offert. D'où l'idée de mettre en place un programme spécifique et externe pour les joueurs (13).

Au début des années 1990, on a eu beaucoup de contacts et de demandes provenant de personnes qui avaient fait un transfert de dépendance, une substitution de dépendance. Ils avaient arrêté de consommer et avaient par la suite développé un problème de gambling. Les membres fondateurs de notre organisation sont donc devenus sensibles à la problématique du jeu et se sont aperçus qu'il n'était pas efficace de traiter les joueurs de la même façon que les toxicomanes. Il était donc clair pour eux qu'il fallait un volet pour les gamblers et un autre pour les toxicomanes (11).

Cette orientation vers un programme spécifique sur le jeu semble avoir été beaucoup plus présente dans les organismes qui avaient une démarche de groupe. En effet, offrir plus de composantes sur le jeu aurait affecté le contenu du programme AT ; ne pas en offrir plus, le rendait moins pertinent pour les joueurs. Les organisations orientées vers un traitement individuel des joueurs se sont maintenues plus facilement dans la position mitoyenne parce qu'elles pouvaient orienter les joueurs des programmes AT vers des intervenants mieux formés sur le jeu pouvant se concentrer au besoin sur cette problématique.

Donc de 1998 à aujourd'hui, quand il y avait des personnes qui avaient un problème de jeu, elles étaient référées aux personnes qui étaient formées dans l'équipe. On intervenait toujours en lien avec la toxicomanie, pas pour les personnes qui avaient juste un problème de jeu. Toutes ces personnes entraient par le biais d'un problème de toxico, et puis si en cours de route ou même dès le départ il y avait un problème de jeu qui était identifié, à ce moment-là on leur donnait un suivi plus adapté là-dessus (07).

Puis avant d'être impliqué dans le programme expérimental, on donnait un atelier spécifique juste sur le jeu pour expliquer le fonctionnement, les pièges du jeu, décortiquer toutes les pensées erronées. C'est comme un atelier de prévention pour des alcooliques et des toxicomanes qui n'ont pas encore développé une problématique de jeu, sauf que s'ils lâchent l'alcool ou les drogues, le jeu est une porte qui s'ouvre, un danger pour plusieurs. Puis quand on découvrait à l'intérieur de ce groupe-là, parce qu'on faisait passer des tests, quelqu'un qui avait un problème de jeu qu'on n'avait pas cerné au début, on l'aiguillonnait vers un intervenant qui avait déjà une formation de base, des connaissances sur le jeu (23).

Mais pour une dernière fraction des organismes, principalement publics, l'investissement réel dans la programmation pour le jeu est venu avec le programme expérimental du MSSS et les ressources qui leur permettaient d'élargir leur champ d'action sans pénaliser leur clientèle traditionnelle.

..., notre consigne était que notre dominante était toxicomanie, et il fallait qu'il y ait un problème de toxicomanie, on ne prenait pas de joueurs purs si on peut dire là. On disait..., mais on veut intervenir auprès de ces gens-là, mais il faut qu'il y ait des ressources, parce qu'il faut qu'on puisse continuer à offrir des services à notre clientèle (15).

Pour ce qui est du jeu excessif, à ma connaissance, il y avait sûrement parmi notre clientèle, qui venait ici pour l'alcoolisme et la toxicomanie, des gens qui présentaient des difficultés au niveau de la dépendance au jeu. Ça devait être traité de façon moins méthodique et moins articulée qu'avec le programme que nous avons à l'heure actuelle. Mais c'est comme dans d'autres établissements, ça devait être une problématique qui était en comorbidité avec d'autres problématiques et compte tenu que le gouvernement a mis des argents neufs pour bâtir un programme articulé sur le jeu excessif, on a, entre guillemets, postulé pour être un des acteurs dans ce domaine-là (18).

Ça fait moins qu'un an qu'on travaille avec des personnes qui ont des troubles avec le jeu compulsif. Avant ça, c'était pour les toxico, point. Puis on a reçu des demandes, et on a senti qu'on était bien placé pour répondre à ce mandat..., et on a attendu l'implantation de ce programme-ci (14).

Puisque notre organisation est un membre actif de la Fédération des Centres de réadaptation du Québec et que celle-ci avait été interpellée par le MSSS pour le développement du programme expérimental, il allait de soi qu'on soit identifié comme un des organismes de traitement de la région (01).

Si les organismes choisis pour implanter le programme avaient déjà une expérience de la clientèle, la plupart d'entre eux savaient aussi où se situer quant à l'approche de traitement à privilégier auprès des joueurs. Là encore la tradition prenait sa place.

Notre organisme est reconnu pour avoir développé en traitement des toxicomanies une expertise dans l'approche systémique, ce qui signifie beaucoup de thérapie familiale, de thérapie de couple, de groupes où sont impliqués les proches de la clientèle. C'est spontané ici, on va naturellement vers le groupe, et c'était clair qu'on s'en allait vers une approche de groupe pour le jeu (01).

Notre modèle thérapeutique peut être qualifié d'éclectique, mais il y a une forte influence du modèle cognitif-comportemental. Chaque service essaie de bâtir son intervention sur les traitements qui sont "evidence-based", mais c'est toujours nécessaire de tailler et de modifier ces types d'intervention parce que,

parfois c'est difficile de discerner si c'est un vrai trouble axe 1 ou plutôt une manifestation d'un problème d'adaptation. Mais quand même, c'est une approche éclectique. On avait des travailleurs sociaux, des psychologues, on a des infirmières à l'interne et puis on travaille en équipe multidisciplinaire, ça c'est le modèle (14).

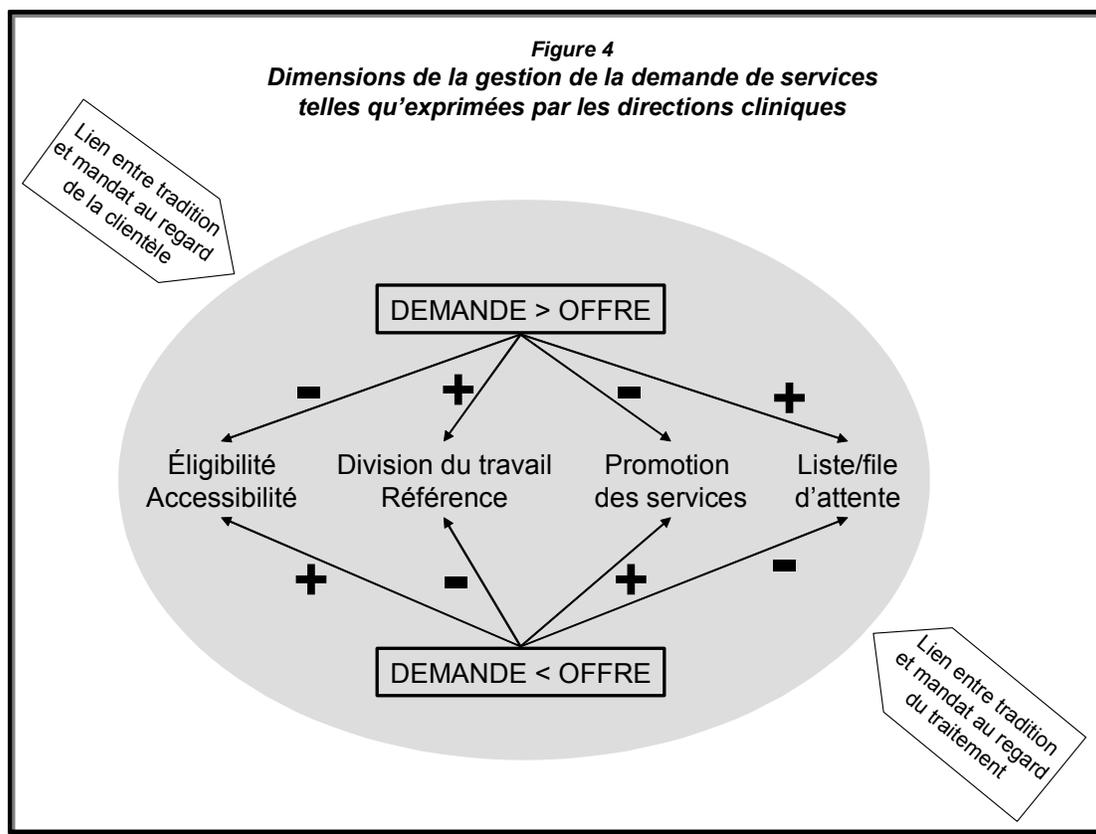
Ici, chaque thérapeute est issu de sa formation, de ses choix, puis on a autant des gens en orientation analytique que des behavioristes que des humanistes, ou des travailleurs sociaux ou des criminologues, c'est donc différent. Par contre, on se situe dans un cadre biopsychosocial et dans l'approche de réduction des méfaits. C'est les grandes lignes. Mais comment est-ce qu'on va travailler le client dépend de chaque thérapeute (18).

Mais quand les subventions du programme expérimental sont arrivées, notre organisme avait déjà une expérience du traitement des joueurs avec un programme influencé d'orientation AA et par une formation cognitive reçue à l'Université Laval (10).

On s'est intéressé au jeu parce que notre clientèle et des gens dans notre communauté avaient des problèmes de jeu. Et on a examiné la possibilité d'intégrer la philosophie AA pour le traitement du jeu (06).

La plupart des organismes avaient déjà fait leur propre nid sur les démarches de traitement des joueurs lorsque la formation du CQEPTJ leur a été donnée. Le mandat du MSSS d'implanter le programme du CQEPTJ, et ce dans une approche individuelle, était déjà remis en cause. Si ce n'était pas le cas, les questionnements n'ont pas tardé à surgir, en particulier dans le contexte où il fallait réfléchir à l'équilibre entre l'offre et la demande. L'extrait d'entrevue suivant en est une bonne illustration pour un organisme qui n'a pas encore eu une trop forte pression de la demande.

On a priorisé les rencontres individuelles pour toute la démarche, mais c'est un petit peu parce qu'on pensait qu'on ne pouvait pas faire de groupes dans le cadre du projet expérimental. On sait maintenant que certains le font et qu'on aurait le droit de le faire. On va devoir se questionner si oui ou non on continue avec une démarche individuelle pour toutes les étapes de la démarche ou si on inclut une portion de cette démarche-là sous forme de groupes. Il faut voir à quel point est-ce qu'on accorde énormément d'importance aux commentaires, qu'il y a effectivement une portion appréciable de la population qui disent: « Non, sous forme de groupe on ne veut pas ». Maintenant, là il y a une question de volume. S'il nous arrive beaucoup, beaucoup de cas, il pourrait y avoir à choisir entre le fait de faire une démarche de groupe ou d'avoir une liste d'attente. C'est ça qu'on n'a pas encore évalué (23).



On peut dire en résumé que l'implantation du programme est démarrée dans un contexte socioprofessionnel déjà autonome et orienté en fonction de ses réponses à une demande naissante. Cet arrière-plan a pu avoir une influence déterminante sur la manière dont les organismes ont pu chercher un équilibre entre l'offre et la demande. Nous y reviendrons plus loin lorsque nous aurons examiné les stratégies utilisées pour gérer cette tension. Il ressort des entrevues avec les directions, nous l'avons dit plus haut, que la gestion de la demande a été la résultante de choix relatifs à quatre grandes catégories d'activités: la gestion de l'éligibilité et de l'accessibilité, la division du travail interne et externe, la promotion des services, le gestion d'une liste ou une file d'attente. Nous allons revoir chacune de ces catégories d'activité, en les situant des deux points de vue d'une demande qui dépasse l'offre ou d'une demande qui ne la rejoint pas. Le discours des directions exprime nécessairement une de ces deux positions et les efforts déployés dans chacune des catégories d'activité va la plupart du temps dans des sens contraires comme l'illustre la figure 4, les signes positifs indiquant la présence et l'intensification des efforts, et les négatifs, l'absence ou la réduction des efforts.

4.1.2. Éligibilité et accessibilité

L'éligibilité et l'accessibilité couvrent deux réalités différentes mais interdépendantes. La première dépend uniquement des organismes de services et désigne le fait de poser des conditions à la participation au programme. La seconde dépend des organismes et des demandeurs de services. Elle repose sur les obstacles perçus ou réels à la participation au programme. En théorie, un organisme doit chercher à améliorer l'accessibilité de la clientèle éligible. Dans les faits, les choses sont plus compliquées. Pour le programme sur le jeu pathologique, cela paraît immédiatement évident à celui qui prend un peu de recul. Les organisations choisies pour implanter le programme sont pratiquement toutes impliquées dans le traitement d'autres dépendances. Un des effets est de favoriser l'accès à ces services pour ceux qui sont ou y ont déjà été traités pour AT et ont une problématique de jeu. Ces personnes font appel à un univers qui leur est déjà familier. Et il est possible qu'à l'occasion cela ouvre plus facilement la porte à des clients dont l'éligibilité peut être discutable (par exemple, un alcoolique qui préfère traiter d'abord son problème de jeu). Les personnes interviewées sont parfaitement conscientes de ces enjeux et elles en discutent ouvertement, et ce d'autant plus que le programme proposé est essentiellement fondé sur la vision d'une éligibilité restreinte de clients dont le problème majeur est le jeu, « joueur pur » qui apparaît à certains comme une réalité et à d'autres comme une fiction.

Il ressort des entrevues que les personnes qui se présentent avec d'autres problématiques de dépendance que celle du jeu ne sont pas immédiatement éligibles au programme mais qu'elles ne s'en éloignent que temporairement. Un des critères pour référer un client à un traitement AT, la plupart du temps dans la même organisation, est l'effet potentiel de sa dépendance à l'alcool et aux drogues sur les résultats qui seraient obtenus avec le programme sur le jeu.

Il faut dire aussi, lorsqu'il y a une dépendance (alcoolisme ou toxicomanie), qu'on a fait comme choix de référer en premier à nos services qui vont la traiter en parallèle. Quand cette dépendance-là est sous contrôle, si on veut, le client peut être transféré vers le jeu. C'est peut-être pour ça, quand il y a une demande qui est faite ici, à notre service d'évaluation, ils vont référer quelqu'un qui a une double problématique et essayer de contrôler la dépendance principale, alcool ou drogues. On présume que si on s'attaque au jeu et qu'il y a un problème, par exemple, d'alcoolisme, on a beau traiter le problème de jeu, dès que la personne commence à consommer, elle perd toute motivation puis la volonté. Ça crée des rechutes, ça crée des démotivations, un sentiment d'échec, etc. (18).

Ce critère est plus crucial toutefois pour les organismes qui donnent un traitement en externe sur une longue période. Les organismes qui proposent un traitement intensif ou en hébergement ont plus la possibilité de respecter la demande du client.

Un peu plus de la moitié de la clientèle est aux prises avec les deux problématiques. Il y a nécessairement des gens qui se retrouvent à un moment dans un groupe et à un autre moment dans l'autre. On va alors travailler sur les deux dépendances mais l'accent restera mis sur la demande première du joueur. Si c'est le jeu, la personne assistera aux ateliers sur le jeu, mais elle sera intégrée dans les ateliers touchant son autre problème. Lors des rencontres individuelles, les deux problématiques seront travaillées à la fois.
(11)

D'ailleurs la demande peut aller dans les deux sens.

Habituellement dans l'entrevue de pré-admission, on s'informe des autres problématiques. Quand ils nous disent: « Bien, je bois ou je consomme, ... » Comme c'est le cas, ces deux-là on le savait qu'ils consommaient, mais ils nous ont dit au téléphone qu'ils consultaient pour le jeu. Il faut quand même répondre aussi à la demande du client. Mais en même temps on ne peut pas leur cacher que s'ils continuent de consommer, ça va être bien difficile pour eux autres d'arrêter de jouer. On ne peut pas forcer quelqu'un à se questionner sur son problème d'alcool s'il considère qu'il n'en a pas, s'il ne veut pas. Ou, encore, t'as des gens qui rentrent ici pour l'alcool, la drogue, puis ils ont un problème de jeu, ils n'en parlent pas mais là quand ils voient qu'il y a des gens qui arrivent pour se faire traiter pour le jeu, ils disent: « Moi j'ai un sérieux problème, est-ce que je peux traverser de l'autre bord ? » Dans tous les groupes on en a eu. (07)

Un autre critère toutefois est encore plus généralisé chez ceux qui reconnaissent le caractère fondamental du volet cognitif dans le traitement du jeu. Ce critère est celui de la capacité du joueur à assimiler les connaissances qui sont transmises dans ce volet.

Il n'y a pas de critères fermes d'admission. Il y a des critères officieux. Par exemple, si la préoccupation première de la personne est l'alcool plutôt que le jeu, officieusement, les intervenants savent que « la personne ne sera pas là pour le jeu ». La situation est la même pour la toxicomanie et pour la santé mentale. ... Il y a toujours la possibilité que la situation soit validée lors du traitement. Ainsi, (l'intervenant de l'accueil) peut exprimer ses réticences au client sur le fait qu'il doute de ses capacités d'être « présent » de façon cognitive au traitement. Il indique ce doute dans la demande de service. L'intervention est commencée et le client étant au courant de ce doute s'évalue pendant les rencontres. Il est donc arrivé à trois reprises qu'un client ait été orienté vers d'autres services en cours de traitement à cause de son incapacité

de suivre ce traitement particulier. Il peut alors être orienté vers une ressource interne ou les rencontres peuvent être suspendues pendant un mois et reprises lorsque la situation du client s'est améliorée (02).

Évidemment, ce critère s'applique aussi aux clients qui souffrent de problèmes de santé mentale. Les cas de schizophrénie sont des cas extrêmes qui font l'objet d'une exclusion si on veut aborder le programme de jeu sur le plan cognitif.

S'il y a un problème de santé mentale trop grave là, c'est bien difficile. On n'est pas assez équipé pour travailler avec ça... J'ai eu, un moment donné, deux personnes schizophrènes. Ils avaient des problèmes de jeu puis j'ai été en contact avec leur médecin, un psychiatre, puis... Ça n'a pas marché, en tout cas(10).

Cette situation est plutôt la règle, l'exception étant le traitement de dimensions plus comportementales du jeu pour un schizophrène qui est traité en parallèle par d'autres services pour son problème de santé mentale. Cette situation risque plus de se produire dans des points de services décentralisés où l'intervenant sur le jeu est en relation directe avec des intervenants en santé mentale.

Mon cas schizophrène, je vais travailler avec l'équipe de santé mentale et la famille d'accueil qui gère le budget du patient. J'y vais très terre à terre. On reprend les fois qu'il joue, les éléments déclencheurs ; à partir de là, on essaie de développer des moyens, de trouver un autre chemin, de contourner le bar. Je n'ai pas de grosses attentes sur le côté cognitif (16).

Mais dans les cas où le client aborde un programme intensif à l'interne, on recherche plus une garantie de disponibilité entière en précisant les critères d'exclusion pour les problèmes de santé mentale et même physiques.

Certaines personnes ne sont pas admises :

- *les personnes qui ont un problème de santé mentale sévère qui n'est pas stabilisé;*
- *les personnes en psychose ;*
- *les traumatisés crâniens, parce que les problèmes liés à leur condition ne leurs permettent pas de fonctionner en groupe. Ils ont aussi des capacités cognitives limitées ;*
- *les personnes qui ont un problème de violence ;*
- *les personnes qui n'ont pas les capacités physiques ou intellectuelles, comme par exemple des personnes qui souffriraient de la maladie d'Alzheimer ;*
- *les personnes qui souffrent de grandes carences par rapport aux habiletés de vie ;*

- les personnes itinérantes ;
- les personnes référées par la justice parce qu'ils ne sont pas volontaires (11).

Le problème de motivation des personnes référées par la justice est noté ailleurs mais il ne fait pas nécessairement l'objet d'exclusion.

Les personnes qui viennent en traitement à cause d'un ordre de la cour sont souvent moins motivées. Ces situations sont plus difficiles. Le fait que les clients appellent d'eux-mêmes démontre une certaine motivation de leur part (21).

Cette distinction entre les pressions internes et externes à venir se faire traiter déborde les cas des personnes forcées par le système judiciaire. Pour certains, il s'agit d'une catégorisation plus générale.

Il semble y avoir deux catégories de demandeurs. Il y en a qui viennent un peu forcés, c'est-à-dire qu'ils sont mis sur le pas de la porte parce qu'on leur dit: "Si tu continues comme ça, le travail, l'emploi, tu risques de le perdre", ou un conjoint qui dit : "Si tu continues comme ça, tu ne me retrouveras pas demain ». Et il y a l'autre groupe de joueurs qui ont pris plus conscience eux-mêmes qu'ils s'en allaient là dans une mauvaise "track" et qu'il est temps qu'ils fassent quelque chose. Souvent, ils viennent suivre un traitement sans que l'employeur le sache, sans que le conjoint le sache. Mais généralement le conjoint le sait. Il y a souvent des problèmes de couple reliés au jeu (09).

Les personnes poussées par des pressions externes seraient de meilleurs candidats aux abandons et nécessiteraient un travail plus intensif sur la motivation. Cette question sera présentée plus loin lorsque les directions parleront des premiers contacts avec la clientèle. Pour le moment, revenons à la question de l'éligibilité. Si les situations impliquant des schizophrènes conduit la plupart du temps à l'exclusion ou à la référence, celles impliquant des cas de problèmes dépressifs apparaissent plus difficiles à gérer. Deux raisons sont exprimées à cet effet. La première tient au fait que la relation de la dépression au jeu pathologique est complexe, bidirectionnelle et évolue dans le temps. La seconde tiendrait à l'absence d'outils qui permettent de poser clairement un diagnostic sur cette situation et d'en tirer des choix pour le traitement.

Quand peut-on dire qu'il y a comorbidité ? Parce qu'il y a des gens qui nous arrivent puis sont en état de panique puis relativement dépressif et tout. Bon. Est-ce que ça commence à être de la comorbidité ? Bien l'état de panique, c'est probablement à cause du jeu, mais certains sont dépressifs, mais est-ce que c'est à cause du jeu ou est-ce que ça existait avant même le jeu ? Bon.

... Le programme n'est pas conçu pour détecter ces différences. Les instruments d'évaluation ne le permettent pas (18).

Dans les cas où le problème de dépression devient trop grave, la grande majorité des établissements sont en lien avec des médecins ou des services à qui ils peuvent référer leurs clients. Le traitement du jeu à ce moment-là peut se poursuivre en parallèle. Il n'y a pas d'exclusion automatique du programme du jeu. Il s'agit d'une des questions ouvertes qui ne semble pas encore avoir reçue de réponse définitive.

En résumé, la question de l'éligibilité n'est pas gérée par une exclusion absolue des clients qui présentent des problématiques empêchant une participation adéquate au programme sur le jeu pathologique. Les liens sont maintenus par la référence à des services du même organisme ou à des services de l'extérieur ouverts à des échanges. Le joueur référé est donc la plupart du temps un client en puissance pour le programme sur le jeu pathologique. Cette situation est à la fois favorable à ceux qui ont une demande trop forte et à ceux qui n'en ont pas assez. Dans un cas, cela favorise le déstage ; dans l'autre, il peut y avoir un travail en parallèle. Mais ceux qui n'ont pas une forte demande ont toujours le doigt sur la gâchette du resserrement des critères.

Mais par contre, si on avait une liste d'attente, que ça cognait aux portes, on trouverait peut-être des critères plus serrés (15)

La question de l'accessibilité se pose de manière plus concrète. Les quelques commentaires qui s'y rattachent soulèvent toute la question de l'adéquation entre les services offerts et les contraintes vécues par les éventuels clients. Pour les régions qui couvrent de grands territoires, la distance est un obstacle à l'accessibilité. Elle l'est d'autant plus que le joueur endetté ne dispose pas forcément des moyens de se déplacer. Donc, l'idée d'augmenter les points de service pour obtenir une meilleure couverture territoriale va de soi.

Le programme externe de traitement pour le jeu n'est offert qu'ici au siège social. Il s'agit d'une décision de départ qui présente certaines difficultés au niveau de l'accessibilité. Plusieurs joueurs se présentent à nos points de services où on ne fait que leur dire d'appeler au siège social. Cette question de l'accessibilité est le point faible du programme pour le moment. Il y a des clients qui ne viennent pas parce qu'ils n'ont pas d'auto (01).

On mentionne toutefois que les services à proximité peuvent nuire à l'accessibilité dans des milieux trop fermés où la capacité de maintenir confidentiel son problème est réduite. Une partie de la demande pour des services avec hébergement viendrait de cette difficulté.

La raison pour laquelle des services sont offerts dans tous les points de services est liée à la question du transport. La région est composée d'une grande partie rurale où il n'existe pas de services de transport en commun.

... la raison principale expliquant le petit nombre de clients est la culture propre au territoire: notre région est caractérisée par un grand nombre de petites communautés. Les personnes sont moins spontanées dans leur recours aux services parce que dans les petites communautés, tout le monde se connaît. La question de la confidentialité n'est pas nécessairement un acquis: le simple fait de se rendre au CLSC pour rencontrer la personne-ressource pour le jeu peut être lourd de conséquences. Dans une région urbaine, le volume de la clientèle étant plus lourd, ce genre de problèmes se posent beaucoup moins (22).

Par ailleurs, la proximité est un avantage à terme parce qu'une fois le traitement terminé, si le client est allé le recevoir à l'extérieur de sa région, les suivis sont plus difficiles.

... il vaut mieux pour les personnes de demeurer plus près de leur lieu de résidence pour suivre leur thérapie parce que le suivi post thérapie n'en est que plus aisé. Par exemple, il est difficile de participer au suivi des anciens pour les personnes de l'extérieur. Quand ils retournent dans leur milieu, ils doivent se recréer un réseau et ce n'est pas toujours facile (11).

On verra toutefois dans le point suivant que certains organismes ont commencé à régler ce problème en se déplaçant pour effectuer des suivis ou en faisant des ententes avec des organismes d'autres régions pour effectuer des suivis.

L'horaire des traitements a été mentionné comme étant un obstacle à l'accessibilité. L'offre de services de jour peut être un problème pour la majorité des clients qui sont encore au travail. À l'inverse, l'accès aux personnes âgées est plus limité si on n'a que des traitements de soir, si l'établissement se retrouve en milieu perçu comme inhospitalier (centre-ville) ou si les locaux ne sont pas adéquats.

Les locaux de la Maison sont sur plusieurs étages et il n'y a pas d'ascenseur, cela limite donc quelque peu la venue de la clientèle âgée (21).

Sur le plan du culturel, c'est-à-dire qui relève des valeurs et des normes des clients, le nombre de facteurs qui peuvent nuire à l'accessibilité sont très nombreux. On nous a mentionné par exemple que le fait d'aller dans un établissement où on traite des toxicomanes peut soulever des craintes.

Il y a toujours une crainte des joueurs de venir recevoir des traitements dans un lieu pour toxicomanes. Mais on les rassure. On les reçoit le soir et on s'arrange pour qu'ils soient complètement éloignés. Nous sommes à aménager un endroit où les deux groupes ne se verront même pas. C'est pourquoi les joueurs ne nous demandent pas d'aller ailleurs. On a aussi fait installer une ligne téléphonique juste pour le jeu (06).

Dans ce cas-ci, l'organisme a répondu à cet obstacle à l'accessibilité en aménageant les lieux pour éviter les contacts. Il faut dire que dans ce centre de traitement, la clientèle est décrite comme spécifique au jeu et plutôt âgée. Dans le sens contraire, on le disait plus haut, les clients qui ont eu une autre dépendance traitée dans le même centre sont favorisés sur le plan de l'accessibilité par la connaissance des lieux et des habitudes de traitement. Par conséquent, sur le plan culturel, les facteurs peuvent jouer dans des sens différents selon les clientèles. Quand les personnes interviewées parlent de ce que leur clientèle demande, cette opposition de facteurs est encore plus évidente.

Ainsi, selon le centre, les clients préféreraient:

- un traitement résidentiel ;
- un traitement en externe ;
- une approche de groupe ;
- une approche individuelle ;
- un traitement intensif parce qu'ils veulent régler le problème rapidement ;
- un traitement extensif parce qu'ils ne veulent pas que ça paraisse trop ;
- une approche rigoureuse et systématique ;
- une approche flexible et adaptée ;
- des intervenants qui sont des professionnels ;
- des intervenants qui sont des pairs qui ont vécu des dépendances ;
- de l'aide pour ses problèmes immédiats ;
- de l'aide pour contrôler ses habitudes de jeu ;
- une approche qui creuse pour trouver les causes ;
- une approche qui ne fouille pas dans les causes.

Les deux extraits suivants illustrent la dernière différence entre des clients qui veulent aller jusqu'aux causes de leurs habitudes de jeu et d'autres pas.

Il y a quelque chose qui amène la compulsion parce que ce n'est pas rare que nos clients, avant de compulsions dans le jeu, compulsions dans le sexe ou dans la toxicomanie. Il y a une évaluation, au niveau du cycle de la dépendance ou de la compulsion, qui serait à faire, un traitement plus à ce niveau-là. De vouloir comprendre, pourquoi moi ? Pourquoi je me rends jusque là ? Pourquoi moi ? Qu'est-ce qui m'amène là ? Qu'est-ce qui fait que je joue ? C'est des questions qu'on entend souvent. Mais on dit: « Le but du traitement ici ça ne sera pas d'identifier pourquoi vous jouez », parce que c'est important qu'ils le sachent, parce que s'ils s'attendent à avoir une psychothérapie sur le pourquoi ils jouent, ils n'auront pas ça. On ne peut pas offrir ça en plus du programme Ladouceur. Mais avec des ressources suffisantes, on pourrait le faire. On aimerait ça le faire aussi (09).

Dans les rencontres individuelles, c'est quand on explique qu'il faut aller voir la cause, ça leur fait peur. Les gens qui ne veulent pas aller en dedans, ils quittent (10).

On le voit, le fait de favoriser l'accessibilité n'est pas non plus une question facile. Il suppose des réorganisations, des investissements, des redéfinitions ; bref, des choix. Ces choix font qu'un organisme peut gagner ou perdre un client. Il demeure une solution pour éviter les pertes de clientèle malgré les choix nécessaires, c'est celui de l'argumentation de départ pour convaincre le client du bien fondé des choix de l'organisation pour solutionner ses problèmes de jeu. Cela peut se produire lors du premier contact téléphonique ou de la séance d'accueil. Nous y reviendrons plus loin. Il reste encore là que le client dispose d'une marge de manœuvre et que celle-ci est plus ou moins grande selon la diversité de l'offre dans son milieu, le « magasinage » étant plus possible en milieu urbain, ou la disposition de ressources pour pouvoir migrer vers des services à l'extérieur de sa région.

4.1.3. Division du travail et référence

Un organisme ne peut pas préciser des critères d'éligibilité, ni définir des frontières à l'accessibilité, sans ouvrir en même temps des portes à une division du travail avec d'autres organismes et à une référence à ces organismes. Pour rendre compte adéquatement de ce qui nous a été dit par les directions, nous devons tenir compte du rôle des Régies régionales de la santé et des services sociaux (RRSSS) dans les efforts d'intégration des services sur les territoires de sites-pilotes. Certaines RRSSS avaient en effet reçu le mandat de coordonner le développement et l'intégration des services sur les territoires des sites-pilotes. Nous avons fait des entrevues avec les coordonnateurs ou les équipes de coordination de ces sites. À l'image des organismes de traitement, les démarches de coordination sur les sites en étaient à des degrés d'avancement différents lorsque nous avons fait les entrevues.

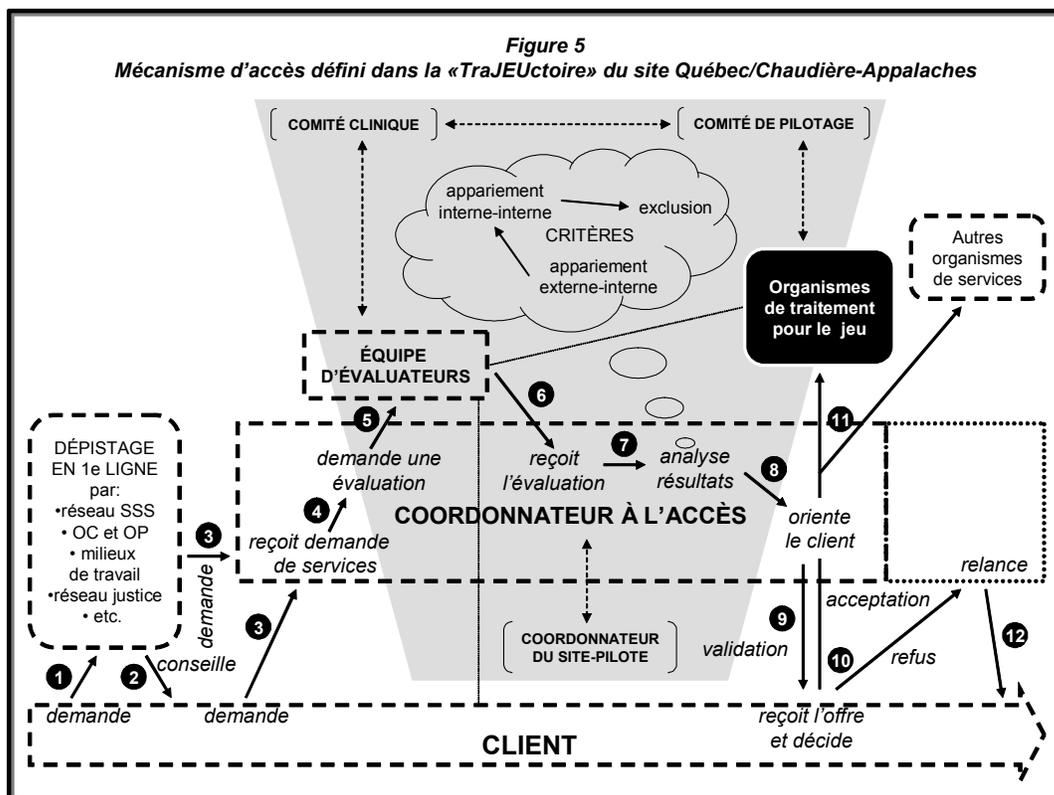
Nous allons en parler à des moments différents de notre analyse. Mais, en résumant à l'extrême, voici la situation de chacun de ces sites au moment des entrevues⁴ :

- Le site de l'Outaouais qui consolide son système de services aux joueurs mettant en relation étroite un centre de crise et un centre de traitement. Les efforts de coordination en sont rendus à un élargissement du réseau permettant le dépistage de cas dès la première ligne. Des efforts de formation sont prévus à cet effet.
- Le site des régions de Québec et de Chaudière/Appalaches qui regroupe une variété d'organismes de traitement complémentaires touchant le résidentiel et l'externe. Des efforts d'innovation sont orientés vers la possibilité de maintenir cette complémentarité et de favoriser une répartition équitable de la demande. À cet effet, un modèle de trajectoire du joueur est produit pour mieux actualiser la volonté d'intégration des services.
- Le site des régions de Laval-Montréal-Montérégie qui se retrouve avec un nombre élevé d'organismes orientés vers du traitement à l'externe et la nécessité d'intervenir auprès de populations culturellement très différentes, avec la difficulté résultante de la précision de zones de complémentarité et d'intégration.
- Le site du Bas-St-Laurent–Gaspésie/Îles-de-la Madeleine qui doit faire face à deux questions relatives à la clientèle : sa manifestation d'abord et sa dispersion ensuite. D'où les défis prioritaires d'atteindre les joueurs, de les convaincre de demander des services et de leur offrir ces services « externes » à distance acceptable.

Pour le moment, puisque nous abordons la manière dont les organismes de traitement nous ont parlé de leur division du travail avec d'autres organismes et de leurs modalités de référence, il est pertinent de jeter un œil au modèle de trajectoire proposé par le site Québec-Chaudière/Appalaches (Comité de pilotage interrégional 03-12 du programme expérimental sur le jeu excessif, 2001). Il y a plusieurs modèles de programme de traitement qu'on peut utiliser comme point de comparaison à ce qui a été implanté. Les modèles qui parlent de l'intégration d'un ensemble de services de traitement sont moins nombreux et celui de Québec-Chaudière/Appalaches est exemplaire à cet effet. On y propose un mécanisme d'accès qui vise un appariement optimal entre la demande du client, en réalité ses besoins puisqu'on se base sur une évaluation de son problème, et l'offre qui est disponible dans le site-pilote. Ce mécanisme d'accès a deux composantes essentielles : un guichet unique pour recevoir les demandes qui est géré par un coordonnateur à l'accès, une équipe d'évaluateurs qui est composée d'intervenants des différents organismes du site-

⁴ Nous avons effectué aussi quatre entrevues avec les instances de coordination des sites-pilotes. Ces entrevues nous servent à analyser le contexte de l'implantation du programme. Une analyse plus détaillée de ces entrevues, complétées par de plus récentes, nous servira à examiner la question du réseautage régional et provincial dans le rapport final.

pilote. Ce mécanisme est intégré à la trajectoire du client dans sa quête de services. Nous l'avons représenté dans la figure 5 sur le mode de douze étapes à réaliser⁵.



Au départ, il y a un client qui fait une demande de services pour son problème de jeu ou un autre problème (1). Les intervenants de première ligne doivent pouvoir dépister les problèmes de jeu. Le modèle propose d'équiper la première ligne d'un outil rapide et valide de dépistage de ces joueurs à problèmes. On peut conseiller au joueur dépisté de faire une démarche pour investiguer plus à fond et régler ces problèmes. L'intervenant de première ligne ou le joueur lui-même peut alors faire une demande de services (3) en téléphonant à un numéro unique où se situe le coordonnateur à l'accès. Ce dernier juge si la demande est recevable et fait une demande d'évaluation du client (4). Cette évaluation sera réalisée par une équipe d'évaluateurs constitués d'intervenants des différents organismes de traitement du site-pilote. Le document précise, parmi les instruments d'évaluation du programme du CQEPTJ, lesquels doivent être utilisés pour faire cette évaluation dite « d'orientation » qui vise à connaître suffisamment bien la nature des problèmes chez le client éventuel pour pouvoir décider où l'orienter. L'équipe produit et retourne (6) son évaluation au coordonnateur à l'accès qui en fait l'analyse (7).

⁵ Le nombre douze est le fait du hasard et ne fait aucunement référence aux « douze étapes » bien connues utilisées chez

Le résultat de ce processus d'analyse vise à orienter le client (8), à lui faire une offre de services. Il est basé sur un ensemble de critères qui ont été développés par le comité clinique du comité de pilotage du site-pilote. Dans la figure 5, la bulle nuageuse qui indique ce processus d'analyse présente les grandes catégories de critères qui sont utilisées. Les premiers permettent de repérer dans l'ensemble de clients ceux qui nécessiteraient un séjour en interne. Ces critères sont :

- modalités de traitement en externe entreprises mais non efficaces ;
- soutien environnemental et familial non suffisant ;
- évidence d'épuisement physique ou émotionnel ;
- personne sévèrement déprimée ou suicidaire ;
- danger de perte de contrôle sur sa situation et besoin d'un milieu protégé.

Un fois cette distinction faite, la réflexion se poursuit autour du choix de l'organisme interne le plus approprié pour la personne. L'appariement se fait alors entre les besoins exprimés et les caractéristiques des services offerts par les organismes qui peuvent toucher aussi bien la durée du traitement que le fait de pouvoir traiter en parallèle des problèmes d'alcool et de toxicomanie, ou d'offrir de l'art thérapie ou d'avoir une composante plus spirituelle dans le traitement.

Finalement une série de critères, qui sont liés aux services internes dans le document mais dont certains sont utilisés par les services externes (voir plus haut la question de l'éligibilité), touchent l'exclusion du client. Celle-ci est recommandée pour les personnes qui :

- présentent une déficience intellectuelle ;
- ont un problème psychiatrique non stabilisé ;
- ont peu ou pas de capacité d'introspection ;
- ont des problèmes d'agressivité ou de violence non contenu.

À l'aide de ces critères, le coordonnateur identifie le ou les organismes les plus adéquats et fait une offre de services qu'il valide avec le client (9). Celui-ci accepte ou refuse cette offre (10). S'il accepte, il est orienté vers un organisme de traitement (11) s'il y a des places disponibles. Dans le cas contraire, le client peut participer s'il le veut à un groupe d'attente offert par un service externe. Si la sécurité du client est compromise, le coordonnateur en réfère au coordonnateur du site-pilote pour trouver une solution plus rapide. Le coordonnateur à l'accès, dans les cas où le demandeur ne peut être éligible pour les

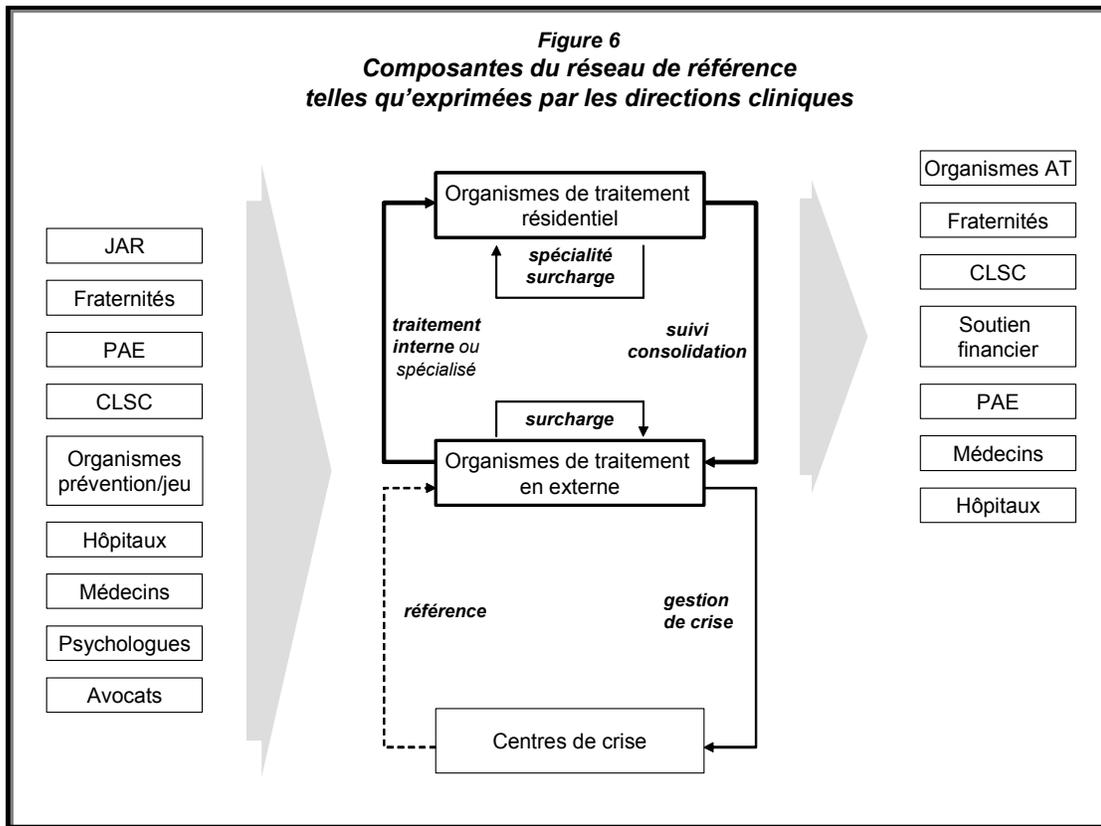
les Alcooliques Anonymes (AA) ou les Gamblers Anonymes (GA).

services pour le jeu excessif, va discuter et offrir une orientation vers des services plus appropriés. Finalement, le coordonnateur à l'accès demande à ceux qui ont refusé son offre la possibilité de pouvoir les relancer plus tard (12).

Tout ce processus repose sur un consensus qui est obtenu et soutenu par une structure (le trapèze en grisé sur notre figure) qui permet une participation équitable et transparente des organismes de traitement. Cette structure repose sur un comité de pilotage, animé par le coordonnateur du site-pilote et composé à la base des représentants des organismes de traitement. Ce comité s'est donné un sous-comité clinique qui a travaillé sur les critères d'appariement et continuera à faire rapport au comité à ce sujet en fonction des informations qui leur parviendront de l'équipe d'évaluateurs et du coordonnateur à l'accès. Le processus est ainsi en constante ré-évaluation. Il est sous sa forme de projet un exemple d'une des formes concrètes que peut prendre l'intégration des services, dans ce cas-ci le guichet unique. Il pose aussi toute la question du processus d'évaluation des clients et de ses finalités.

Les directions qui nous parlent de ce projet particulier qui touche leur région le font en mettant l'accent sur deux points jugés positifs. Il y a satisfaction sur la forme d'arrimage choisi entre le secteur communautaire et le secteur public, le premier ayant la responsabilité des traitements résidentiels et le second, celui du traitement à l'externe. Il y a aussi reconnaissance du fait que les partenaires en sont arrivés à produire de manière concertée des critères de sélection et un processus de dépistage-triage qui devrait favoriser la neutralité et la cohérence dans l'orientation des joueurs vers les services. Mais dans les faits, pour l'ensemble des régions, la division du travail n'opère pas encore sur autant de nuances que ce qui vient d'être évoqué dans ce projet. Il repose toutefois sur les mêmes liens (voir figure 6):

- une ouverture plus ou moins grande, selon le passé de l'organisation, à toute une série de références de la première ou de la deuxième lignes ;
- des échanges entre les centres de traitement externe et ceux en interne ;
- des références entre les centres de traitement et les centres de crise ;
- des références à d'autres services pour d'autres problèmes.



Il n'est pas possible de quantifier l'importance relative des diverses sources qui réfèrent des clients aux organismes de traitement pour le jeu pathologique, d'autant que cette importance semble évoluer rapidement selon la réputation et la publicité qu'un organisme se fait. Historiquement, la Ligne Jeu : Aide et référence (JAR) semble avoir tenu une grande place dans la référence de clients. On peut même dire que par ses appels, elle a suscité des « vocations », certains organismes y voyant un signe de la nécessité de développer ce service. Cette ligne d'aide s'est ajustée rapidement pour tenir compte de l'arrivée de nouveaux « joueurs » sur le marché du traitement et a mis à jour ses informations pour la référence. Là où ils existent, les organismes de prévention et d'aide aux joueurs problématiques sont de bonnes sources de référence. Il semble aussi que le bouche à oreille ait une grande importance dans la demande et que les Fraternités sont des lieux où l'information sur les services disponibles circule rapidement. Cela a d'autant plus de chances de se produire que certains organismes ont des réunions des GA dans leurs locaux, qu'ils intègrent la participation aux GA dans leur programme, qu'ils ont parfois même contribué à la création d'un groupe.

Par exemple, on a collaboré à la mise sur pied d'un groupe de Gamblers Anonymes. C'est jamais nous autres là, mais on informe nos clients, on les invite à y aller... C'est intégré, je veux dire, ce n'est pas nous, mais on les invite. Puis même, nous autres, on les incite (12).

Avec une publicité plus structurée, souvent sous la forme d'une distribution de dépliants, les CLSC (encore plus s'ils offrent des services sur les problèmes financiers) et autres organismes ou professionnels du réseau de santé emboîtent de plus en plus le pas pour référer les joueurs en difficulté. Enfin soulignons que certains organismes ont des liens privilégiés avec les programmes d'aide aux employés (PAE) de plusieurs établissements. De plus en plus, de médecins et de psychologues en cabinet privé s'ajoutent aux personnes qui réfèrent vers les services de traitement.

Les échanges entre les organismes qui offrent des services à l'externe et ceux qui offrent des services à l'interne forment pour le moment une boucle qui est composée essentiellement de deux moments. Les services externes, selon la demande du joueur et après évaluation sommaire ou détaillée, réfèrent aux services résidentiels. Ces derniers, une fois le traitement complété, demandent parfois aux services externes d'assurer le suivi, ce qui peut impliquer aussi un travail de consolidation des acquis selon la durée du traitement résidentiel. Les échanges tiennent compte aussi parfois des spécialisations de certains centres ou tout simplement de la nécessité de réduire temporairement la pression d'une surcharge de clients. La distance et la capacité de se déplacer des clients deviennent alors les facteurs modérateurs.

Notre organisme a une entente avec une ressource interne. Quand une personne a besoin d'un traitement interne, on l'envoie là-bas. Quand ils ont terminé leur traitement à cet endroit, ils viennent ici faire le suivi. Puis il y a de leurs clients qui habitent cette région-ci et qui viennent aussi faire un suivi en externe après leur traitement (10).

On a une entente avec les ressources communautaires (internes). Celles-ci pourront faire appel à nous pour le suivi post-traitement des clients provenant de la région. L'intervenant de la ressource qui offre des services internes pourra pointer les aspects du programme qui auraient été moins bien assimilés par le client et notre intervenant pourra les reprendre avec le client. Au moment de prendre le relais, donc, il y aura une discussion clinique entre l'intervenant de la ressource et le nôtre afin d'évaluer les besoins du clients et de s'ajuster à ceux-ci. Par ailleurs, comme plusieurs clients ont plus d'une dépendance, il sera nécessaire d'évaluer si c'est un intervenant du programme jeu ou de celui de la toxicomanie qui assurera le suivi (22).

... quand on s'aperçoit qu'un autre établissement est mieux outillé pour aider un client, on le réfère à cet endroit. Ainsi, si un client ayant une double problématique nécessitait un programme « méthadone », on le référerait au bon endroit (22).

Lors de nos contacts, nous avons vu qu'ils avaient un problème de liste d'attente. Ils nous ont demandé de les soulager un peu en prenant principalement les clients qui venaient de notre région (01).

Cette forme d'échanges est d'autant plus nécessaire que, dans un contexte où les services résidentiels sont principalement concentrés dans la région de Québec/Chaudière-Appalaches, la distance et la dispersion peuvent empêcher le suivi par les centres résidentiels. Sans meilleure répartition des services à l'interne, le réseau externe-interne dépasse le palier régional pour devenir provincial. Mais même avec une meilleure répartition, il restera toujours la nécessité d'un réseau provincial parce que, on l'a vu plus haut, il y a parfois une demande des joueurs pour s'éloigner du lieu de résidence. Cette question d'une meilleure répartition régionale des ressources internes est tout de même au centre des préoccupations des organismes externes au point où certains envisagent un changement d'orientation.

On a référé des clients à l'extérieur pour des services internes ... Si la littérature nous indiquait qu'un centre comme le nôtre peut avoir un impact significatif avec des services internes, on pourrait penser à en développer. Mais pour le moment, ce n'est qu'un objet de réflexion parce notre Centre est d'abord dédié aux alcooliques et toxicomanes (18).

Ce dernier commentaire indique la présence d'une incertitude quant à la disponibilité de services complémentaires et la tentation d'élargir son créneau d'intervention. La volonté exprimée de coopération des organismes entre eux n'est pas un acquis définitif. En fait, et ce sera toujours une dynamique sous-jacente, les organismes se situent entre eux, pour reprendre Edgar Morin (1980, 1990), dans des relations de complémentarité-antagonismes-concurrence.

On a remarqué qu'on a un petit peu moins d'appels maintenant. On a un petit peu moins d'appels depuis que tous les centres sont plus subventionnés. On a entendu dire que des centres étaient pleins, qu'il y avait des listes d'attente. Il n'y a pas un centre qui a une liste d'attente qui nous a appelés. Ils veulent garder leur affaire tout le monde. C'est une chasse gardée (10).

On n'a aucun problème avec tout ce monde-là, sauf qu'eux autres, ils sont en compétition avec nous autres pour l'alcoolisme. Bien ils se disent en compétition. Nous on n'est pas en compétition. ... on donne des services à des gens qui ont des problèmes. On les donne d'une telle façon puis eux autres les donnent d'une autre façon. ... ils ont un petit peu de misère avec ça. C'est que là on embarque ensemble pour le jeu, puis on va faire quoi ? (05).

Le nouveau champ à occuper ouvre la porte à de la concurrence. Mais il y a plus qu'une simple chicane de ressources dans la mesure où il y a parfois un antagonisme fondamental sur la vision de l'intervention. Et, en même temps, l'ampleur de la tâche et les expertises spécifiques appellent la complémentarité. Cette dynamique renvoie à ce qui a été présenté plus haut comme exemple du rôle intégrateur des RRSSS et plus particulièrement des coordonnateurs de sites-pilotes.

Il est un point de la relation avec le client où le réflexe d'intégration dans un réseau est fortement présent, c'est celui des situations de crise où le client, lors d'un premier contact téléphonique, présente des signes de détresse ou de tendances suicidaires. Tous les organismes accordent priorité à ces cas quand ils en ont. Certains en ont moins que d'autres parce que leur filtrage a pu se faire avant. En fait, quand les références pour le traitement du jeu passent par des collègues d'autres services de santé, les situations de crise, s'il y en a eues, ont pu être gérées. Restent les cas de contacts directs de joueurs qui sont en état de crise et qui sont traités de différentes manières sur lesquelles nous reviendrons dans la section portant plus spécifiquement sur les premiers contacts avec les clients. Qu'il suffise de dire ici que les organismes prennent le temps qu'il faut pour désamorcer la crise, accueillent parfois le client pour mieux évaluer la situation, et que, dans les cas de tendances suicidaires, il y a référence à des centres de crise ou des urgences psychiatriques⁶. Les entrevues nous indiquent que certains organismes font un suivi auprès des centres de crise sur les cas qu'ils ont référés, d'autres pas. Nous n'avons pas d'information sur la référence en retour du centre de crise vers les centres de traitement. Il faudrait aller interroger les centres de crise pour voir comment cela se présente. Il n'y a pas de raison de croire qu'à terme les centres de crise ne vont pas consolider leurs liens avec les centres de traitement et leur retourner les clients stabilisés, sauf si des traitements médicaux ou psychiatriques sont prioritaires. L'expérience la plus longue de liens entre services de traitement et services de crise nous montre que la question n'est pas aussi limpide qu'une simple référence téléphonique dans un sens ou dans l'autre, et que, si on veut de la continuité dans les services, il faut aller plus loin. Trois extraits témoignent de cette complexité.

Donc une personne appelle chez nous, 24 heures par jour, 7 jours par semaine. Ce qu'on va faire, c'est qu'on va l'accueillir puis on va évaluer la situation: Qu'est-ce qui se passe ? Qu'est-ce qui t'arrive ? Et à partir de ça, on va évaluer... la stratégie d'intervention. Donc, est-ce urgent qu'on se déplace tout de suite ? Si oui, on appelle la personne en disponibilité et on se déplace ? S'il a des armes, si c'est dangereux, on va le faire avec les policiers. Est-ce que la crise est désamorçable au téléphone...

Pour l'hébergement, nous on va maintenir la personne dans le milieu le plus possible, essayer de travailler avec l'entourage de la personne. Si c'est pas possible, on va la retirer. Pour nous, l'hébergement, c'est plus un levier d'intervention. Il ne s'agit pas d'offrir un toit à quelqu'un qui n'en a pas, c'est de sortir la personne du milieu puis de travailler concrètement avec elle à la résolution du problème. Des fois, elle a des besoins primaires, elle n'a pas dormi pendant quelques jours, n'a pas mangé, ... donc la retirer, puis la mettre dans un milieu qui est adéquat, qui est dépourvu de stress, où elle va être écoutée, où elle va échanger avec les différents intervenants. Puis là on va se

⁶ Une expérience particulière d'intervention auprès de joueurs en crise au casino de Montréal a impliqué que la Maison Jean Lapointe développe à l'interne son propre centre de crise. Elle a eu tendance à élargir ce mandat pour s'occuper à l'occasion de joueurs hors casino. Ce projet va faire l'objet de son propre rapport d'évaluation.

construire à partir de ça, on va faire sa grille de séjour: quels sont les objectifs à atteindre, puis quelles sont les démarches que la personne doit faire, quels sont les partenaires à consulter, etc. Et de là, souvent la personne va soit retourner chez elle, parce que l'intervention suffit à la réamorcer, si on peut dire, et soit qu'elle va aller dans différents organismes pour répondre à ses besoins (Centre 24/7).

..., par exemple, si un joueur au 24/7, puis qu'il est intéressé à entendre parler de traitement, on a une personne qui va s'y rendre directement 24/7, pour pas le perdre entre les deux, qu'il puisse dire que oui il va venir ici, puis ne viendra pas. On va se rendre directement et on va lui proposer des services, un rendez-vous en individuel, une évaluation, un plan de traitement, une invitation aux membres de son entourage, une offre d'autres services, comme les groupes qu'on a, etc., et toute... la vie du centre là, elle est ouverte (Jellinek).

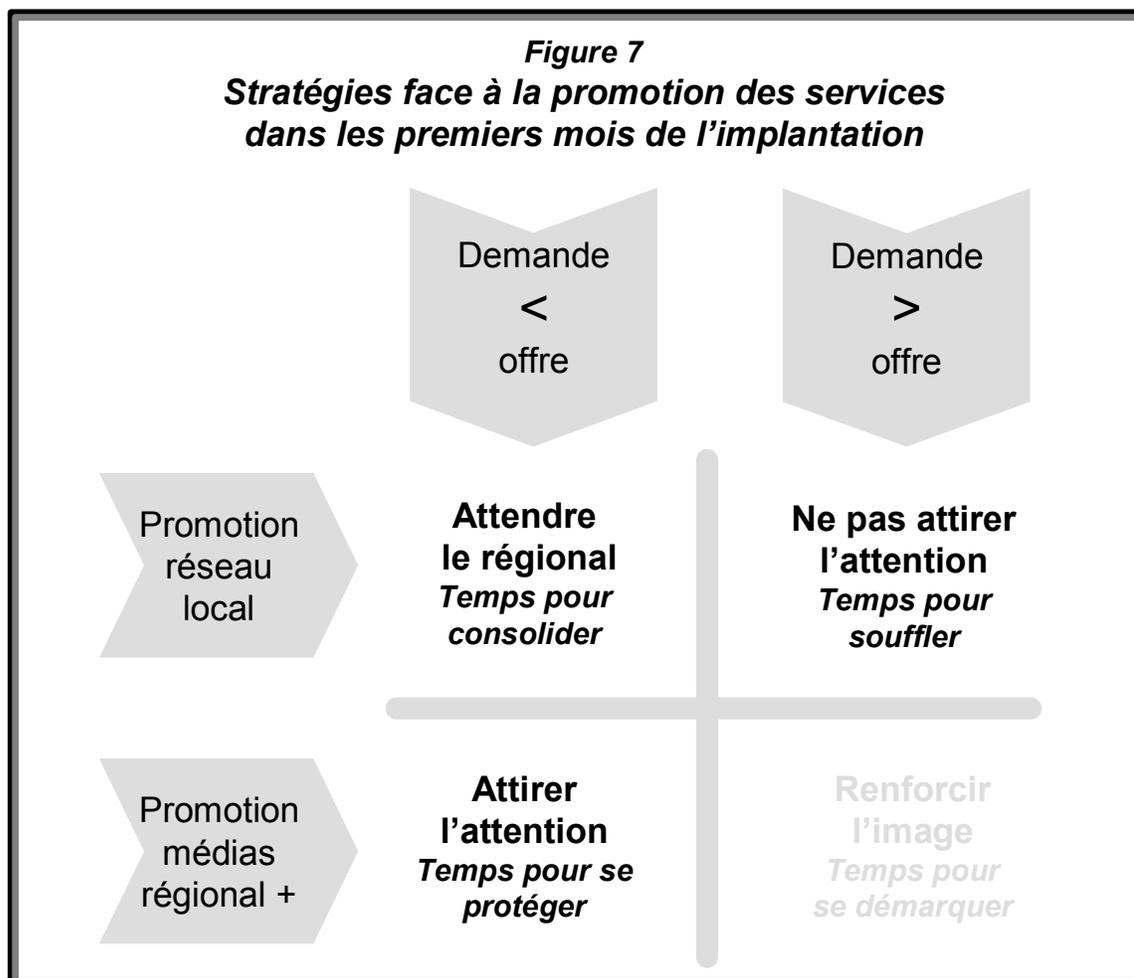
... lorsqu'on reconnaît qu'il y a des signes précurseurs qui annoncent une crise, bien on va tenter d'intervenir. Alors des fois les gens se retrouvent en hébergement chez nous, puis ils sont au début de la crise là, ils ne sont pas dans le passage à l'acte et toute l'intensité de la crise. Sauf que un centre de crise, ce que ça fait en plus de gérer la crise, c'est que ça gère les trous de réseau aussi. Ça fait qu'il y a peut-être des choses qui sont pas à leur bonne place aussi là dans l'ensemble de l'intégration des réseaux (Centre de crise 24/7).

Ce dernier extrait montre qu'il y a parfois un bout de chemin à faire pour en arriver à une intervention intégrée. Ce travail se pointe aussi à l'horizon des liens avec les autres ressources complémentaires qui sont nécessaires en parallèle ou à la suite du traitement. Au moment des entrevues, la plupart des établissements disposent déjà d'un réseau de ressources complémentaires de traitement de 1^e et 2^e lignes pour leur clientèle AT. Ils utilisent donc ce réseau pour les joueurs (médecins, hôpitaux, fraternités, PAE). L'élément nouveau, un peu plus spécifique au jeu, est la référence à des organismes de soutien à la gestion du budget ou du patrimoine. Au moment des entrevues, la plupart des organismes en étaient à questionner l'état de leur réseau, soit pour le consolider, soit pour le développer. Le point d'interrogation était évidemment plus gros pour les organismes moins expérimentés dans le domaine et qui ne voyaient pas encore très bien dans quel sens irait la demande de services dans leur cas (demande forte ou faible ? nature et importance des multi-problématiques dans la demande ?).

4.1.4. Promotion des services

À la fin de l'été 2001, les efforts de promotion des services étaient variables. En fait, on retrouve des positions différentes selon les sites-pilotes. Une première est celle de la région de l'Outaouais. Avec suffisamment de recul, on sait que la demande a et va augmenter. On vise éventuellement par la formation de la première ligne un meilleur dépistage des joueurs problématiques et cette intervention devrait provoquer éventuellement une hausse de la demande suffisante pour occuper l'offre disponible et peut-être même la rendre insuffisante. Par conséquent, la promotion demeure discrète et se fait par le bouche à oreille, et un dépliant commun au centre de traitement et au centre de crise. La seconde position est celle du site Québec-Chaudière/Appalaches qui, fort de ses expériences de planification intégrée des services ayant abouti à la proposition d'une TraJEUctoire, décide de faire la promotion de l'ensemble des services dans le cadre d'une conférence de presse. Une pochette de presse contient un ensemble de fiches qui décrivent chacun des organismes du réseau de services, avec son historique et les services offerts. La troisième position est celle du site-pilote de Montréal-Laval-Montérégie. Le réseau de services n'étant pas globalement intégré pour penser à une promotion d'ensemble, les efforts de promotion sont laissés à l'initiative de sous-groupes ou d'individus. Finalement, la position du Bas-St-Laurent-Gaspésie/Îles-de-la-Madeleine est de travailler d'abord à une conception plus intégrée de la division du travail entre les organismes.

Dans tous les cas, ces positions régionales n'empêchent pas un travail individuel de promotion pour chaque organisme, qu'il soit direct (médias, outils de promotion dans le réseau SSS) ou indirect (réputation qui joue sur l'exposition et la visibilité dans les médias ou dans le bouche à oreille). Il y a en fait trois stratégies face à la promotion de ses services. Ces stratégies, encore là, dépendent de la situation de l'organisation par rapport à la demande de services et se manifestent dans une approche de promotion, soit locale par le biais du réseau SSS, soit régionale, et même plus large, par le biais des médias. La figure 7 montre le positionnement de ces stratégies.



Ceux qui ont une demande plus faible que l'offre et qui font une promotion dans leur réseau local ou usuel des services SSS ont pour stratégie d'attendre que le régional organise un plus vaste mouvement de promotion pour l'ensemble des services offerts. Ce temps d'attente est un temps pour expérimenter et consolider le programme. Ces organismes sont convaincus que la demande pour leurs services va croître à moyen terme.

Notre Centre ne fait pas de publicité, il donne de l'information à l'intérieur des CLSC sur les services offerts et sur leur fonctionnement. Par ailleurs, il y a beaucoup d'information qui est transmise de bouche à oreille, par exemple, aux rencontres des GA. En somme, on n'a pas réellement le temps et on n'en a pas réellement besoin (02).

On a commencé à en faire un peu de publicité. On a contacté la semaine dernière à peu près tous les organismes du territoire: les CLSC, les organismes du réseau et hors réseau. On les a informés de notre ouverture et de notre intervention sur le jeu pathologique. On a l'intention de faire une conférence de presse en novembre et on va inviter les gens de la Régie

régionale. On a un petit dépliant qu'on s'était fait faire à l'origine, on va le refaire aussi. On s'attend à du débordement (04).

On travaille pour ouvrir... le marché. On a fait des présentations, on a fait un « mailing list » à cinquante organisations, on a écrit des articles dans les journaux locaux, mais c'est très lent jusqu'à ce point-ci. Puis maintenant on regarde quelles sont nos options pour avoir un meilleur accès aux populations, parce que je pense que c'est un problème de visibilité. Avec les omnis dans le coin aussi, et avec les infirmières aussi, parce que c'est vraiment une question de dépistage (14).

Certains sont dans la même situation de sous-sollicitation et, en plus de la promotion locale, font appel aux médias. Ils cherchent à attirer l'attention pour définir ou garder leur place, se protéger dans un « marché » qui devient plus compétitif.

... mais c'est sûr que le jeu là ça va prendre un peu plus de place parce que c'est un nouveau service pour nous autres. On va donner plus d'information. ...notre relationniste va être capable là, parce que je lui ai donné l'information pour pouvoir en parler. Il fait une tournée de toutes les municipalités... et il parle du jeu, même à la télévision..., dans sa tournée, il s'est rendu compte qu'on n'était pas connu (05).

Il faut d'abord sensibiliser la communauté que le problème et que les services existent. Une approche pas trop agressive, ni négative à enclencher à l'automne... par des kiosques, de la publicité à la radio, à la TV... (19).

Ceux qui sont débordés par la demande font tout de même un minimum de promotion sur leur réseau local. À cause de la surcharge de la demande toutefois, ils ne cherchent pas à en faire plus, à trop attirer l'attention, le temps d'apprendre à réguler la pression. De toute manière, le dossier du jeu leur paraît déjà très médiatisé.

On n'a pas fait de publicité pour notre centre et on ne prévoyait pas en faire nécessairement non plus. Peut-être éventuellement là, mais pour le moment on est submergé, on est débordé (09).

Maintenant là il faut ajouter au moins un poste à demi temps. Mais il faut dire qu'on n'a pas fait jusqu'à date non plus une promotion de nos services très active. On a eu une promotion, je dirais, malgré nous autres, parce que c'est très médiatisé (12).

Notre tableau offre une quatrième possibilité. Il s'agirait, pour une organisation qui a déjà une forte demande, d'utiliser les médias pour renforcer son image publique et son positionnement dans la concurrence inter-centres. Cette stratégie de démarquage n'a pas été mentionnée directement dans les entrevues, mais elle est en filigrane de certains commentaires qui la voit comme un obstacle à l'intégration des services. Un mécanisme permettant un meilleur appariement entre les besoins et les services, comme dans l'exemple mentionné plus haut,

semble pouvoir baliser ce type de stratégie de démarquage. D'où le retour à la stratégie 1 qui vise à remettre entre les mains de la coordination des sites la responsabilité de faire la promotion des services.

L'évolution future de chaque organisme et de chaque site-pilote nous en apprendra un peu plus sur le choix des stratégies de promotion qui risquent de se diversifier avec le développement de l'intervention. Un exemple particulier est déjà mentionné dans les entrevues, c'est celui des PAE. Plusieurs voient un intérêt à travailler avec ces programmes d'aide parce qu'ils ont une population captive et peuvent contribuer au dépistage et travailler plus facilement au suivi post-traitement. Ceci dit, viser la population des travailleurs implique de réfléchir sur le produit qui est offert. Les heures d'ouverture doivent convenir aux travailleurs, l'intensité du programme doit être adaptée à leurs contraintes (les compagnies préfèrent souvent un traitement intensif). Dans la mesure où l'entreprise veut être remboursée par les assurances et que ces dernières ne reconnaissent pas l'intervention de tous les types de professionnels, certains organismes peuvent être disqualifiés.

Ça serait aussi intéressant de faire de la publicité dans les PAE mais pour le moment on ne peut pas parce que ça prend de la flexibilité au niveau des horaires. On a des services de jour. Donc on pourrait rejoindre les personnes qui ont des horaires comprimés mais pas celles qui ne peuvent venir que le soir ou les fins de semaine. Il y a aussi le problème que les PAE, sur le plan du remboursement des assurances, doivent faire affaires avec des psychologues et des travailleurs sociaux d'un ordre professionnel. Ici c'est gratuit mais ce n'est pas intensif. Si un individu reçoit un congé d'une semaine ou deux, son milieu de travail veut qu'il reçoive quelque chose d'intensif et l'employeur lui veut être remboursé pour ça.

On a appelé à l'Ordre et demandé de nous sortir toutes les compagnies d'assurance qui remboursent pour la consultation avec les travailleurs sociaux. Ce n'est pas toutes les compagnies d'assurance qui le font, puis ce n'est pas tous les programmes d'aide aux employés qui acceptent ça aussi (04).

Bref, la question de la promotion auprès des PAE est aussi une question d'identité et de capacités. Ceux qui le font doivent aller directement dans les entreprises parler de ce qu'ils offrent, créer un réseau de contacts avec les responsables de ces programmes et, lorsque c'est possible, en impliquer certains dans leur conseil d'administration.

4.1.5. Liste ou file d'attente

Si la promotion est un outil utilisé pour favoriser la demande ou positionner l'offre, comme on vient de la voir, la création d'une zone-tampon est un moyen utilisé par une majorité d'organismes pour réguler d'abord le surplus des demandes. Si le terme de « liste d'attente » est juste et correspond bien au fait que des demandeurs de services se font temporairement refuser l'accès au programme et sont placés sur une liste de rappel, celui de « file d'attente »

est moins adéquat. En fait, les organismes créent plutôt un lieu de transition, appelé tour à tour groupe « d'accueil », « d'orientation », de « motivation », « d'engagement », pour éviter qu'une personne qui est prête à se faire traiter soit privée d'un soutien adéquat sur une trop longue période. Cette personne a donc la possibilité pendant quelques semaines de venir à une rencontre de groupe (la plupart du temps une fois par semaine) pour exprimer son problème, se familiariser avec son éventuel milieu de traitement et recevoir des conseils. Nous allons examiner plus loin, dans la section sur le processus de transition, le détail de ce mécanisme dont l'utilité dépasse de loin la simple fonction de rassurer le demandeur sur le fait qu'on lui fait une place dans le processus de traitement. Les noms qu'on donne à ces groupes en sont déjà un bon indicateur. Nous voulons plutôt insister ici sur son rôle de régulateur de la demande, un peu comme une digue permet de réguler le niveau des eaux d'une rivière. Et ce rôle a d'autant plus d'importance si le traitement se fait en groupe, parce qu'il faut d'abord constituer ce groupe pour amorcer le traitement ou éviter autant que possible que des clients s'ajoutent à un groupe de traitement en cours de route. Si on poursuit notre métaphore de la digue, on pourrait qualifier ce lieu d'attente de groupe de « rétention ».

... l'idée qui m'a amené à faire le plan des rencontres de cette manière là (avec un groupe d'accueil), c'est de se donner la chance d'avoir des personnes pour monter une cellule fermée pour le traitement. Il faut monter un groupe de six à huit personnes pour au moins garder un noyau de cinq si il y a des gens qui délaissent (20).

En fonction de ce qui vient d'être dit, on comprendra alors que les situations de listes d'attente correspondent plus à la réalité des organismes qui donnent du traitement externe en individuel. Là où les services sont concentrés, il y a tout de même une première rencontre d'information pour créer un contact avec les demandeurs de services, une évaluation sommaire avec références au besoin et quelques conseils. Par la suite, un suivi téléphonique est effectué jusqu'à ce que le délai d'attente soit résorbé. Les contacts téléphoniques visent à vérifier la situation du joueur et à intervenir d'urgence si le besoin se manifeste.

Pour les personnes sur les listes d'attente, une série de moyens, d'actions à court terme pour éviter de jouer pendant cette période sont suggérés lors de la rencontre d'accueil. Lors de l'appel de suivi aux deux semaines, l'intervenant vérifie où la personne en est avec ces moyens et peut en suggérer d'autres aux besoins. ...On leur fait part du moment approximatif où ils devraient pouvoir avoir accès aux services (02).

Pour les organismes qui ont des points de service plus dispersés, la solution d'une rencontre d'accueil en groupe n'est pas viable. Un organisme a trouvé une solution pour épurer la liste d'attente. Il utilise une ressource d'appoint qui se déplace dans les points de services pour faire des évaluations, référer au besoin, et ainsi rendre la liste d'attente plus spécifique et

gérable par les ressources en place. Cette solution nous renvoie à la question des critères d'éligibilité.

.. une somme du budget est réservée pour éteindre la liste d'attente. Un soutien est offert aux points de service. Quelqu'un est dépêché pour faire l'évaluation. En réalisant l'évaluation, il est possible de discriminer la clientèle et de savoir qui a réellement besoin de services sur-le-champ. Habituellement, l'intervenant du point de service est capable d'intégrer les clients qui restent dans sa charge de cas (22).

D'ailleurs un organisme du même type qui n'a pas de liste d'attente admet que le premier réflexe en cas d'une telle éventualité sera de resserrer ces critères.

Mais par contre, si on avait une liste d'attente, que ça cognait aux portes, on trouverait peut-être des critères plus serrés (15).

Les organismes de traitement résidentiel sont plus proches de la position de la liste d'attente si la flexibilité dans l'hébergement et la programmation est limitée. Le maintien des contacts téléphoniques est alors la règle jusqu'à ce qu'une place s'ouvre. Dans le cas d'une plus grande flexibilité sur le plan de l'hébergement et de la programmation, la création d'un groupe de transition permet de recevoir les clients et de les intégrer par la suite plus rapidement au traitement.

Comme le lieu est grand et qu'il y a deux étages qui ne sont pratiquement pas utilisés, il est possible d'accueillir des clients au besoin en faisant des « pré-groupes », c'est-à-dire des personnes qui n'intègrent pas immédiatement la thérapie mais qui débutent leurs rencontres avec leur thérapeute. De cette façon, on arrive à aider les gens qui doivent débiter leur thérapie le plus rapidement possible (11).

Un commentaire enfin pour dire que certaines personnes tiennent à être traitées absolument à l'endroit où elles font la demande ; elles sont prêtes à attendre qu'une place se libère. La gestion de la file d'attente n'est donc pas qu'une question relevant de l'équipe de traitement mais repose aussi parfois sur un processus d'auto-sélection chez le client. Comme dit une directrice clinique : « Les gens se créent eux-mêmes une liste d'attente » (08). Mais encore là, dans un réseau intégré de services, surtout si le client a besoin d'une intervention plus rapide et que d'autres services équivalents sont disponibles, un tel problème peut faire l'objet d'une solution collective.

Avec l'examen de cette composante de la liste/file d'attente, nous complétons l'analyse du matériel d'entrevue qui porte sur le processus de délimitation de la clientèle. Avant de passer à la seconde étape du processus, un petit exercice de comparaison de ce que nous avons recueilli et analysé avec ce qu'est le programme proposé (rappelez-vous la figure 2) est de mise.

4.1.6. Comparaison au programme proposé

Le programme proposé ne parle de la délimitation de la clientèle que dans l'étape d'évaluation. Il demande de s'assurer que le client n'ait pas de problèmes qui l'empêchent de répondre aux exigences du traitement. L'entrevue diagnostique et les instruments qui y sont associés doivent aider à coller à ce principe, bien que le mode d'emploi (comment passer des résultats des tests à cette décision ?) ne soit pas indiqué. Une grande majorité d'organismes, qui font du volet cognitif du programme une composante nécessaire de leur traitement, respectent ce principe. Ils visent à avoir des clients capables, minimalement, de travailler sur le plan cognitif. Mais le respect de ce principe est favorisé par plusieurs facteurs dont celui de faire partie d'un réseau de services adéquat à la fois sur le jeu, pour répartir équitablement la charge de travail, et sur les autres problèmes. Car, chez les directions, la représentation de base du résultat à obtenir dans le processus de délimitation est de répondre aux besoins des clients qui se présentent et pas seulement de sélectionner une population apte à réaliser le programme proposé. C'est pourquoi ceux qui n'acceptent pas les orientations thérapeutiques du programme proposé, sont peu enclins à travailler de manière absolue avec son critère d'éligibilité fondé sur la capacité cognitive de participer au traitement. Cette question fondamentale sera reprise plus loin lorsque nous aborderons le contenu des entrevues sur les approches thérapeutiques.

L'analyse des entrevues montre aussi une modification majeure par rapport au programme proposé. La sélection et l'orientation des clients impliquent un fractionnement du processus d'évaluation dans le sens où le modèle de guichet unique du site Québec-Chaudière/Appalaches le propose, c'est-à-dire une évaluation d'orientation et une évaluation thérapeutique. Cela ne se fait pas de manière aussi explicite et systématique, mais plusieurs organismes fonctionnent dans un processus à deux temps, dont le premier permet d'orienter rapidement la clientèle.

Tableau 1
Processus de délimitation de la clientèle
Éléments-clés de la comparaison avec le programme proposé

Composantes implantées ou adaptées	Acceptation partielle de la conception de l'éligibilité d'un client fondée sur la capacité de participer au traitement. Acceptation plus grande dans les organismes de traitement en groupe.
Composantes ignorées ou rejetées	
Composantes nouvelles actualisées ou proposées	Fonction de rétention pour le groupe d'accueil. Recherche active de cas par la promotion (ex. CLSC, PAE) et par la formation au dépistage en première ligne.
Ordonnancement semblable ou modifié	Processus d'évaluation en deux temps, plus ou moins formel, visant pour certains organismes à accélérer l'orientation des clients vers des ressources appropriées.
Influence de la prise en compte de l'environnement	La délimitation de la clientèle a tendance à être plus systématique pour les organismes qui ont fait le choix d'une orientation de groupe, qui n'ont pas de points de services, et qui ont une forte pression de la demande.
Représentations des résultats	Délimitation de la clientèle centrée d'abord sur la réponse aux besoins des demandeurs de services avant ou plutôt que d'accéder aux exigences du programme.

On constate aussi que le choix pour certains organismes de mettre de l'avant le traitement de groupe ajoute une fonction au groupe d'accueil suggéré dans le document officiel du programme. Le groupe d'accueil est suggéré pour informer rapidement, rassurer et conseiller brièvement les joueurs sur la liste d'attente. Pour ceux qui font un traitement de groupe, le groupe d'accueil a aussi une fonction de rétention proprement dite, qui permet d'atteindre le nombre de clients nécessaire pour constituer un groupe viable. Dans la section suivante, nous entrerons plus dans les modalités de la formation de ces groupes.

Rappelons, pour conclure, que les hésitations du discours des directions sur la délimitation de la clientèle soulignent le fait que la réponse à la question fondamentale : « Qui soigne-t-on, comment et avec qui ? » ne fait pas, loin de là, l'objet d'un consensus. Elle n'a pas fait non plus l'objet d'un débat structuré sur le plan provincial. La réponse à ces questions est pourtant la base de la définition d'un programme. La réponse du programme proposé (les joueurs qui n'ont pas de problèmes qui les empêcheraient de suivre le programme) n'est pas suffisamment opérationnelle sur le terrain de l'implantation face à la variété des problèmes et des demandes. Il y a donc un travail à faire sur ce plan. Mais il faut comprendre que ce travail n'est qu'en partie un travail de programmation. Le programme devrait rendre visible les activités à réaliser pour rendre opérantes les décisions régionales ou provinciales sur la

question fondamentale posée plus haut. La programmation ne peut pas remplacer des décisions nécessaires sur le plan du développement de la politique publique.

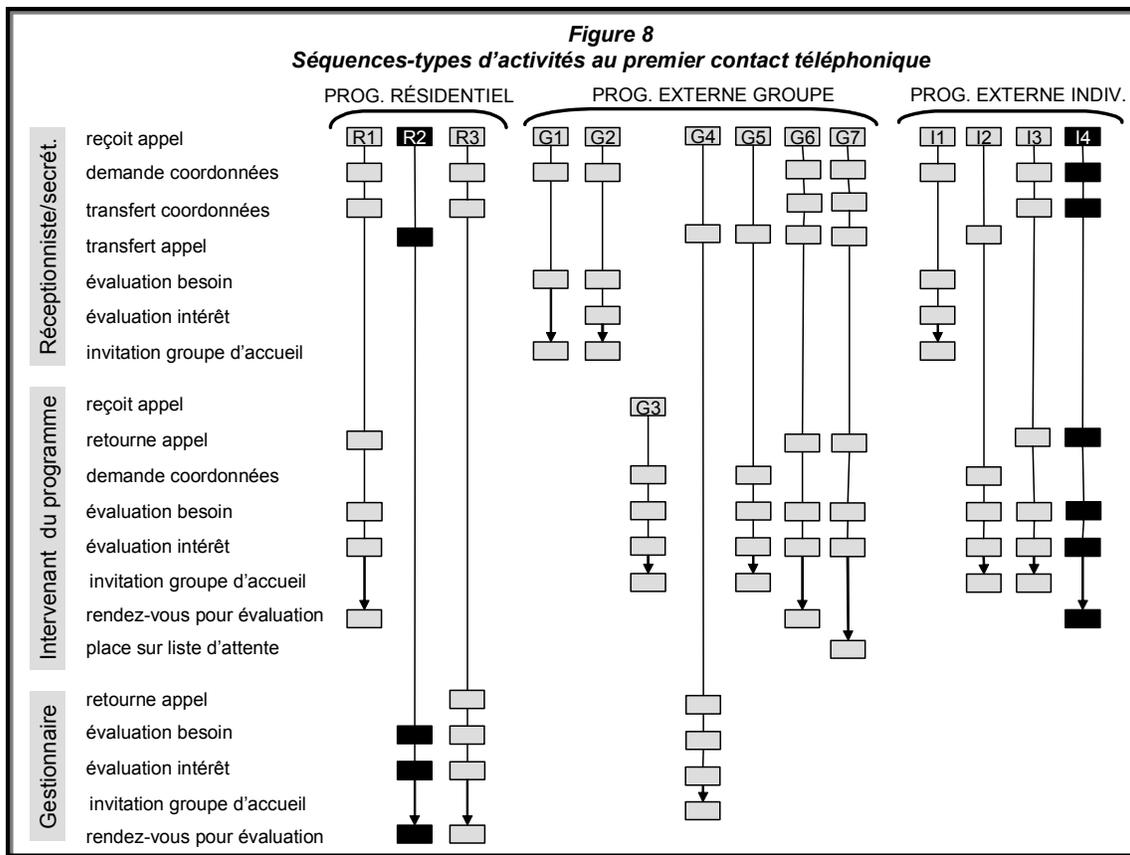
Le tableau 1 reprend les éléments-clés de cette comparaison que nous venons d'amorcer entre les résultats de l'analyse des entrevues et le contenu du programme proposé. Il a une forme standard que nous allons reprendre à la fin de chaque autre section. Elle reprend les dimensions que nous avons mentionnées dans notre section méthodologique. L'ensemble de ces tableaux constituera notre aide-mémoire pour la discussion de la fin sur la vraisemblance du programme.

4.2. Le processus de transition

La section précédente a montré comment les organismes de traitement jonglaient avec la demande et l'offre de services en tirant différentes ficelles que sont les critères d'éligibilité, la référence, la promotion des services, la création d'une zone d'attente. Mais cette réflexion et ces décisions organisationnelles n'apparaissent pas au demandeur de services. Celui-ci contacte l'organisme, est accueilli et intégré au programme. Il vit concrètement un processus de transition. Les entrevues nous en précisent bon nombre de détails. Le choix du mot « transition » est significatif d'abord dans le sens où le client est en « transit », en transfert, avant d'arriver au noyau de son traitement (la thérapie), mais il est tout de même dans un processus de transformation, de changement, donc dans une « transition ». Nous allons examiner ce processus au travers de quatre moments, qui ne sont pas nécessairement séparés dans la réalité de l'intervention. Ce sont le contact initial, la rencontre d'accueil, le groupe de transition et l'évaluation.

4.2.1. Le contact initial

Le contact initial est la première relation que le client potentiel a avec l'organisme de traitement. La plupart du temps, ce contact se fait par téléphone. Il y a bien sûr des exceptions où un joueur vient directement cogner à la porte de l'organisme ou arrive référé par quelqu'un avec qui on a une entente (par exemple un PAE), mais la norme est le coup de téléphone. Entre ce coup de téléphone et la première visite à l'organisme de traitement, il y a toute une variété de séquences d'activités et de décisions qui est en bonne partie liée à la structure des organisations et, encore une fois, à la pression de la demande. La figure 8 nous donne un aperçu de cette variété. On y retrouve les séquences-types qui ont été décrites dans les entrevues. La réalité est plus complexe encore dans la mesure où un même milieu a pu changer de séquence avec le temps ou peut en utiliser plus d'une à la fois. Une séquence met en vedette trois catégories d'acteurs : les réceptionnistes de l'organisme et les secrétaires du programme, les intervenants du programme de traitement, les gestionnaires de l'organisation.



Chaque catégorie d'acteurs peut réaliser plusieurs activités. Ces activités ne sont pas toujours définies de manière précise dans les entrevues mais il est tout de même possible et utile de faire les distinctions entre :

- recevoir un appel téléphonique d'un éventuel client ;
- demander les coordonnées du client pour pouvoir le rappeler ;
- transférer les coordonnées à un autre acteur de l'organisation ;
- transférer l'appel immédiatement à un autre acteur de l'organisation ;
- évaluer le besoin du client à partir de sa demande ou de son problème ;
- évaluer l'intérêt du client pour les services offerts par l'organisme (et le référer au besoin) ;
- inviter le client à une rencontre de groupe d'accueil qui sert à informer et évaluer ;
- retourner un appel qui a été transféré par la réceptionniste-secrétaire ;

- donner un rendez-vous pour une rencontre individuelle d'évaluation ;
- placer le client sur une liste d'attente et lui en faire part.

Une séquence est une série d'activités. Elle est représentée sur la figure 8 par un ensemble de petits rectangles reliés entre eux. Les séquences sont regroupées par types de programme (résidentiel, externe en groupe, externe individuel). Chaque séquence en grisé correspond à un ou deux organismes. Celles qui représentent trois organismes ou plus sont noircies.

Il y a à la base trois modalités de réception des appels. La première est celle où la réceptionniste ou la secrétaire du programme prend les coordonnées du demandeur, les transfère à un intervenant ou un gestionnaire qui retourne l'appel. La seconde est de transférer tout de suite l'appel à un intervenant ou un cadre. L'importance de cette distinction tient au fait de décider tout de suite ou non de la prochaine action du demandeur. Dans le premier cas, il y a une période d'attente, celle où il doit recevoir l'appel d'un intervenant ou d'un responsable de l'organisme. Dans le second, l'appel peut se terminer avec un rendez-vous. La première modalité se retrouve plus dans les programmes externes individuels (principalement I4, aussi I1 et I2).

Lors d'un appel téléphonique pour le jeu, les coordonnées sont prises et normalement un intervenant rappelle tout de suite. S'il n'y a personne disponible, l'appel est retourné en dedans de 24 heures. Ça peut prendre deux jours si la personne est difficile à rejoindre, mais c'est fait le plus rapidement possible. Là on voit si la personne, effectivement, a besoin d'un traitement ou d'une démarche comme telle et on lui offre de venir à un groupe d'accueil. On le questionne un petit peu sur son problème, sauf qu'on analyse rien, on ne juge rien, on ne diagnostique rien au téléphone. En autant que c'est quelqu'un qui a un désir, qui est intéressé à un programme, on l'invite à venir nous voir. Dans le cas de situations qui nous paraissent urgentes, on va rencontrer la personne le plus tôt possible (23).

La rencontre d'accueil est en personne, jamais au téléphone. Premièrement, le chargé de projet et le client sont beaucoup plus à l'aise de parler en face à face. Deuxièmement, cela demande à la personne de faire la démarche de se déplacer. Ce geste est jugé très important pour la démarche de traitement. C'est pourquoi, il faut également que ce soit la personne qui appelle et non, par exemple, le CLSC qui demande au chargé de projet de rappeler un client. Cette première démarche fait partie intégrante du traitement. Il ne faut pas oublier qu'il s'agit d'un service qui demeure volontaire (02).

Ce choix s'explique en bonne partie par une question de disponibilité des intervenants qui, dans le cas des organismes avec de nombreux points de services, peuvent travailler à plus d'un endroit et passent la plus grande partie de leur temps en séances individuelles de thérapie.

Il semble que ce soit l'accueil des CLSC qui reçoive en premier les appels. Lorsqu'il appelle, le client explique son besoin. Son nom et ses coordonnées sont pris en notes et sont acheminés à l'intervenant qui le rappelle ensuite (22)

La seconde modalité se retrouve plus dans les programmes externes de groupe. À l'inverse, ces organismes concentrent pour la plupart leurs ressources en un seul endroit ; il est plus facile d'avoir des intervenants ou des cadres à qui on peut transférer un appel ou qui prennent les appels directement (G3 à G5).

Lorsque quelqu'un téléphone, c'est une des trois personnes qui travaillent ici qui répond. Il y a toujours quelqu'un et sinon il y a un répondeur. On a même un afficheur. Alors, quand les gens des fois ne laissent pas de message, on appelle au numéro de l'afficheur puis on dit: « Bon, écoutez, j'ai votre numéro sur mon afficheur, je ne sais pas si c'est une erreur ou quoi là, ... ». Je leur explique parce que des fois les gens sont mal à l'aise, mais je dis: « C'est peut-être une erreur, faites-vous en pas avec ça ». J'essaie de les rassurer (10).

Dès que quelqu'un appelle ici, il y a une demande par rapport au jeu, c'est transféré au thérapeute. Il y a prise des coordonnées et une première série de questions qui permettent d'identifier si c'est bien une personne qui a un problème de jeu... On essaie de ne pas trop en faire, juste ce qu'il faut pour au moins assurer que c'est probablement un cas (14).

Automatiquement chaque téléphone pour ce type de demande là m'est transféré à moi. De là, moi je retourne les appels, je fais une première discussion avec l'individu. J'essaie un petit peu de faire du « débroussaillage ». Et là, j'invite la personne... C'est sûr si c'est un cas où c'est: « Je veux me suicider », on va passer à autre chose que le groupe de traitement. Je ne l'inviterai pas le mardi soir.

Mais jusqu'à maintenant, la façon que ça s'est passé après le contact téléphonique, j'invite la personne à se joindre au groupe le mardi soir, ... aussi les tests sont remis à l'individu mais encore là dépendamment de l'individu, je vais essayer de lui remettre les tests en petites bouchées... (20).

Mais la modalité de transfert des coordonnées est aussi présente (G6 et G7).

Quelqu'un qui appelle ici est rappelé immédiatement ou dans la journée même par un membre de l'équipe. Souvent ils ne veulent pas laisser leur numéro de téléphone et préfèrent rappeler. Au téléphone on limite la conversation à la fixation d'un rendez-vous. Souvent ils appellent de chez eux ou de leur travail ;

la conversation est très courte. Le conjoint n'est souvent pas au courant et, lorsqu'on rappelle, il faut faire attention à la confidentialité, surtout ne pas mentionner le nom de notre organisme qui est très connu (06).

Par ailleurs, il y a des situations, et c'est la troisième modalité (G1, G2 et I1), où l'appel est géré en entier par la secrétaire du programme.

Dès qu'il y a un appel à la réception... qui mentionne un problème de jeu, il est transféré à notre secrétaire du programme de jeu. Elle donne de l'information sur le programme qu'on donne. Elle effectue aussi un certain tri selon les besoins exprimés par la personne et les caractéristiques du programme offert (par exemple, quelqu'un qui veut un traitement individuel, quelqu'un qui ne veut pas participer à un groupe d'entraide pendant son traitement, des gens qui ne veulent pas venir trois soirs par semaine, etc.). Elle peut alors référer à un autre organisme. Si la personne qui appelle manifeste déjà de l'intérêt au téléphone, la secrétaire peut les inviter à une séance d'information (13)..

Au début quand les gens appelaient et qu'ils disaient: « Bon, j'ai un problème de jeu, je veux de l'aide », il y avait un intervenant qui retournait l'appel et qui faisait une première évaluation par téléphone. On s'est rendu compte rapidement qu'on passait beaucoup de temps à faire ça et qu'on rejoignait très peu les joueurs. Parce qu'évidemment, au moment où le joueur appelait, il y avait rarement un intervenant ou une des intervenantes disponibles pour leur parler. Donc on faisait comme on fait toujours pour l'ensemble de nos demandes de services, on prenait leurs coordonnées puis on avait des périodes où on les rappelait et on faisait une première évaluation du problème de jeu, puis on essayait de voir s'il y avait un problème de consommation, un problème au niveau social, au niveau de la santé mentale. Dans le fond, on ramassait les données là-dessus. Sauf qu'on s'est rendu compte qu'on avait beaucoup de temps consacré à essayer de les rejoindre, mais on ne les rejoignait pas. Finalement, on a décidé de mettre ça de côté le retour d'appels et plutôt de leur donner un rendez-vous d'accueil, une première rencontre d'accueil. Donc après les deux premières semaines du début, on a dit à la secrétaire qu'aussitôt qu'elle avait la réception d'appel, elle prenait les coordonnées du client, mais elle lui donnait tout de suite un rendez-vous dans notre prochain groupe d'accueil. Ça c'était mieux déjà (09).

Lorsqu'un joueur appelle directement, il rejoint le numéro général du centre et verbalise à nos réceptionnistes en poste, dans ses mots à lui, « j'ai un problème » ou, en tout cas, « je suis en train de tout passer mon argent au casino ou dans les vidéos-poker, on me dit que vous pouvez m'aider, que vous avez un programme ». Immédiatement, les gens à la réception ont comme mandat d'envoyer l'appel au secrétariat. Et la secrétaire du programme,

lorsqu'elle est disponible, répond immédiatement ou encore ça va sur la boîte vocale.

On leur explique un peu comment ça fonctionne, qu'il y a une séance d'information et qu'après, s'ils choisissent de venir à notre programme, c'est une démarche d'une durée approximative de douze semaines, c'est une démarche individuelle, puis il y a des groupes de support qui sont facultatifs. À ce moment-là on les inscrit pour une rencontre d'accueil et on les invite à nous rappeler s'ils ne peuvent pas venir, avec la possibilité de fixer une autre date de rendez-vous. Il y a des gens qui appellent en disant qu'ils veulent de l'information pour quelqu'un d'autre mais qui finissent par admettre que c'est pour eux. Il y a beaucoup de conjoints qui appellent aussi et qui veulent avoir de l'aide. On n'a pas de programme là-dessus. Alors on les réfère à « Jeu, Aide et références » pour savoir s'il y a des services pour les personnes significatives (18).

Il s'agirait d'une modalité de l'avenir dans la mesure où la demande va augmenter et que les intervenants auront moins de temps à consacrer à ce type d'activités.

Mais lorsqu'il va y avoir plus de cas, et la responsable va être occupée plus par le traitement, il va falloir que la secrétaire soit formée pour faire une première cueillette de données et être en mesure de référer ou d'évaluer si c'est une situation urgente, une situation de détresse. Elle va avoir les informations nécessaires pour référer au pire à d'autres ressources (04).

Les organismes qui ont un programme résidentiel utilisent les deux premières modalités. Les plus gros d'entre eux optent pour la modalité de transfert de coordonnées et de rappel, alors que les plus petits y vont pour le transfert d'appel.

La personne appelle et manifeste son besoin d'aide. La réceptionniste prend son nom et son numéro et un intervenant la rappelle dans les plus brefs délais pour faire une entrevue téléphonique. Si la situation semble très urgente, un intervenant est alors libéré pour faire une entrevue téléphonique (08).

En fait, la personne appelle, soit qu'elle est référée ou qu'elle vienne d'elle-même, nous autres on n'a pas d'attente spécifique, c'est pas obligé que la personne soit référée par une autre personne. Donc la personne appelle, on lui fait un rendez-vous le plus tôt possible, puis là on fait une évaluation. L'évaluation répond à des besoins de l'organisation, entre autres des données statistiques, mais évidemment on se préoccupe du besoin du client, puis on lui demande de préciser c'est quoi sa demande, c'est quoi ses attentes. Si admettons la personne, bon, admettons qu'on a un joueur, admettons si le joueur... dit que... lui il veut faire une thérapie à l'interne, qu'il veut vraiment s'investir dans sa démarche puis qu'il est prêt à y mettre le temps, bien là on va faire la démarche pour l'admission à l'interne, ce qui veut dire expliquer les

lieux, expliquer le règlement, puis tout faire les demandes d'autorisation... Après ça, on fixe une date d'admission et puis la personne entre à l'interne (17).

Au-delà des modalités de réception et de transfert des appels, le premier contact doit aboutir à une décision précise. Les extraits d'entrevue précédents précisent ces décisions. Il y en a deux principales. Ce sont le fait de convoquer le client retenu, soit à une entrevue individuelle d'évaluation, soit à un groupe d'accueil (qui intègre la plupart du temps des modalités d'évaluation). La convocation pour une entrevue individuelle d'évaluation est plus fréquente chez les organismes de traitement résidentiel et les organismes qui ont un programme de traitement individuel (la séquence 14 correspond à quatre organismes). L'entrevue d'évaluation peut être couplée à l'admission du client dans les organismes de traitement résidentiel. Les invitations à un groupe d'accueil sont plus visibles dans les organismes de traitement en groupe. Les quelques cas de rendez-vous d'évaluation dans ces organismes (G6) ne représentent peut-être qu'une tendance passagère dans la mesure où ceux-ci ont une trop faible demande pour penser mettre sur pied des groupes d'accueil. Il y a finalement un troisième cas de séquence où le contact aboutit à décider ou non de mettre le demandeur sur la liste d'attente de l'organisme. Il s'agit d'une situation où la demande est trop forte.

La réceptionniste reçoit les appels pour le jeu et prend les coordonnées de la personne. Elle les retransmet à un intervenant qui fait un retour d'appel pour compléter la demande de services. Nous explorons les thèmes suivants:

- *les effets que le jeu a sur la personne (sur ses relations, son couple, autres problèmes)*
- *les jeux qui causent problème*
- *les motifs de consultation*
- *le(s) déclencheur(s) de la demande*

Le but de ce téléphone n'est pas de sélectionner les joueurs (sauf pour éliminer ceux qui n'ont pas de problème de jeu ou des cas-problèmes d'alcoolisme ou de toxicomanie par exemple). Il est plutôt d'officialiser que le client va faire partie de nos listes. Aussitôt complétée, cette demande s'en va s'ajouter à la liste d'attente. Si quelqu'un présente une situation de crise, on lui suggère fortement de consulter une ressource qui peut lui venir en aide (on lui donne des numéros de téléphone) et on la met sur notre liste d'attente (01).

Au-delà des modalités de transfert de l'appel et de l'action qui est décidée à la fin de l'appel, il faut constater aussi que les extraits d'entrevues précédents soulèvent quatre enjeux. Le premier est un enjeu de **liaison** qui parle du risque de perdre contact ou d'avoir de la difficulté de rétablir le contact avec un joueur, sans compter la prudence dont il faut faire

preuve dans les retours d'appel pour assurer la confidentialité. C'est pourquoi les organismes qui le peuvent préfèrent que ce premier contact aboutisse tout de suite à une décision et qu'il n'y ait pas de retour d'appel. Pour cela, il faut que les intervenants ou les gestionnaires soient disponibles en tout temps ou que la secrétaire du programme, dans les cas où il y en a une, puisse prendre cette décision. Cela signifie qu'il y a un filtrage de la clientèle dès ce premier appel, et que ce filtrage est plus ou moins serré selon les organismes, leurs exigences et la pression de la demande. D'où le second enjeu qui est celui de la **couverture** de la population-cible et de l'impact du filtrage sur la population réellement retenue. Le risque de laisser de côté sans les évaluer en profondeur des joueurs plus instables à multi-problématiques est-il plus grand si le contact avec ceux-ci se limite à un appel, ou à un premier appel qui les laisse en attente d'un second parce qu'ils risquent de ne plus être rejoints ? Le troisième enjeu questionne aussi le filtrage et soulève la nécessité de faire la distinction entre demande et besoin, et conséquemment de se préoccuper d'une **répartition** adéquate des cas. L'extrait suivant est plus explicite à ce sujet.

Quand une personne insiste pour venir à l'interne alors qu'on juge qu'elle pourrait bénéficier d'une thérapie à l'externe, nos intervenants vont évaluer son degré de désorganisation sociale (A-t-elle encore un emploi ? Est-elle en train de le perdre ? Peut-elle bénéficier d'un soutien familial ?, Quelle est sa situation conjugale ? Quelles sont ses pertes financières ?) Selon cette évaluation, la décision finale est prise et si elle ne nécessite vraiment pas de services internes, on lui suggérera différents services externes. Parce que sinon, elle va prendre la place d'une autre personne qui en aura vraiment besoin (08).

Finalement, un quatrième enjeu est soulevé lorsqu'on parle de la nécessité ou non d'avoir une démarche téléphonique qui est le fait du joueur lui-même et non d'une tierce partie. Certains en font un signe nécessaire de la motivation au changement. Ces quatre enjeux ne trouvent pas de réponses définitives dans les pratiques qui nous sont exposées par les directions. Ils trouvent des réponses contextualisées et temporaires qui dépendent des situations et des choix de chaque organisme.

Au-delà des pratiques qui se développent et parfois se cherchent, il reste deux points majeurs qui font l'unanimité dans les entrevues quant à la conduite à adopter lors du premier contact téléphonique. Ils reviennent souvent dans les extraits d'entrevues que nous venons de présenter. Le premier point est le fait d'avoir une organisation pour répondre rapidement aux appels et de passer rapidement à l'action. Le second reconnaît l'importance d'une action spécifique et rapide pour les cas urgents de détresse ou de crise suicidaire. Dans ce sens, les organismes savent comment réagir et référer ces cas à des ressources adéquates. Nous ne nous étendrons pas plus longtemps sur ce sujet, nous en avons discuté dans la section précédente. Nous allons plutôt poursuivre dans la trajectoire du client en examinant comment se présentent la rencontre d'accueil et le groupe de transition.

4.2.2. Rencontre d'accueil, admission et groupe de transition

Dans les cas où un organisme décide de faire un groupe de transition, la rencontre d'accueil sert d'amorce. À l'inverse, ceux qui n'ont pas de groupe de transition utilisent souvent la rencontre d'accueil pour les mêmes fonctions que celles prévues pour le groupe de transition. Ce qui est dit des deux est donc pertinent pour l'un et l'autre. Quant à l'admission, elle concerne les organismes de traitement résidentiel et recouvre nécessairement le phénomène de l'accueil et certaines des composantes du groupe de transition. Il est donc pertinent d'analyser les entrevues de ces trois modalités de trajectoire dans une même section.

La rencontre d'accueil pourrait aussi être qualifiée de rencontre initiale, premier lien direct avec un ou des intervenants du programme de traitement. Il y a trois grandes catégories de rencontres d'accueil : (1 la rencontre individuelle, (2 la rencontre de groupe unique, (3 la rencontre de groupe intégrée à la transition.

En traitement externe, la rencontre d'accueil individuelle est le fait d'organismes qui font du traitement individuel. Il ne s'agit pas de la rencontre d'évaluation qui est définie comme point de départ du traitement dans la formation du CQEPTJ. Il s'agit d'une rencontre supplémentaire et préalable jugée essentielle avant la rencontre d'évaluation pour que le client puisse exprimer sa demande d'aide

Lorsqu'on a commencé à offrir des services, on s'est rapidement aperçus qu'il fallait mettre une emphase plus particulière sur l'accueil des clients. Les gens qui viennent ne sont pas nécessairement prêts à participer immédiatement à l'évaluation initiale. C'est trop rapide car ils sont premièrement en grande détresse. Deuxièmement, ils ont besoin d'en parler, d'en discuter et ce, de personne à personne et non par le biais de questionnaires. Comme les intervenants croient que l'accueil est une tâche complexe pour laquelle il n'existe pas réellement d'instrument, ils ont décidé que ce serait toujours la même personne qui travaillerait à l'accueil.

Les rencontres d'accueil visent à examiner deux choses : (1) La relation entre la personne et le jeu: Est-ce que la personne a un problème de jeu important ? Est-ce que cette situation nécessite une prise en charge ? (2) Les différents programmes de traitement de la région, qui sont présentés afin d'évaluer lequel est le plus adéquat. Cette rencontre d'accueil peut durer entre une heure et une heure trente. Certaines personnes sont en état de détresse. Il faut donc prendre le temps nécessaire pour les aider.

Lorsque la personne est orientée à l'externe, ... une petite ébauche des objectifs est alors réalisée. Puis la personne responsable de l'accueil met le client en lien avec un intervenant... qui enclenche alors le processus d'évaluation et d'intervention (02).

Dans cet extrait d'entrevue, la rencontre d'accueil a été systématisée. Mais cette forme de relation d'aide, d'espace pour « faire baisser l'anxiété » lors de la première rencontre est chose commune dans les situations de traitement individuel. Son occurrence dépend alors à la fois de la situation du client et de l'approche de l'intervenant.

Avec le premier rendez-vous, on devrait commencer le programme Ladouceur et faire les questionnaires d'évaluation. Mais ce n'est qu'en théorie. Dans les faits, c'est rarement ça parce que la personne se présente souvent avec un besoin de parler, de se raconter. Donc, pour l'entrevue diagnostique, chacun a sa façon de procéder. Parfois elle se fait en parallèle avec l'écoute du joueur, certains questionnaires peuvent être remplis. Ça dépend comment est-ce que le client se présente. Il y en a qui ont une approche plus rationnelle, d'autres sont plus émotifs et d'autres qui sont complètement à terre. À ce moment-là, on peut pas rentrer dans les questions trop précises. Mais disons que la première rencontre, souvent sert à recevoir le client dans ce qu'il est (18).

La même question se pose dans les rencontres individuelles d'accueil pour les organismes de traitement résidentiel, mais on se situe alors dans un tout autre univers. Le client entre en résidence et s'isole pour une période déterminée. L'accueil est alors fait, on pourrait dire, de rencontres individuelles multiples, y compris parfois l'examen médical, qui permettent en même temps de se familiariser avec les lieux, de s'y intégrer.

Notre accueil est chaleureux, bien ça a toujours été une de nos caractéristiques. Les gens arrivent et ils sont accueillis avec beaucoup de respect, les chambres sont propres, ils ne sont pas traités comme des voyous, ils sont logés confortablement, ils se sentent respectés, ils se sentent accueillis. Déjà en rentrant, il y a déjà un climat de confiance qui est installé. C'est sûr qu'on peut pas laisser non plus toute la charge émotive de côté, puis Ladouceur touche pas ça. Mettre ça de côté, si on se restreint à l'approche Ladouceur, on va manquer le bateau parce que les gens ont quand même besoin de déposer toute la souffrance relative à toutes les fraudes qu'ils ont faites, aux dégâts qu'ils ont faits au niveau familial. Ils ont besoin d'en parler, ils ne peuvent pas passer à côté (07).

Le client étant en résidence permanente, l'accueil se fait de manière continue, y compris dans le fait d'être intégré rapidement, la plupart du temps le lendemain, aux ateliers de traitement.

La journée de son arrivée, le nouveau résident n'intègre pas immédiatement les ateliers. Les procédures concernant son admission sont complétées, puis il rencontre l'infirmière. On lui laisse le temps de s'installer, on lui fait visiter les lieux et on lui présente les autres résidents (08)

Les clients peuvent être admis à n'importe quel moment dans la séquence de la thérapie. Un client entre à un moment précis et il quitte lorsqu'il a complété le nombre de jours prévus au traitement, à la même heure. Un aspect positif de procéder à l'admission de cette façon se trouve dans l'entraide que les clients se manifestent entre eux. Le fait d'avoir des clients qui sont là depuis un moment aide l'adaptation des nouveaux clients. Les « anciens » peuvent partager leur expérience de traitement avec les « nouveaux ». L'intégration dans les ateliers des nouveaux arrivants se fait le lendemain de leur admission. Si la personne est dans un état « réceptif », elle est intégrée le plus tôt possible. Pour une personne qui est admise dans l'avant-midi, elle peut intégrer les ateliers dans l'après-midi de la même journée (11).

Certains organismes de traitement individuel en externe ont toutefois opté pour une séance d'accueil en groupe qui sert d'abord à éviter que le travail d'information sur le programme soit répétitif.

Pour l'information sur le programme, on a des rencontres de groupe. Plutôt que de recevoir les gens un à un et de leur expliquer c'est quoi le programme, l'objectif du groupe c'est de voir à réunir quatre, cinq, six, dix personnes, et leur expliquer c'est quoi les éléments principaux du programme, dans quoi ils vont s'embarquer. C'est une heure ou deux d'information qui pourraient servir éventuellement comme dans d'autres centres à faire passer les questionnaires à ceux qui sont intéressés. Ça pourrait faciliter le fait que l'intervenant, lorsqu'il suit l'individu, il a déjà un certain nombre de questionnaires qui ont été passés en groupe. Mais là, pour le moment, c'est surtout centré sur l'information par rapport au programme (18).

Comme on le voit, on peut donner à cette séance une fonctionnalité supplémentaire qui touche la cueillette d'informations d'évaluation. Mais d'autres y voient aussi, à l'instar de la rencontre individuelle, un moyen de rassurer, de faire baisser la pression.

On fait une information pour leur dire vers quoi on s'en va avec notre approche, c'est quoi cette approche, ça va être quoi un petit peu la démarche là, en gros. Puis en quelque part, l'idée en arrière de ça, c'est d'apaiser les gens, de les sécuriser puis de les ouvrir au désir de participer, puis de calmer beaucoup les peurs. Le monde arrive, ils ont peur d'être confrontés, ils ont peur d'avoir à parler devant tout le monde de leurs choses, c'est mille et une peurs. C'est la seule rencontre de groupe dans la démarche. Ils n'ont pas à s'exprimer s'ils n'ont pas envie de le faire, mais même c'est communicatif. Tout le monde finit par s'exprimer, même si ça va pas aller aussi profondément pour tous. Mais si quelqu'un ne veut pas, il n'est pas obligé de parler (23).

Selon les organismes, la fin de la rencontre peut conduire à la décision de s'impliquer ou non dans le programme. Dans d'autres cas, on demande au client de confirmer son intention par téléphone. Ces stratégies différentes varient selon qu'un organisme a une trop forte demande ou pas.

À la fin du groupe d'accueil, les participants ont une décision à prendre. S'ils sont d'accord avec ce qu'on leur propose, à ce moment-là on remplit la feuille d'inscription. On leur remet tout de suite le manuel d'évaluation initiale avec tous les questionnaires sauf quatre exercices qu'on fait en individuel avec eux: entrevue diagnostique, questions liées au jeu, perception d'efficacité personnelle, avantages et désavantages (23).

À la fin de la séance d'information, on demande aux personnes intéressées de nous rappeler pour prendre un rendez-vous avec un intervenant... Habituellement, les gens intéressés rappellent rapidement. Si le groupe est le matin, des fois ils vont rappeler en après-midi ou, si le groupe est le soir, ils vont rappeler le lendemain matin. Par contre, il y a des personnes qui ont retardé jusqu'à trois semaines. Et à un moment donné, ça ne va plus bien. Là ils rappellent, on sort leur demande et on leur dit qu'on va les rappeler pour un rendez-vous individuel (18).

Les organismes qui ont cette modalité d'accueil demeurent souples toutefois sur ce plan. Elles peuvent au besoin recevoir en rencontre individuelle toute personne qui en manifeste le besoin et qui trouverait la rencontre de groupe trop éloignée dans le temps.

... si la personne appelle le jeudi puis qu'il y a un groupe qui a eu lieu de la veille, on ne la fera pas attendre sept jours pour aller au groupe d'accueil. On va la recevoir probablement le jeudi ou le vendredi. Mais s'il y a un appel le lundi ou le vendredi, on le réfère au groupe d'accueil du mercredi. (23)

On a deux groupes d'accueil par semaine pour le moment. Et si ça ne convient pas à ce moment-là on leur offre d'avoir un rendez-vous d'accueil individuel. La secrétaire demande à un intervenant s'il ne pourrait pas avoir une place pour faire l'accueil de la personne en question (18).

Le groupe d'accueil individuel semble marquer une situation de début d'implantation. Ceux qui l'utilisent voient nécessairement dans ce groupe, si la demande devient trop forte, la possibilité de créer un groupe de transition pour s'occuper des clients en attente, et éventuellement un groupe de soutien et de suivi post-traitement. Ce qui est une hypothèse de travail pour ces établissements est une réalité pour les organismes de traitement de groupe. Dans ces cas, la rencontre d'accueil fait partie de ce que nous avons regroupé sous l'appellation de « groupe de transition » (« groupe d'accueil », « groupe d'engagement », « groupe d'orientation », « groupe de motivation », « groupe-support » etc.). Nous l'avons vu plus haut un tel groupe sert de file d'attente, de groupe de rétention qui permet de constituer des groupes de traitement plus stables, où il y a moins d'abandons.

À chaque semaine, il va y avoir un groupe d'accueil qu'il y ait un, deux, trois ou quatre clients, peu importe. À ce rendez-vous d'accueil, il y a combinaison de deux services. Dans un premier temps, on donne le rendez-vous d'accueil à six heures trente, le groupe d'accueil même format (5.2). À sept heures trente, on va commencer le groupe support jeu. On a intégré un groupe support dans nos services pour servir plus rapidement les clients puis aussi, s'il y a attrition, qu'elle se fasse durant ce temps-là. On ne fera plus des évaluations très exhaustives et que finalement les clients quittent (09).

Si la clientèle devenait trop nombreuse, on a l'intention de créer un groupe d'accueil. Un tel groupe peut servir de présélection parce qu'on a vu que les organismes qui faisaient le groupe d'accueil avaient un taux d'abandons beaucoup moins élevé que les organismes qui n'en avaient pas. Les thérapeutes peuvent voir si les participants sont vraiment motivés à s'intégrer, parce que le groupe d'accueil peut durer trois, quatre, cinq semaines. « Est-ce que je suis vraiment prêt à me déplacer à chaque semaine pour aller régler mon problème. » Si les personnes ne sont pas prêtes, elles vont abandonner au groupe d'accueil. Alors que dans les cas où il n'y a pas de groupe d'accueil, les joueurs sont confrontés au fait qu'ils commencent le processus, se rendent compte tout d'un coup qu'ils ne sont pas prêts, et ils arrêtent pendant le processus. Fait que ça sert de présélection en même temps. Puis ça tient les personnes motivées en attendant qu'il y ait de la place (04).

Le groupe de transition peut être plus facilement un groupe ouvert. On peut y intégrer un nouveau client dans une démarche qui n'a pas à être aussi systématique que celle du traitement proprement dit.

Le groupe d'accueil actuellement peut aller jusqu'à cinq rencontres (certains joueurs n'en font qu'une ou deux). On remet aux participants dès le départ une lettre qui explique le but du groupe et le contenu des rencontres. Le groupe comprend un maximum de dix personnes. Si une personne ne vient pas, on la relance. Si elle ne vient plus, on la remplace. Dans ce sens le groupe est ouvert. Il est relativement facile toutefois d'intégrer les nouveaux dans les thèmes de discussion du groupe sans recommencer à neuf en utilisant les événements rapportés par les membres pour créer la dynamique. Le conseiller prend un minimum de place dans ces discussions. Les membres se parlent entre eux et non au conseiller. C'est ça qui aide par la suite en thérapie et le groupe d'accueil sert à arriver à ce point-là. Plusieurs joueurs présentent leurs stratégies de contrôle du jeu dans ce groupe. Certains ont carrément arrêté (13).

Mais avec le temps, le groupe de transition en est venu à être utilisé pour des raisons tout aussi importantes. Une d'entre elles est l'apprentissage du fonctionnement en groupe et des règles qui l'accompagnent. L'abstinence de consommation d'alcool ou de drogues avant les rencontres et le respect de la confidentialité sont deux de ces règles. D'ailleurs, un obstacle à la création de tels groupes est justement la peur de voir cette confidentialité brisée.

Certains intervenants ont émis l'idée de former un groupe de soutien pour les personnes en attente. Ceci soulève toutefois plusieurs questionnements parce que ce n'est pas tout le monde qui est prêt à participer à des rencontres de groupes... Certains craignent de rencontrer des gens qu'ils connaissent dans ces groupes (02).

La raison la plus recherchée toutefois pour créer un groupe de transition, et qui est liée en partie à la volonté de contrôle des abandons, est le fait de vérifier la motivation des participants et de travailler à l'augmenter au besoin. Il semble se dégager un consensus autour de cette fonctionnalité du groupe de transition. À cet effet, les organismes puisent dans leur expérience auprès des alcooliques et des toxicomanes.

La motivation est effectivement un thème qui revient. Le même phénomène existe en toxicomanie, il ne s'agit pas d'une nouvelle question. Dans le cadre de leur évaluation pour les clients en toxicomanie, ils ont élaboré une échelle de motivation. Il n'y en a pas dans le programme Ladouceur. Il est par contre possible qu'ils en viennent à en utiliser une. Une telle échelle permet aux intervenants de « situer » le client: est-il à l'étape de la contemplation ? Est-il dans l'action ?, etc. (22).

Le groupe d'accueil est beaucoup plus qu'un lieu d'attente du traitement. Il s'agit d'une période où on travaille les motivations. On y exprime aussi les attentes au regard de la participation des joueurs. Ils appellent souvent en situation de crise, mais lorsque la crise est désamorcée, il leur est parfois difficile de maintenir la motivation. Donc le groupe d'accueil sert à vérifier cette motivation à participer par la suite à toutes les rencontres. Un des cadres de référence est le modèle des étapes de changement de Prochaska et DiClemente. La personne qui vient peut se situer à différentes étapes: pré-contemplation (ne voit pas le problème, vient habituellement sous la pression d'un tiers), contemplation (admet la possibilité d'un problème mais est ambivalent), détermination (reconnait le problème et demande des outils), action (engagement à travailler pour arrêter de jouer), maintien (il peut y avoir des rechutes). Le travail sur les motivations vise à faire passer le joueur au minimum à l'étape de détermination avant de passer à l'action dans le processus de traitement. Certains joueurs qui ont été forcés de venir peuvent abandonner lorsqu'ils voient les efforts que suppose l'action (13) .

On travaille avec Prochaska sur comment amener un client à augmenter sa motivation. On travaille beaucoup avec la balance avantages-désavantages. Prochaska ça fait partie aussi de Ladouceur. C'est une approche de la théorie de la motivation au changement. Contrairement à ce qu'on faisait avant, quand quelqu'un était plus ou moins motivé à faire des changements: « ..., tu reviendras quand tu seras motivé ». Voilà neuf ou dix ans, on travaillait comme ça. On s'est rendu compte que les gens, quand ils reconnaissaient qu'ils avaient des problèmes dans leur vie, ils n'étaient peut-être pas nécessairement prêts à se dire: « Il faut que je change, puis pour ça je veux faire ça, ça, ça ». Donc, l'idée c'est de prendre un client où il en est face à sa motivation, même si elle n'est pas très élevée, et de l'emmener à un stade de motivation plus loin, jusqu'à temps qu'il soit prêt concrètement à passer au changement. Dans le fond, on a des outils, mais on le fait aussi avec notre flair clinique.

Ça se travaille en groupe, on travaille en groupe aussi en toxico. Il s'agit d'évaluer où ce client en est face à sa motivation, de lui faire prendre conscience de l'ampleur de ses problèmes, et de le rendre prêt à changer. Donc les outils qu'on utilise dans le groupe support, ça va être les avantages-désavantages qu'on retrouve dans Ladouceur. On peut aussi utiliser du programme Ladouceur la place du jeu dans ma vie. Ça va être utilisé dans le cadre de ce groupe-là. C'est comme si dans le fond, on a retiré quelques thèmes du programme de traitement Ladouceur pour les mettre dans le groupe support. Ce qui était le début du traitement Ladouceur, on le met au niveau du groupe support. On va utiliser d'autres outils comme une démarche pour analyser ce qu'implique la décision de faire une thérapie pour cesser de jouer (09).

Si l'importance de la motivation constatée et travaillée prend tout son sens dans le traitement en externe parce qu'il semble garantir un plus faible taux d'abandon, il prend une signification supplémentaire dans le traitement résidentiel où la vie intense en groupe peut être démobilisante s'il y a présence d'individus démotivés.

Dans un milieu interne communautaire, s'il y a une personne qui n'est pas motivée, cela aura un impact sur tout le groupe. Les gens vont se refermer et la thérapie ne pourra pas se dérouler normalement. Il est donc capital de s'assurer que chacune des personnes est bien motivée (11).

Avoir un joueur motivé est bien. Toutefois la motivation ne garantit pas la disponibilité du joueur aux exigences du traitement. Qu'ils aient ou non une séance d'accueil, un groupe de transition, la très grande majorité des organismes reconnaissent la nécessité de régler certains problèmes du joueur qui le rendent peu réceptif au travail rationnel visant le contrôle de ses habitudes de jeu. Les problèmes d'ordre familial ou conjugal sont plus traités dans une relation d'aide avec un intervenant, qui implique parfois la participation du conjoint. Le joueur est parfois référé à un autre programme de l'organisation ou à un psychologue privé.

Les problèmes financiers sont de plus en plus traités dans le cadre du programme de traitement du jeu. Certains organismes font un premier travail de débroussaillage avec le joueur, mais la tendance est d'aller chercher de l'aide spécialisée. Plusieurs ont ou sont en train de faire des ententes avec les Associations coopératives d'économie familiale (Acef) de leur région pour accompagner les joueurs dans la recherche de solutions à ces problèmes. Les rencontres avec les ressources des Acef se font parfois sur place.

Il y a des gens qui, quand ils sont accablés par les problèmes financiers, pour eux autres, dans leur esprit, ils vont aller jouer et ils vont se refaire. Parce que les dettes, les comptes à recevoir puis tout ça, c'est souvent un incitatif pour eux d'aller jouer. Alors t'as beau essayer de leur dire, puis de travailler les pensées erronées, si tu ne t'assoies pas avec la personne et que tu ne l'aides pas à faire un bilan, puis un budget, à lui dire: « Regarde ça, tu peux passer ça, t'es pas obligé de payer ça tout de suite, ça, tu peux prendre une entente avec eux autres ». Alors si c'est nécessaire, on va le faire (10).

Pour le soutien pour problèmes financiers, les réalités sont différentes selon les MRC. Ici, on a un organisme (ACEF) qui a un programme pour aider les gens à faire un budget. Le coordonnateur régional nous a dit qu'on pouvait faire des ententes avec ces organismes (16).

On a des ateliers budgétaires ou qui portent sur le crédit, l'endettement, le recours des créanciers, le droit des personnes, etc. On est en expérimentation avec ces groupes-là. Au début, en tout cas on a encore de la difficulté de faire participer les clients à ces ateliers-là. Pourtant, ...c'est très bon, c'est très pertinent, ce qui est offert. Donc c'est un sous-contrat qu'on a avec l'Acef pour les ateliers budgétaires (12).

À Montréal, la Maison Jean Lapointe a développé, sur une base expérimentale, un programme de gestion des problèmes financiers spécifique aux joueurs qu'il intègre à son programme de traitement⁷ dans la période du groupe d'accueil. Au moment des entrevues, ce programme est en phase d'être offert aux organismes du site-pilote Montréal-Laval-Montérégie.

Un autre problème nécessite un soutien de la part des intervenants avant même de passer au traitement, non pas qu'il affecte les capacités de suivre le traitement cognitif mais plutôt qu'il augmente le risque de rechute. Il s'agit du problème d'occupation du temps. Avec les moyens du bord, les organismes font des efforts pour motiver la recherche d'activités de remplacement au jeu. Randonnées pédestres, observations des oiseaux et cinéma sont au nombre des activités proposées. Mais il est difficile de remplacer une activité qui a pris toute la place et a procuré autant d'excitation. Comme dit un intervenant : « Le parachutisme n'est pas à la portée de toutes les bourses, encore moins celle d'un joueur. » Le groupe de

⁷ Le programme est en partie une traduction d'un document de l'Alberta Alcohol and Drug Abuse. Il a été publié en 2002 en collaboration avec le Centre Dollard Cormier.

transition est un lieu intéressant pour favoriser une recherche en commun de ces activités de substitution, prendre conscience des facteurs qui conduisent au jeu.

Ça a été intéressant à propos du manque d'occupation. Il y en a 2-3 qui ont échangé leurs numéros de téléphone et puis ils se sont trouvés une occupation qui pouvait les intéresser tous les trois: faire voler des cerfs-volants. ... on essaie de faire renaître ce qui a déjà été avant d'amener du nouveau en terme d'occupation. « Qu'est-ce que tu as déjà fait dans la vie qui t'intéresse ? » Puis là la personne dit : « Bien, j'ai fait beaucoup de cerf-volant ... » Puis là les gars ont posé des questions : « Quel genre de cerf-volant ? » Alors là ça amené trois gars à décider d'aller faire voler des cerfs- volants (20)

Dans le groupe d'accueil, on aborde aussi l'identification des déclencheurs de jeu. Cela correspond à une étape du traitement cognitif mais à ce niveau, on l'aborde de manière informelle. On emmène les joueurs à penser que le goût de jouer ne tombe pas du ciel et qu'il doit bien y avoir des occasions qui déclenchent le phénomène (13).

Le groupe de transition ouvre donc la porte au traitement avant le traitement en intégrant des éléments du programme proposé qui portent sur la motivation, la résolution de problèmes et la prévention de la rechute. Le mot « accueil » prend un sens beaucoup plus étendu. On peut faire du chemin avec une analogie qui nous a été mentionnée par un intervenant. Il disait que l'accueil était un peu comme allumer une lanterne le soir en camping. Sans cet éclairage, il est difficile de profiter du site. Sans un accueil réussi, il est difficile de profiter du traitement. Si on poursuit l'analogie, on peut rassembler en une métaphore ce qui a été exprimé plus haut.

- Première opération : bien installer la lanterne au kérosène sur une base solide pour pouvoir l'allumer. L'accueil est cette base qui doit servir à préciser ce qui est offert comme programme(s) pour que le joueur sache bien ce vers quoi il s'oriente.
- Deuxième opération : s'assurer de retirer la pression du réservoir. L'accueil doit être un lieu où le joueur peut exprimer, ventiler, ses émotions et ses problèmes.
- Troisième opération : vérifier le carburant et en ajouter au besoin. Avant de passer au traitement, il faut s'assurer que la motivation du client est suffisante et profiter de cette période de transition pour travailler à l'augmenter.
- Quatrième opération : mélanger l'air au carburant avec la « petite pompe », remettre de la pression. La motivation doit être confrontée, elle doit être mise à l'épreuve de certaines exigences qui sont l'apprentissage du travail de groupe, les formulaires à remplir, le respect d'un horaire et des règlements de l'organisme.

- Cinquième opération : Rendre la combustion possible en ouvrant la valve et en produisant une étincelle. Les joueurs ont besoin d'un coup de main pour être disponibles à la « combustion thérapeutique », d'où la nécessité de les aider à s'attaquer aux problèmes les plus pressants (finances, occupation du temps libre).
- Résultat : Un éclairage qui permet de faire ce qu'on veut faire. Le joueur peut passer au traitement avec de meilleures chances de réussite. C'est du moins la conclusion à laquelle nous conduisent les commentaires des directions sur leurs premières expériences d'accueil. Il y a même plus dans la mesure où l'intégration à l'accueil d'un certain nombre de composantes cognitives et comportementales du traitement pourrait produire des effets thérapeutiques avant même de commencer le traitement. Comme dit une coordonnatrice clinique : « Un groupe qu'on ne voulait pas thérapeutique l'est devenu. » C'est un peu comme si, pour poursuivre notre analogie, il ne s'agissait plus de produire de la lumière pour faire des activités mais bien de faire de l'éclairage une activité d'intérêt en soi.

4.2.3. L'évaluation du client

Nous avons vu dans le chapitre précédent sur la délimitation de la clientèle que le processus d'évaluation peut se faire en deux temps dont le premier sert à orienter le client vers les services adéquats et le second à entrer dans la thérapie. On a vu aussi que ce processus en deux temps peut être plus ou moins formalisé et plus ou moins intégré à une démarche de référence à d'autres organismes. Nous venons de constater que la rencontre d'accueil, mais surtout le groupe de transition, sont des occasions de recueillir un ensemble de données qui permettent d'évaluer le client. En fait, selon les organismes, le processus d'évaluation peut impliquer de une à trois rencontres en face à face. La place des outils de collecte des données et de la collecte comme telle dans ces rencontres est plutôt variable. À un extrême, il y a la position adaptative qui ajuste les besoins d'information au type de client qui est rencontré. La collecte d'informations avec des outils standards comme ceux du CQEPTJ est parallèle ou ponctuelle et se situe dans une démarche de questionnement du bien fondé d'une utilisation trop stricte et lourde de ces instruments.

Les questionnaires, c'est un outil. Il y a une contrainte, il y a une obligation de les remplir, mais souvent on les fait remplir à la maison parce que dans les rencontres, on n'a pas le temps. Au rythme d'une rencontre d'une par semaine là, ce n'est pas ça la priorité. Ça peut prendre énormément de temps puis des fois le client on va le perdre si c'est ça qu'on travaille. Alors c'est un outil en parallèle qui peut être utile, mais...

Avec le premier rendez-vous, on devrait commencer le programme Ladouceur et faire les questionnaires d'évaluation. Mais ce n'est qu'en théorie. Dans les faits, c'est rarement ça parce que la personne se présente souvent avec un besoin de parler, de se raconter. Donc, pour l'entrevue diagnostique, chacun a sa façon de procéder. Parfois elle se fait en parallèle avec l'écoute du joueur,

certains questionnaires peuvent être remplis. Ça dépend comment est-ce que le client se présente. Il y en a qui ont une approche plus rationnelle, d'autres sont plus émotifs et d'autres qui sont complètement à terre. À ce moment-là, on ne peut pas rentrer dans les questions trop précises. Mais disons que la première rencontre, souvent sert à recevoir le client dans ce qu'il est. Ça va être plus après la première, la deuxième qu'on va passer les questionnaires. Des fois, à la suite de la première rencontre, quand on sent que la personne est prête à s'engager, on va lui remettre une partie des questionnaires pour qu'elle les complète chez elle. Mais il y a des intervenants qui ne veulent pas aborder ça avant trois ou quatre rencontres. Ou il y en a qui nous arrivent avec des besoins tellement pressants, des besoins primaires (certains ne savent pas où ils vont coucher le soir) qu'il faut d'abord essayer d'y trouver des réponses. Ils font des téléphones pour essayer de l'aider. En d'autres mots, avant de parler de traiter le jeu, on va traiter d'autres besoins primaires. (18)

Les intervenants rencontrent des difficultés lorsque le client a une double problématique ou est aux prises avec divers problèmes qui doivent recevoir de l'attention plus rapidement que le problème de jeu (ex. crise familiale, problèmes financiers ou physiques, etc.). L'évaluation ne peut alors être menée rapidement parce qu'il est nécessaire de s'occuper de ces difficultés en premier. Il est nécessaire d'avoir une certaine souplesse dans l'ordre chronologique du programme (22).

On n'a pas encore touché les dimensions comportementales. Mais c'est sûr que, en individuel, même si on est en évaluation, si un client soulève un problème, on va regarder quand même avec lui les solutions qu'il peut prendre sans nécessairement utiliser Ladouceur. Comme dans le tour de table, il y a un client, en groupe traitement, qui soulève un problème, on peut regarder avec l'ensemble du groupe ce qui pourrait être aidant pour le client. Ça s'est plus fait en individuel jusqu'à maintenant ça. Ça va sûrement se produire au niveau des groupes éventuellement. Au niveau de l'évaluation, il y des intervenants qui ont rencontré le conjoint ou la conjointe parce qu'il se passait des problèmes au niveau du couple (3.3). On y va en fonction de ce qui nous semble pertinent d'intervenir sur le moment, pour favoriser que la personne soit dans un état de suivre le programme Ladouceur. Sinon, on ne lui offrira pas le programme Ladouceur, le groupe de traitement là, si on pense qu'elle n'est pas en mesure de suivre. (09)

À l'autre extrême, il y a la position structurée qui fait de cette collecte une étape essentielle pour documenter le travail d'évaluation. Dans ces cas, la collecte peut se faire dans une seule rencontre prévue à cet effet qui peut faire partie des groupes de transition, comme on l'a vu plus haut, ou de la première journée d'admission dans un centre résidentiel.

Et le lundi matin on commence avec les questionnaires d'évaluation. On leur dit: « Vous devez répondre à toutes les questions. S'il y a des questions que vous comprenez pas, vous nous le demandez ». Ça prend l'avant-midi. On commence à 9 heures, on finit vers 11 heures et 20.(07)

La troisième rencontre est orientée sur les tests auto-administrés (90 minutes). Cette partie est appréciée dans la mesure où les clients savent qu'elle va servir à une rencontre individuelle de bilan.(01)

Entre ces deux extrêmes, il y a ceux qui font remplir les outils du CQEPTJ de manière plus étendue et intégrée.

Une première rencontre individuelle sert à passer le questionnaire diagnostique, à poser les questions relatives au jeu, et à faire l'exercice sur les situations à risque. Une seconde rencontre individuelle permet de reproduire une séance de jeu (infaisable d'après nous en groupe) et à donner au joueur son profil (feuille de profil du kit Ladouceur) (01).

À la première rencontre avec l'intervenant on fait l'entrevue diagnostique, les questions liées au jeu, et on prépare la feuille d'autonotation. À la deuxième rencontre, on fait un retour avec la feuille d'autonotation, puis là on remplit avec le client la perception des avantages et désavantages, l'exercice de motivation. Puis nous autres on a rajouté aussi l'historique de jeu. À partir de la deuxième rencontre, on est capable, à l'autre rencontre, de remettre un profil au client, on a toutes les données qu'il nous faut (23).

La première rencontre individuelle est une rencontre d'évaluation qui examine le fonctionnement de la personne dans différents domaines de la vie. On fait une entrevue détaillée et on dispose aussi des autres tests remplis précédemment. On peut voir, par exemple, si une personne est vraiment déprimée et si oui, on va s'assurer qu'elle est suivie par un médecin. À une autre rencontre, on revient avec la fiche-synthèse des tests et on examine encore une fois la motivation avant d'entreprendre la thérapie. On utilise le tableau proposé dans la formation. On examine aussi les obstacles à leur participation et on propose au besoin des alternatives (y compris une référence dans un autre centre qui, par exemple, a des horaires qui conviennent mieux) (13).

Cette position intermédiaire n'est pas exempte elle-même de variations importantes, comme le montrent ces extraits d'entrevues. On aura remarqué aussi que nos interlocuteurs mentionnent l'utilisation d'outils complémentaires. Dans ces cas-ci, on parle d'un outil complémentaire pour préciser l'historique de jeu et d'un autre visant à examiner les implications liées à la décision d'entreprendre une thérapie. Mais dans certains cas, et ici on revient à la fonction d'orientation des clients, on parle de la nécessité d'élargir ou de préciser l'approche diagnostique.

Les cas purs de jeu sont très rares. Les clients qui fréquentent notre organisme le font généralement pour un problème d'alcoolisme ou de toxicomanie auquel se greffe un problème de jeu. Aussi, l'évaluation s'attarde également à ces problèmes. ..., dans plusieurs cas, il faut également administrer l'Indice de gravité de toxicomanie (IGT) qui dure à lui seul 2½ heures. Parfois il faut prendre plus de temps parce que plusieurs clients ne sont pas habitués à ce genre de questions, il faut donc les expliquer. (21)

L'évaluation se fait avec les instruments de la formation. On pense à en ajouter, mais pour le moment non. Nos thérapeutes peuvent faire un diagnostic différentiel. Ce n'est pas tout le monde qui est capable, qui connaît le domaine de la psychopathologie adéquatement pour pouvoir discerner l'existence possible d'un trouble Axe-1 (dépression majeure, trouble bipolaire, etc.). Ils peuvent procéder avec une évaluation pour au moins voir si ça vaut la peine de faire une référence pour une évaluation en profondeur (14).

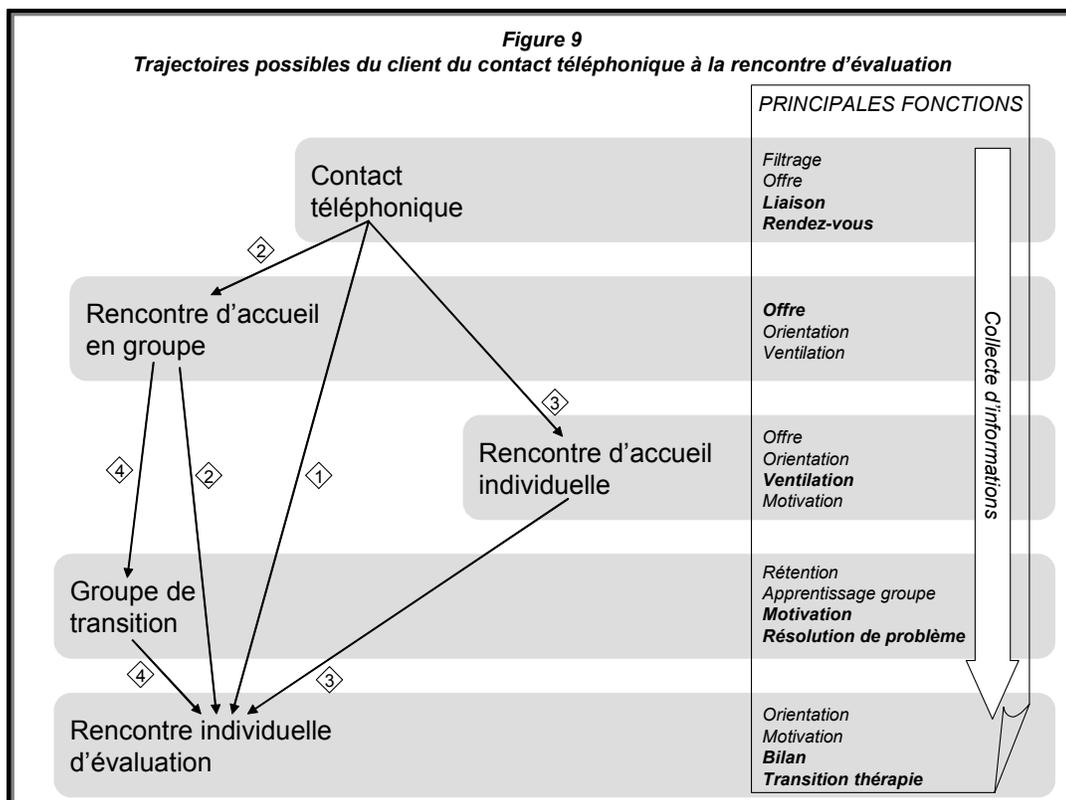
À l'inverse, certains soulignent la prudence à avoir avec la manipulation des outils diagnostiques et des réactions qu'ils peuvent produire.

... il n'y a pas une personne qui se présente à notre Centre qui n'est pas anxieuse et dépressive, c'est impossible. Donc, on les met un petit peu en garde face à ça aussi. On ne veut pas qu'ils partent avec l'idée, suite à l'inventaire de dépression: « Ah!, mon dieu, je suis en dépression ». Bien non, c'est normal pour un joueur. On va aller voir si c'est juste périodique. Si ça fait un an qu'elle est de même là, ce n'est plus pareil. Mais si ça fait un mois, deux mois, ou suite à la prise de conscience de sa façon de jouer, c'est normal (23).

Ces mises en garde font partie du travail de « feedback » qui culmine dans un bilan global des résultats d'évaluation. Bien que ce bilan soit mentionné à quelques reprises dans les entrevues et qu'on fait référence la plupart du temps au « Profil du client » prévu dans la formation du CQEPTJ, regroupant les scores des échelles d'habitudes de jeu, d'impulsivité, d'anxiété et de dépression, le lien qu'il est sensé produire avec l'amorce du traitement du problème de jeu est assez peu explicité dans les entrevues. Il semble que les entrevues n'ont pas permis d'aller assez loin dans ce sens. Des entrevues plus poussées avec les directions ou les intervenants permettraient sans doute d'y arriver. La question de base consisterait à savoir si et comment les intervenants intègrent et utilisent la somme considérable d'informations produites par l'évaluation sur les habitudes et les sources de jeu. Il faudrait comprendre comment cela leur donne un alignement pour conduire une thérapie en face à face ou animer un groupe de traitement.

4.2.4. Comparaison au programme proposé

Avant de comparer ce qui vient d’être décrit comme implantation aux composantes du programme qui a été proposé, il est important de faire une synthèse de ce qui vient d’être dit. La figure 9 illustre les trajectoires possibles des joueurs à partir du contact téléphonique jusqu’à la rencontre d’évaluation individuelle, tout en mentionnant les principales fonctions précisées dans le cadre des entrevues. La première trajectoire (1), la plus rare en fait, est celle où le joueur passe directement du rendez-vous téléphonique à une rencontre d’évaluation. Les organismes de traitement, pour être plus efficaces, ont plutôt développé toute une série de modalités d’accueil permettant de remplir des fonctions nécessaires à une meilleure transition vers le traitement. Dans certains cas, on ajoute une rencontre d’accueil en groupe (2) dont la fonction principale est de faire une offre de services à un plus grand nombre de clients potentiels à la fois et d’éviter ainsi de la répétition. Certains organismes insèrent une rencontre individuelle d’accueil (3) pour se laisser le temps d’être à l’écoute du client, lui permettre d’exprimer ses émotions et ses problèmes, avant de passer au caractère plus « intello » et « froid » des activités d’évaluation. D’autres enfin ajoutent à la rencontre d’accueil de groupe un groupe de transition (4) qui permet d’approfondir certaines fonctions nécessaires à une bonne transition vers le traitement. On y travaille entre autres beaucoup plus sur la motivation du client et la résolution de certains de ses problèmes. Finalement les rencontres d’évaluation individuelles peuvent profiter de ces rencontres précédentes, où on a pu recueillir déjà plusieurs informations, pour faire un bilan et préparer le passage au traitement.



Ces ajustements d'implantation se démarquent de plus d'une manière du programme proposé par le CQEPTJ (voir Tableau 2). Ce dernier est peu spécifique sur la question de l'accueil. Il insiste d'abord sur le fait que les appels doivent être retournés rapidement (en moins de 24 heures) et que le premier rendez-vous soit fixé à moins d'une semaine de là. L'implantation soulève le problème du maintien de la liaison avec le client lors du premier contact, de l'utilité de lui proposer sur-le-champ une rencontre pour éviter les difficultés possibles d'un second appel. Elle met aussi sur la table la question du rôle actuel ou futur des réceptionnistes et des secrétaires dans le filtrage des appels et des clients.

Pour ce qui est de l'accueil, le programme du CQEPTJ en parle comme une mesure pour faire face à des délais d'entrée dans le traitement qui seraient trop longs. Il est proposé comme lieu sans rendez-vous qui permet de répondre aux questions des joueurs et de leur offrir une brève intervention, bien que cette dimension ne soit pas précisée dans le programme. La rencontre d'accueil en groupe correspond assez bien à cette définition. La place qu'y tient le processus de questionnement des joueurs et de leur orientation vers d'autres ressources au besoin y est toutefois beaucoup plus grande. L'idée d'une brève intervention suggérait peut-être le recours à d'autres rencontres et la création d'un groupe de transition. Mais là, le démarquage par rapport au programme proposé se fait plus grand. Pour certains le groupe de transition est littéralement un atelier de motivation qui garantit une meilleure adhésion au programme et un contrôle des abandons. Pour augmenter la réceptivité au programme, il permet aussi de commencer à travailler sur certaines des conséquences du jeu qui empoisonnent la vie du joueur. Il ouvre aussi la porte à un apprentissage du travail en groupe qui va servir tout au long du traitement, lorsqu'il est donné en groupe. Et tout cela se passe avant les rencontres individuelles d'évaluation. Il s'agit d'un nouvel ordonnancement du programme où la composante de motivation prend une place centrale. De plus, il découle de la création de ce milieu de groupe une forme de « communauté thérapeutique » qui n'est sans doute pas sans effet potentiel sur le traitement du problème de jeu comme tel.

Tableau 2
Processus de transition de la clientèle
Éléments-clés de la comparaison avec le programme proposé

Composantes implantées ou adaptées	Réponse aux appels et rendez-vous qui se prennent rapidement. Rencontre d'accueil en groupe qui accorde plus de place au processus d'orientation que prévu. Utilisation d'une majorité d'outils d'évaluation complétés parfois par des outils locaux.
Composantes ignorées ou rejetées	
Composantes nouvelles actualisées ou proposées	Rencontre individuelle d'accueil permettant la ventilation des émotions et des problèmes. Apprentissage du travail de groupe.
Ordonnancement semblable ou modifié	Rencontres d'accueil et groupe de transition qui placent le travail sur la motivation et la résolution de problèmes en priorité sur la rencontre individuelle d'évaluation (bilan). Groupe de transition qui prépare au travail de groupe.
Influence de la prise en compte de l'environnement	Une clientèle multi-problématiques plus importante que prévue, une demande forte, la présence d'un réseau de services disponibles et l'économie d'énergie face aux abandons éventuels, suggèrent la création de ces mécanismes de transition.
Représentations des résultats	Tension entre une vision du succès du traitement qui dépendrait de la capacité de bien préparer les clients et une autre qui, sans être totalement en désaccord, y voit un danger de favoriser une sélection des plus aptes.

Dans les extraits d'entrevues traitant de cette question de la transition qui appuient un travail accentué sur une meilleure préparation des clients à entrer dans un travail plus intensif de thérapie, on a pu sentir une hésitation, parfois chez les mêmes personnes, face au fait qu'un trop grand effort de ce côté puisse entraîner la négligence de candidats moins aptes à la préparation. Quel est l'équilibre à avoir entre l'augmentation de la productivité du programme et le risque d'avoir une sélection trop forte ? Y a-t-il une catégorie de joueurs qui se retrouve dans un vide de services ? La variété des approches de services et le magasinage de services répondent-ils à cette situation ? Autant de questions à débattre pour permettre de préciser les objectifs et les activités du programme.

4.3. Les processus d'actualisation et de consolidation

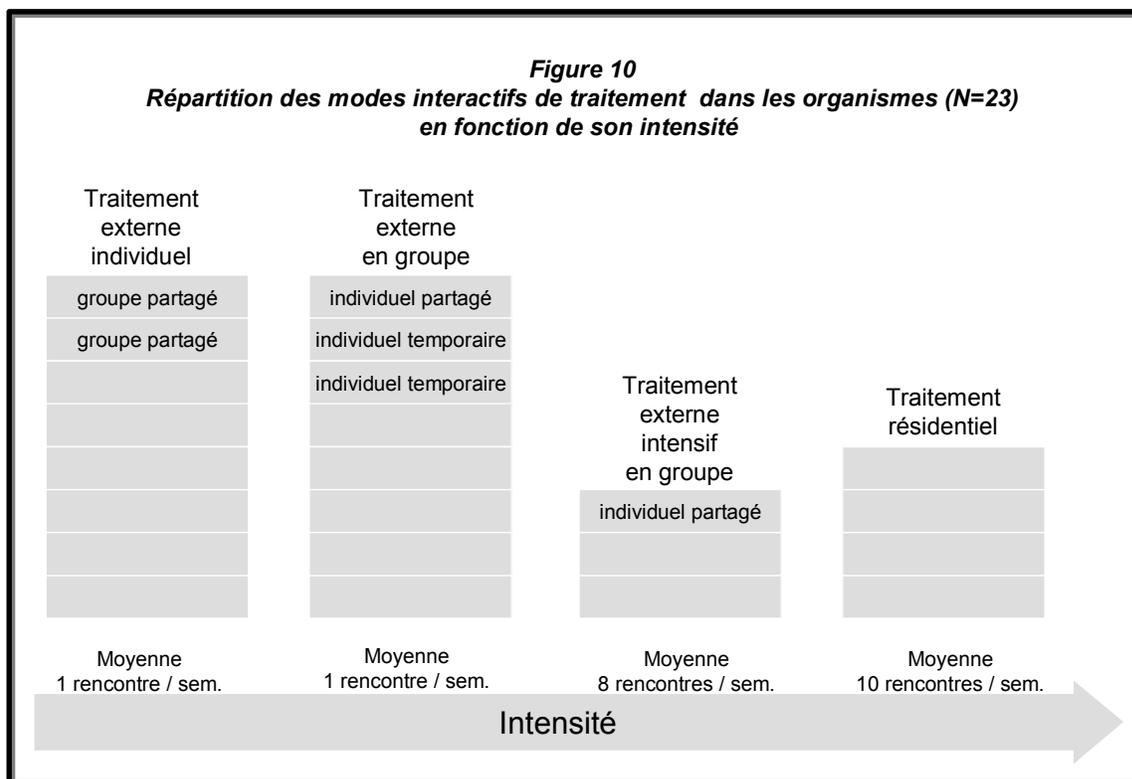
Ce dernier chapitre d'analyse des entrevues porte sur les deux processus que sont l'actualisation du traitement, c'est-à-dire le fait de mettre en œuvre les mécanismes qui sont supposés s'attaquer aux fondements du problème et permettre un contrôle des habitudes de jeu, et sa consolidation suite au congé de traitement. À cause de la nouveauté du programme, la question de la consolidation, entre autres du suivi des clients, n'avait pas encore fait l'objet d'observations nombreuses au moment des entrevues. Il n'y a donc pas suffisamment de matériel d'entrevues pour traiter ce processus en détail et en faire un

chapitre séparé. Ce qu'on en dit relève en partie d'une vision de l'avenir et complète bien ce qui est dit avant des activités et orientations de traitement.

4.3.1. L'actualisation du traitement : seul ou avec d'autres ?

Nous en avons parlé depuis le début, les organismes de traitement ont fait des choix d'orientation de traitement en fonction de leur passé et de leur expérience, mais aussi de leurs contraintes. Il en est résulté une diversité, entre autres, dans le mode interactif du traitement. Nous avons fait dans les pages précédentes une distinction entre les traitements résidentiels, les traitements de groupe et les traitements individuels. La première différence marquante est le fait que le traitement résidentiel, comme son nom l'indique, implique un travail thérapeutique en résidence, isolé de l'environnement habituel, stressant ou tentant, du joueur.

Mais la différence entre ces modes interactifs de traitement est aussi fondée sur l'intensité du traitement. Il y a de ce point de vue une forme de continuum entre les modes, comme l'illustre la figure 10 où chaque rectangle représente un organisme.



La modalité de traitement individuel en externe se fait sur la base d'une rencontre par semaine. Elle se déroule en moyenne sur une quinzaine de semaines. La majorité des traitements externes en groupe se réalisent aussi sur ces mêmes bases. Il y a quelques exceptions où le traitement se fait plus intensif. La moyenne est de huit rencontres mais la variation va de quatre à quinze rencontres. Finalement, les traitements résidentiels se produisent sur une période de trois à quatre semaines avec une moyenne de dix rencontres par semaine.

Il faut toutefois apporter plusieurs nuances à cette représentation des modes interactifs de traitement. À cause du moment des entrevues, certains organismes orientés vers le traitement de groupe n'avaient pas une clientèle suffisamment importante pour faire des groupes. Ils faisaient sur une base temporaire du traitement individuel. D'autres organismes de traitement individuel ou en groupe pouvaient avoir une fraction de leur clientèle qui recevait un mode différent de traitement. Ce pouvait être un organisme qui, au-delà du programme de base, veut offrir une approche de thérapie familiale à certains des clients qui le demandent (appelé « individuel partagé »). Ce pouvait être aussi un organisme avec plusieurs points de service qui offre nécessairement le traitement individuel dans ces points de services mais qui peut travailler en groupe à la maison-mère (appelé « groupe partagé »). À cela s'ajoute toutes les nuances qui font qu'un traitement en groupe intègre quelques rencontres individuelles (en moyenne trois) et qu'un traitement individuel peut à l'occasion intégrer des rencontres de couple ou de famille. Toutes ces modalités au moment des entrevues étaient en expérimentation et en voie de précision.

Il est intéressant de voir comment les directions argumentent sur leur choix. De manière générale, les arguments en faveur du résidentiel portent sur l'isolement qui est rendu possible aux joueurs qui sont agressés de toutes parts (exposition aux jeux, dettes, problèmes familiaux et de travail). Mais on parle aussi de souplesse dans l'admission des clients et de proximité des joueurs.

L'interne n'est pas toutefois la réponse pour tous les joueurs. Pour les joueurs et les toxicomanes qui suivent une thérapie à l'externe, l'entre-deux est très difficile à gérer pour eux dans l'abstinence. Si bien que, souvent, ils vont retourner à l'automédication qu'est le gambling pour eux. Quand ils sont à l'interne, l'automédication n'est plus à l'évidence dans le jeu et ils sont alors nécessairement confrontés à d'autres situations, à d'autres expériences qui vont les amener à se sentir mieux mais de façon différente. Ils sont en contexte d'apprentissage et d'expérimentation de façon intensive, donc les gens ne décrochent pas. À l'interne, le niveau de malaise est géré alors qu'à l'externe il ne l'est pas et dans certains cas, il n'est même pas identifié. En outre, tous les stimuli sont disponibles (une annonce publicitaire à la télévision, une offre de billet de loterie au dépanneur, la paie le jeudi, le 5 à 7 du vendredi, etc.). Toutes ces situations sont évitées pour le temps de la thérapie à l'interne (11).

Alors si la personne se rend compte qu'elle a un problème de jeu mais qu'elle a encore sa famille, puis socialement elle fonctionne encore bien, souvent elle va vouloir aller seulement pour son problème de jeu avec quelqu'un qui va faire une démarche avec elle. Tandis que si c'est rendu plus loin dans sa vie dans le sens où son problème de jeu a pris des proportions absolument..., elle a perdu le contrôle sur le reste de sa vie, bien souvent ça va être plus la raison pour laquelle elle va venir à l'interne pour couper avec le reste pendant trois semaines puis se refaire des bases (17).

Les clients peuvent être admis à n'importe quel moment dans la séquence de la thérapie. Un client entre à un moment précis et il quitte 21 jours plus tard à la même heure. Un aspect positif de procéder à l'admission de cette façon se trouve dans l'entraide que les clients se manifestent entre eux. Le fait d'avoir des clients qui sont à la Maison depuis un moment aide l'adaptation des nouveaux clients. Les « anciens » peuvent partager leur expérience de traitement avec les « nouveaux » (21)

Ceux qui proposent le traitement externe en groupe font référence à son potentiel de soutien et de partage. Ils admettent toutefois qu'il peut y avoir pour certains clients un problème de confidentialité. Le travail de groupe implique aussi des animateurs qui sont bien formés.

Le choix du traitement de groupe plutôt qu'individuel tient au progrès plus rapide qui est fait en groupe parce qu'il y a continuellement des exemples, des points de comparaison qui exercent une pression pour agir dans le sens souhaité. Le groupe offre aussi un soutien très fort dans les situations de rechutes (13).

La question du travail en groupe pour nous ne vient qu'après quelques rencontres individuelles. Pour des raisons de confidentialité dans un petit milieu comme le nôtre, il est difficile de lancer tout de suite un client dans un groupe. Après quelques rencontres, il est plus facile de proposer qu'il serait intéressant de se rencontrer en groupe pour parler des questions de jeu. Il est intéressant de constater qu'il est plus facile de combattre les pensées erronées en groupe. La chance rattachée par un individu à la « patte de lapin » ne résiste pas longtemps à l'assaut du groupe. Quand l'individu est seul, il peut être conscient de ses pensées erronées mais ça ne l'empêche pas d'aller quand même jouer. La machine, c'est sa maîtresse, son chum. Le groupe, c'est fort, ça aide mieux à résister (06).

La pertinence de travailler en groupe tient à l'avantage de créer dans une atmosphère où la synergie entre les personnes permet un partage d'identités et d'expériences beaucoup plus riches que dans une thérapie individuelle. Il y a parfois chez les clients des réticences à participer à des groupes. Certains sont gênés, pas habitués. Mais en leur parlant des avantages, on réussit à les convaincre et il n'y a pas d'objections viscérales (il faut s'assurer tout de même

que la personne ne soit pas dans une situation où la confidentialité risque d'être brisée parce qu'elle est très connue, risque de rencontrer d'autres clients dans son travail et a un traitement trop près de chez elle ; cette situation est exceptionnelle et ne s'est pas présentée jusqu'à aujourd'hui. Il y a aussi le cas des joueurs qui travaillent au casino et qui sont inquiets de la réaction agressive des autres joueurs du groupe face à l'État et Loto Québec (01).

Parce que c'est clair que la formule de groupe a ses exigences. Puis il y a toute la question du lien thérapeutique. Ce n'est pas parce qu'il y a un groupe qu'il ne peut pas s'établir un lien thérapeutique avec les personnes qui sont là. Mais c'est pas évident non plus. Animer un groupe au niveau du jeu compulsif, ce n'est pas facile en tant que tel, c'est probablement moins simple qu'animer un groupe avec des toxicomanes. Le jeu compulsif est plus intense comme problématique vécue individuellement par joueur. Donc il faut que les animateurs de groupe soient ferrés, y compris sur les jeux (04).

Les arguments en faveur du traitement individuel sont plus de l'ordre de l'adaptation aux demandes des clients et aux contraintes de la demande. Il faut dire, que dans le cas de nos entrevues, les arguments défensifs sont plus venus de ceux qui font du traitement de groupe parce que le programme expérimental demandait au départ une intervention individuelle. Il y avait donc plus besoin de justifier son choix. Les tenants du traitement individuel n'avaient pas à argumenter sur ce point. Ils l'ont fait plus sur les limitations du modèle cognitif-comportemental. Mais c'est un point que nous aborderons plus loin. Revenons aux arguments en faveur du traitement individuel.

Ce qui intéresse les joueurs chez nous, c'est la démarche individuelle. Souvent ils font une comparaison avec d'autres. Ils disent: « On vient ici parce que nous ça ne nous intéresse pas de faire du groupe, on n'est pas à l'aise dans le groupe. ». Tandis qu'ici on leur offre la possibilité de faire de l'individuel et que le groupe de soutien n'est pas obligatoire (18).

Le programme expérimental, je vois ça comme des expériences. On trouve ça correct qu'on ne fasse pas tout de la même manière. Si on faisait tout ça pareil, il n'y aurait pas d'expérience à aller chercher. Il y en a qui le font en groupe, que nous autres on le fasse en individuel, c'est ça qui est riche. On a réalisé que pour nous en groupe, pour le moment, ça serait difficile parce que, avec l'achalandage qu'on a, parce qu'on part avec des groupes de dix, il faudrait peut-être attendre un mois, un mois et demi (il faut un groupe de dix pour démarrer). Il y a un gros risque là-dedans. Pour le moment, on est capable de le faire en individuel. Dans la minute qu'une personne appelle, une semaine après elle est dans le processus. Elle est dans le processus à deux fois par semaine. Il se crée tout de suite des points d'ancrage, la personne se sent supportée, elle sent qu'on s'en va rapidement vers de quoi, ce n'est pas

nébuleux. Puis ça nous amène à voir qu'on n'a pas un si gros taux d'abandons que ça une fois que la thérapie est commencée (23).

Ce dernier commentaire remet sur la table la question de l'encadrement et de l'intensité du traitement pour ceux qui font de l'externe. Cela rejoint évidemment la pensée de ceux qui font du résidentiel ou du groupe intensif comme dans ce prochain extrait.

Notre position par rapport aux exigences du programme repose sur le fait qu'il faille montrer le sérieux de notre travail et la croyance dans l'utilité d'évaluation sérieuse et d'une participation intensive, y compris un troisième soir pour participer aux GA. Certains joueurs nous ont dit qu'ils se sentaient rassurés de voir qu'on proposait un encadrement serré comparativement à d'autres organismes. Avec plusieurs rencontres par semaine, ils peuvent « connecter » avec le programme (13).

Il y a là l'objet d'un débat qu'il faudrait alimenter et nuancer. Un partisan de l'approche individuelle pourrait questionner la notion d'intensité. Est-ce que l'intensité ne se mesure qu'en heures d'activités ? Ne doit-on pas parler aussi de l'intensité de la relation d'aide ? Les intervenants en situation de traitement individuel ne sont-ils pas contactés au téléphone plus souvent et facilement par leurs clients ? Pour approfondir cette question, il faudra aller interroger les intervenants eux-mêmes.

4.4. L'actualisation du traitement : noyau ou outil ?

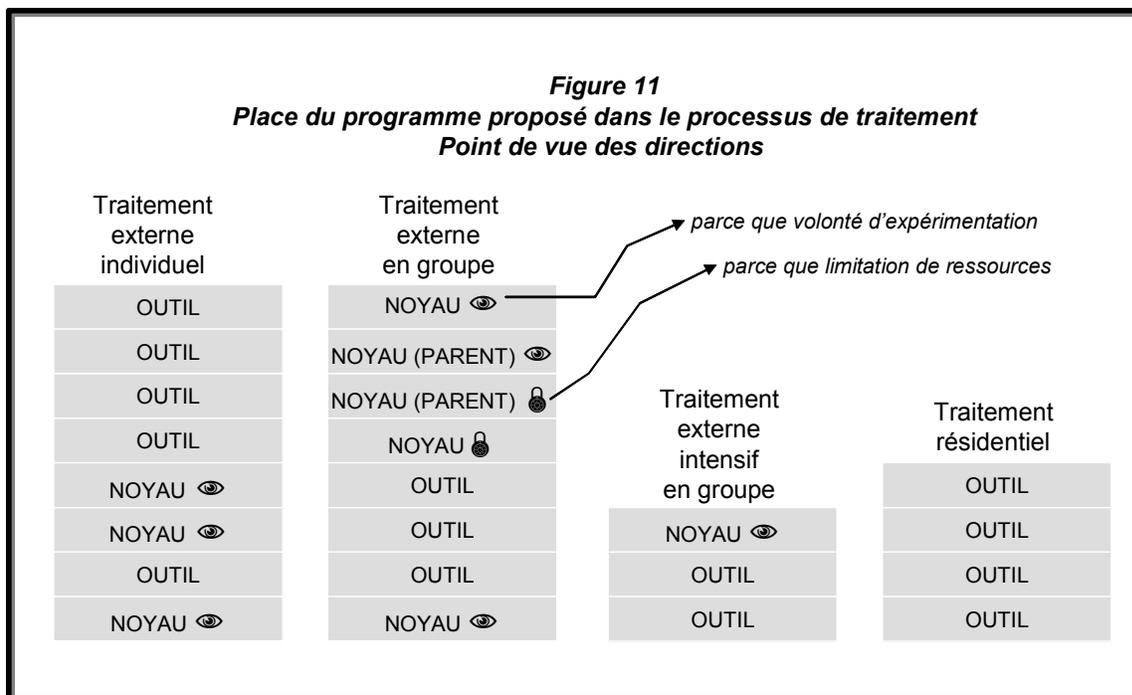
Choisir d'intervenir auprès de personnes aux prises avec un problème de jeu n'est pas qu'une question de modalités interactives de traitement mais aussi celle des fondements thérapeutiques qui vont guider l'intervention. Le MSSS avait proposé au départ d'utiliser l'approche cognitive-comportementale du CQEPTJ. Une formation a été donnée en ce sens à tous les intervenants des organismes subventionnés. L'idée de départ était de faire de cette approche le noyau du processus thérapeutique tout en permettant d'y ajouter une certaine « couleur locale ». Ce programme proposé ayant été conçu pour un traitement externe en individuel, les organismes qui l'ont reçu ont travaillé à son adaptation pour le rendre plus apte à répondre à leur expérience et à leur contexte. Les chapitres précédents ont montré abondamment comment se sont produits ces ajustements. On n'y est pas toutefois dans le cœur du programme, dans le processus thérapeutique comme tel qui en principe doit produire un impact sur les habitudes de jeu. Dans cette section-ci, nous présentons le point de vue des directions sur ce « cœur ». Une mise en garde s'impose toutefois. Le portrait qui se dégage de ce point de vue est incomplet parce que les orientations thérapeutiques d'un traitement, dans le cas d'un traitement individuel en particulier, dépendent largement des choix effectués par chaque thérapeute, en lien avec son expérience et la relation thérapeutique vécu avec son client. Ce que nous présentons méritera donc d'être complété par d'autres points de vue. Nous nous limitons aussi à rapporter ce qui nous en est dit. Il n'est pas question pour nous de débattre ici d'un sujet qui relève de la compétence professionnelle des thérapeutes eux-mêmes.

Les directions adoptent deux positions face au programme proposé. Il y a celle qui veut que le programme soit un noyau, c'est-à-dire le pilier central du traitement donné, réordonné ou amélioré au besoin par des outils périphériques. Il y en a une autre qui veut que le programme proposé soit un outil à intégrer à d'autres pour donner un programme plus complet. Cet outil peut prendre beaucoup de place parfois mais il n'est pas considéré comme le seul principe actif retenu pour produire la guérison du joueur. Comme on le voit sur la figure 11, qui reprend la même base d'identification que celle de la figure précédente, le programme proposé est considéré comme un outil dans six organismes sur dix environ. Les modalités d'interaction (résidentiel, externe groupe, externe individuel) semblent avoir une influence sur cette répartition, mais comme elles relèvent aussi des enlignements thérapeutiques du passé, il est possible que les points de vue exprimés ne soient que le prolongement de ces derniers dans le présent. C'est sans doute le cas pour les organismes de traitement résidentiel qui fondent leur approche de traitement sur le milieu créé pour recevoir et travailler toutes les dimensions de la vie du joueur (émotions, cognitions, conséquences du jeu, état de santé physique et mental). La plupart avaient déjà intégré depuis quelques années des composantes d'un traitement cognitif dans l'ensemble de leur programme. Certains ont réajusté leur programme pour incorporer toutes les dimensions du programme proposé. Mais ce dernier demeure placé dans un ensemble plus large qui est considéré déterminant pour les progrès du joueur.

Les joueurs ont besoin d'arrêter et de se reposer, ils ont besoin de faire un temps d'arrêt sur leur vie... qui est complètement désorganisée. Il est impossible de traiter cette clientèle à l'externe. Même s'il est certain que la personne va cheminer un peu à l'externe, les chances sont meilleures à l'interne à cause de la motivation, de la dynamique de groupe, l'accueil, le contact avec les autres, le soutien et la dynamique avec les intervenants. Il y a des joueurs pour qui l'externe c'est suffisant, mais ce n'est pas le cas pour tous les joueurs (08).

On doit incorporer les parties qu'on n'utilisait pas Par exemple, le taux de retour et, le hasard n'était pas abordé dans le détail. On travaille beaucoup l'aspect affectif relié au jeu: les attentes par rapport au jeu, la gratification qui est espérée et attendue par rapport au jeu, comment les gens espèrent améliorer leur vie avec le jeu et le deuil d'idéaux qu'ils ont à faire. Ces aspects ne font pas partie du programme expérimental. On est encore en train d'évaluer comment le fonctionnement sera fait: comme il y a des admissions en tout temps, il sera probablement nécessaire qu'on revienne sur les notions de base à toutes les semaines. Comme cela se fera en groupe, on pense s'appuyer sur l'aide mutuelle en groupe pour que les personnes s'aident entre elles à travailler sur les pensées erronées à partir de leur propre histoire de jeu. C'est à partir de ces situations réelles que les ateliers seront bâtis (11).

Les organismes de traitement externe intensif en groupe se trouvent dans la même position, du moins ceux qui ont une intensité de traitement qui les rapprochent des organismes de traitement résidentiel. Lorsque l'intensité du traitement diminue, l'idée d'adopter une position où le modèle du CQEPTJ est central apparaît plus réaliste. C'est le cas d'une majorité d'organismes de traitement externe en groupe. Dans ces cas, il faut apporter la nuance entre ceux qui vivent ce choix comme une possibilité d'expérimentation d'une programme structuré (représenté par un œil) et ceux qui y voient un choix un peu forcé par les limites de ressources (représenté par un cadenas). L'argumentation des premiers est la suivante.



Seul le programme Ladouceur est utilisé. Aucune autre approche n'a été intégrée. Les intervenants ont été prévenus avant même d'être sélectionnés qu'ils auraient à appliquer le programme Ladouceur. Ils ont même reçu une copie papier du programme lors du processus de sélection. M. Ladouceur leur a dit qu'ils n'avaient pas à appliquer l'approche à 100 % ; il leur a dit qu'il était possible de l'appliquer à 75 ou 80 % et d'y intégrer d'autres éléments (22).

C'est soulageant pour moi parce que les deux (psychologues) étaient déjà bien orientés, c'était déjà leur modèle préféré d'intervention et puis c'est pour ça que depuis la formation, on a fait de notre mieux... pour essayer de vraiment penser comment est-ce qu'on va faire ça, pas juste faire ça d'une façon rigide, mais faire les modifications pour que le programme soit efficace sans perdre sa fiabilité... Je ne sais pas si c'est le bon mot, mais c'est important pour nous de demeurer en conformité avec le manuel (14).

Dans ce groupe, il y a une sous-catégorie d'organismes qui collent au programme proposé parce qu'il correspond déjà à une approche qu'ils ont développée se situant dans un plus large courant cognitif-comportemental. Le programme du CQEPTJ est en quelque sorte un parent de ce qu'ils pratiquent et visent à travailler en complémentarité.

Nous avons adapté notre modèle cognitif-comportemental en fonction des conditions de vie de notre clientèle. Le modèle cognitif développé par Ladouceur pourrait encore aller plus loin. Sur le plan de l'application, ça pourrait être rigoureux davantage, strictement en termes de modèle cognitif. Donc on se trouve à appliquer le programme Ladouceur intégralement. Là on l'applique tel quel, mais j'ai bien l'impression que dans l'application, on aura l'occasion de creuser davantage, puis on aurait intérêt peut-être à creuser davantage (04).

Ceux qui se voient un peu forcés d'adopter une position de type « noyau », à cause d'un problème de ressources limitées, expriment tout de même leurs réticences à le faire ou à continuer de le faire.

On n'a pas le choix de prendre Ladouceur puis de mixer ça avec nos approches qu'on avait déjà, nos façons de faire qu'on avait déjà. Au début on était bien collé à ce qui était fait au niveau de Ladouceur, puis il ne fallait pas trop déroger de ça. Puis finalement, on s'est rendu compte que les problèmes qu'on avait au niveau de l'abandon, on avait déjà eu les mêmes en toxico. Donc on utilise les mêmes solutions, ça fonctionne finalement. De toute façon, la formation de Ladouceur n'a pas été définie dans une situation aux prises avec une liste d'attente (09).

Pour le jeu..., tant que le cœur du problème n'est pas touché, les traitements sont des lieux de soutien pour les problèmes de surface, un milieu artificiel. Quelqu'un vient chercher un soutien mais quand il se retrouve tout seul il plonge avec son problème, là il n'y a plus son milieu qui le soutient... Puis c'est grave pour certains, si on pense au toxicomane à qui on n'offre pas l'outil pour gérer sa souffrance mais qu'on aide à se libérer de sa consommation... C'est dommage. C'est comme dire: on enlève les « plâtres » sur les bobos, on a fait notre job, mais on a rien réglé en dessous (20).

Ce dernier extrait argumente en fait sur les limites du modèle de traitement du CQEPTJ. Cette position est aussi celle des organismes de traitement individuel ou en groupe qui le considèrent comme un outil à utiliser au besoin.

Nous avons tous été formés au modèle Ladouceur qui est très clair. Nous la suivons dans la mesure où il n'y a pas de problèmes non prévus. Nous sommes obligés à l'occasion de fonctionner avec le couple, parfois avec la famille (03).

... c'est sûr qu'on travaille en fonction du programme Ladouceur, sauf que dans la réalité, selon les différences, il y a des adaptations, puis il y a des éléments de l'approche qui nous sont plus utiles que d'autres, puis il y en a qui nous apparaissent difficiles à utiliser.

Travailler sur les cognitions, les pensées erronées, les pièges, les jeux de hasard et tout ça, les clients trouvent que c'est utile. Souvent il y en a qui ont des réactions de colère, d'autres d'incrédulité, ... Donc, ça c'est quand même un morceau intéressant, mais ça l'est une fois qu'il y a une certaine stabilisation de l'état puis des pistes de solution pour régler différentes choses. On va, après ça, ramener le client plus au jeu comme tel, mais souvent, pour certains clients en tout cas, ils le savent ça. Il y en a qui pourraient même donner..., c'est des gens intelligents, c'est des gens performants, ils ne sont pas dupes de ça. Alors, c'est plus ou moins pertinent à ce niveau-là. Mais il reste que, pour beaucoup, on travaille quand même le volet cognitif. Défaire ces pensées-là, après ça les situations à risques: « Dans le concret, quand ça va t'arriver, qu'est-ce que tu peux faire ? Développer des idées pour avoir du contrôle sur le jeu puis, finalement, prévenir les rechutes. Mais il y a tout le reste en parallèle, donc c'est réductionniste en quelque part de penser que juste en travaillant au niveau cognitif ... C'est un peu comme avec d'autres dépendances.

Puis il y en a quelques intervenants qui veulent travailler sur les causes de ça. Ils disent: « Si on n'isole pas la cause puis on ne travaille pas la cause, il va continuer, même s'il sait qu'il se fait embarquer par tout ça là, c'est la cause ». Alors, j'ai l'impression que dans la pratique, il y a peut-être certains intervenants qui sont beaucoup plus multimodaux qu'on le pense, vis-à-vis des clients qu'ils reçoivent (18).

De tels commentaires mettent en cause la capacité du programme proposé d'être adéquat pour les joueurs que ces organismes décident de traiter et jusqu'où ils veulent le faire. Même un partisan de la position « noyau » nous a fait une remarque surprenante à cet effet.

Moi, j'ai l'intime conviction que tu pourrais avoir n'importe quelle approche, qu'elle soit cognitive ou autre. Puis c'est dans l'attitude, puis dans le savoir-être, puis dans le savoir-faire de l'intervenant où là il va avoir ce talent de développer un lien significatif avec son client, et que là il va pouvoir travailler des choses. La preuve en est que le partage du travail pour les rencontres individuelles est difficile à organiser parce que nos clients ne veulent pas aller rencontrer un autre intervenant. Ils ont commencé une démarche avec toi, c'est à toi qu'ils font confiance puis la chimie passe bien, ils ne veulent pas aller s'asseoir avec un intervenant qu'ils connaissent moins. Ce qui m'amène à dire que ce n'est pas tellement au niveau de l'approche. »(01)

Ce commentaire entrouvre la porte à une discussion sur les composantes essentielles du programme. Si ce facteur de la relation thérapeutique a tant d'importance aux yeux des intervenants, pourquoi alors ne pas l'intégrer spécifiquement et ouvertement comme composante du programme ?

4.4.1. L'actualisation du traitement : difficultés et ajustements

Que ce soit dans une perspective de conception du programme comme un noyau ou comme un outil, les organismes ont tous eu à relever des défis d'adaptation du programme en contournant les difficultés et en réalisant des ajustements de ses différentes composantes. Les entrevues avec les directions nous donnent un aperçu de ce processus. Pour avoir un son de cloche plus complet, il faudra refaire ces entrevues et aller plus dans le détail avec des intervenants. Mais déjà les entrevues nous indiquent quelques zones d'innovation, de convergence ou d'opposition des points de vue.

Un premier bloc de commentaires touche l'application des étapes de traitement du programme proposé par le CQEPTJ. Une tendance se fait jour proposant de mieux distinguer dans ces étapes deux grandes phases, l'une étant une phase d'initiation au changement, l'autre étant orienté vers le maintien du changement. Cette distinction met de l'avant le fait que les deux phases font appel à des approches et des processus différents.

Puis on a une autre rencontre individuelle pour analyser une séance de jeu. Ça fait trois rencontres individuelles (évaluation, feedback et analyse de séance de jeu) avant de passer aux rencontres de groupe. Dans les rencontres de groupe, il y a une phase d'initiation qui dure huit semaines, une fois par semaine, qui sert à couvrir principalement les dimensions cognitives du programme (définition des jeux de hasard, situations à risque, erreurs de pensée, « À moi de jouer »). Cette phase est suivie d'une phase de maintenance de trois semaines avec un rencontre par semaine (prévention de la rechute, « À moi de jouer », apprentissages d'habiletés comportementales) (14).

Nous faisons une seconde phase de maintien du changement parce que la recherche montre que les techniques utiles pour changer ou initier un comportement ne sont pas nécessairement les mêmes que celles servant à le maintenir. Dans le premier cas les techniques sont plus immédiates (éviter les situations à risque, ne pas avoir accès à l'argent, aller chercher un soutien immédiat) alors que dans le second ça prend plus de temps (développer un réseau social, faire face à l'ennui, gérer ses émotions). Cette seconde phase a lieu deux fois par semaine pendant six semaines.

On développe avec les personnes un plan de traitement à plus long terme qui doit mettre en œuvre des objectifs (exemple, faire un peu plus d'exercice, ce qui implique d'entreprendre des démarches spécifiques: décider de l'exercice, trouver où le réaliser, évaluer les coûts, etc.). Dans les rencontres, ils font état des démarches réalisées. On travaille aussi sur des stratégies d'adaptation pour gérer ses émotions, faire de la relaxation, développer un réseau social, gérer sa culpabilité. Ce sont toutes des techniques à plus long terme qu'ils doivent mettre en place pour maintenir les changements réalisés. (13)

On le voit la seconde phase ouvre la porte à l'ajout d'un certain nombre de composantes dans le cadre du programme. Par ailleurs, le contenu de la phase d'initiation demeure relativement stable pour ceux qui la réalisent. Son application semble toutefois poser certaines difficultés dans quelques organismes. La séance de jeu, le travail sur les concepts de jeux de hasard et d'habiletés ne semblent pas poser problème. Les difficultés surgissent avec des concepts plus élaborés comme l'espérance de gain négatif ou des exercices plus complexes du type « À moi de jouer ». Selon l'expression des intervenants, « la barre est haute » pour certains clients et il n'est pas toujours possible d'avancer aussi vite que prévu. Cette situation soulève aussi la nécessité d'accorder aux intervenants le temps de formation et de préparation nécessaire à cette forme plus « pédagogique » de traitement.

Les séances d'intervention sont très différentes de celles réalisées dans d'autres domaines. L'intervenant doit davantage se préparer pour ces interventions car il doit faire des démonstrations. Il faut élaborer une stratégie d'intervention parce qu'il y a un processus cognitif très précis derrière les interventions. Il a donc fallu s'accommoder de cette démarche, en plus de l'assimiler, afin de l'adapter. Il est essentiel que chaque intervenant trouve ses propres mots et images pour expliquer les différentes composantes du programme à ses clients. Cela nécessite du temps et beaucoup de travail. En résumé, la formation de 3 jours nécessite au moins le double du temps de travail pour intégrer le contenu et « le mettre à sa main ». Il faut comparer ce travail à celui d'un enseignant qui doit assimiler la matière et se l'approprier pour pouvoir bien la transmettre. Les intervenants ont dû faire cette démarche chacun de leur côté (02).

La question des rechutes semble prendre plus d'ampleur dans le traitement. On est attentif aux moindres signes de rechute. On s'assure que les clients comprennent bien que la rechute n'est pas la fin du traitement.

En individuel, s'il y a une rechute, la séance va être sa rechute. On va partir de là, on va faire comme une séance de jeu. « Qu'est-ce qui s'est passé ? Tu t'es levé ce matin là, qu'est-ce qu'il y a eu ? » On va décortiquer la journée. On veut savoir ce qui s'est passé. Puis là-dedans, on va identifier des choses qu'il n'a dites. Ça va lui donner des moyens pour des choses qu'il n'avait pas vu (10).

Le client laisse souvent un message sur la boîte vocale de son intervenant. Il lui dit qu'il a fait une rechute et qu'il ne sait plus trop quoi faire et qu'il croit même mettre fin à ses rencontres parce que cela ne sert à rien. L'intervenant le rappelle et ce simple geste contribue à le sécuriser. L'intervenant revient avec lui sur les objectifs de base, il lui fait voir qu'il a trébuché. L'intervenant avait même prévenu le client au début du programme qu'il était possible que celui-ci vive une rechute (2).

À cet effet, dans un contexte de traitement de groupe, l'utilisation de la « grille d'autonotation quotidienne » des comportements de jeu prend une valeur nouvelle.

La question de la rechute est abordée à chaque rencontre. À chaque début de groupe, la feuille d'autonotation sort et on fait un tour de table (environ vingt minutes). Ceux qui ont eu des rechutes le disent et on analyse ça (situation à risque, ce qui s'est passé). Tout le monde peut donner son avis. Le but est de comprendre ce qui s'est passé et de pouvoir prévenir par la suite. Le groupe sert de soutien et d'encouragement (01).

La question même de la prévention des rechutes se repositionne dans l'ordre de réalisation des activités du traitement. Certains organismes pensent qu'une version « urgence » de la prévention de la rechute doit être placée au début du traitement.

Le plan d'urgence pour la prévention de la rechute, on le donne dans le traitement, pas juste à la prévention de la rechute. On considère qu'il peut y en avoir des situations d'urgence avant ça. On les prépare (09).

Toutes ces adaptations ont donné lieu à la production d'outils qui servent à bonifier et consolider le programme dans sa transformation.

L'autre bloc important de commentaires tient à la performance du programme, c'est-à-dire aux résultats qui sont constatés ou anticipés. La première question soulevée est celle des abandons. La différence est grande entre les abandons dans les organismes de traitement résidentiel et ceux des organismes de traitement en externe. Dans ces cas, la plus grosse perte se situe dans la période de l'accueil et des premières rencontres et oscillerait entre 30 et 50 %. Après cette période, une fois le traitement amorcé, le taux d'abandon serait plus faible, autour de 10 %.

Une absence à une rencontre prévue entraîne habituellement un processus de relance. Selon les milieux, ce processus peut être plus ou moins systématique. Il est parfois laissé au jugement clinique et, dans cette situation, il est clair que tous les cas de clients suicidaires sont rappelés rapidement. La relance se limite parfois à un seul appel ou à l'occasion peut en nécessiter plusieurs.

Je relance ceux qui ont abandonné une fois à peu près. Je les invite à le dire s'ils veulent arrêter maintenant et se reprendre plus tard. Mais d'autres ne se gênent pas pour revenir, parce qu'il n'osaient pas rappeler à cause d'un échec, qu'ils avaient honte (18).

La relance n'est pas systématique. Tout dépend de la situation clinique. Par exemple, dans le cas d'un client suicidaire, la relance est immédiate. Quand un client manque un rendez-vous, l'intervenant tente d'entrer en contact avec lui pour connaître la raison de son absence. Il n'existe pas de protocole quant à la démarche à suivre lors d'un abandon. L'intervenant y va de son jugement. Ainsi, s'il juge que la personne vit des difficultés graves (pensées suicidaires, dépression, etc.), l'intervenant choisira de faire une ou plusieurs relances (22).

Les intervenants ont élaboré une politique-maison pour les situations d'abandon: ils ont un arbre de décision expliquant la procédure lorsqu'un client ne vient pas à son rendez-vous. Il peut arriver qu'un client ait eu une rechute, l'intervenant l'appelle, lui laisse un message et le client est mal à l'aise, déprimé et n'ose pas rappeler. Si l'intervenant l'appelle une deuxième fois et une troisième fois, le client peut finir par rappeler l'intervenant. Le but est de s'assurer que l'intervenant ait fait ce qu'il fallait quand quelqu'un ne vient pas à son rendez-vous, qu'il ne s'agit pas seulement d'une erreur, un oubli de la part du client. Quand l'intervenant sait que le client a réellement décidé d'abandonner, il n'insiste pas (02).

La seconde question touchant la performance a trait aux clients qui ont complété le programme mais, surtout dans un contexte de démarrage, aux effets que l'on souhaite avoir produit ou vouloir produire chez ceux-ci. Pour la plupart, le nombre de clients qui ont complété et ont fait un suivi est encore trop petit. Ce nombre peut être l'occasion, selon le cas, d'un optimisme motivant ou d'un optimisme prudent.

Il n'est pas exclu qu'on aille plus loin éventuellement du côté du familial ou du conjugal, mais pour le moment on colle au programme Ladouceur. Pour le moment, ça fonctionne bien. L'approche de Ladouceur nous fait demeurer en surface, contrairement à ce qu'on est habitué de faire depuis des années en toxico, soit d'aller en profondeur chercher les vulnérabilités à l'origine des problèmes. Notre première impression est qu'une bonne partie de notre clientèle qui achève le traitement a cessé complètement de jouer sans qu'on soit allé en profondeur. Il faudra quand même attendre les suivis et s'arrêter pour réfléchir à tout ça (01).

Six ont fini complètement la démarche. Là-dessus, il y en a cinq qui ont terminé la démarche abstinent, ça veut dire qu'ils n'avaient pas rejoué. Je ne dis pas qu'ils n'avaient pas rejoué, mais qu'ils ne jouaient plus en tout cas depuis qu'il y avait eu une rechute à l'intérieur du processus... Puis sur les cinq qui ont fini, après trois mois ils sont tous encore en abstinence. On en a un qui est rendu à

six mois, on l'a recontacté et lui aussi est encore abstinent. C'est sûr que tout ça, ça vaut ce que ça vaut, il n'y a pas beaucoup de monde, j'en suis bien conscient qu'ils ont peut-être été chanceux, sauf que c'est des chiffres qui sont là pareils et qui te donnent le goût de continuer dans la démarche comme on la fait présentement (23).

Moi, j'ai vu à peu près une vingtaine de personnes jusqu'à présent. Il y en a qui ont abandonné, souvent c'est au début. Sur les vingt, j'en ai à peu près quinze qui sont restés. Sur les quinze, je dirais que j'en ai à peu près la moitié qui sont en bonne voie, qui ne joue plus. Ils sont en bonne voie de passer à d'autres choses dans leur vie. De la moitié qui reste, j'en ai à peu près la moitié qui ont diminué. Par exemple le jeu c'était le vidéo-poker, c'était le casino, ils se sont faits autoexclure, ils ne vont pas au vidéo-poker, mais il y a le bingo par exemple qui reste, qui est à contrôler. Il y a des gens qui essaient de diminuer, ils n'ont pas fait le deuil, un peu comme avec les alcooliques. Donc il y a des gens qui sont en phase de se rendre compte qu'il va peut-être falloir..., il y en a qui sont dans une certaine stabilisation. Et puis j'ai peut-être trois ou quatre clients qui sont encore aux prises avec des rechutes. Ils ont espacé, ce n'est pas la dégringolade comme c'était, mais c'est quelque chose. Puis souvent, c'est des clients, on le voit, c'est des clients qui s'impliquent moins dans la démarche. Donc ils vont annuler certains rendez-vous, ils vont dire: « Je vais faire un petit bout par moi-même, j'ai un peu l'idée de ça ». À un moment donné ils rappellent parce qu'ils disent: « Là je ne suis pas capable ». Les clients qui vont faire moins les devoirs qu'ils ont à faire, moins lire les textes. C'est des clients qui vont moins, quand on parle de trouver d'autres activités, participer à des groupes, améliorer la communication, des choses comme ça. Ils sont bloqués. Ils sont plus en précontemplation. Ils restent, ils tournent un petit peu en rond, ils se maintiennent mais ils ne sont pas encore rendus à aller là où les efforts sont trop coûteux. C'est comme s'ils n'étaient pas capables de se mobiliser. Donc, de ceux-là, il y en a une partie qui vont probablement abandonner, d'autres qui vont se maintenir certains temps là-dedans avant de poursuivre (18).

La question de la performance basée sur le taux de complétion est donc reporté à un avenir où les suivis à long terme seront complétés et que des données quantitatives seront disponibles. La notion de réussite fondée sur la seule abstinence est par ailleurs profondément remise en question. On propose plutôt d'examiner les progrès accomplis par le joueur dans le cadre de son traitement ou d'un traitement à l'autre, de penser plus en termes d'écart grandissants entre les rechutes, de réduction des argents dépensés, surtout de réfléchir à la réussite du traitement sur le long terme.

Mais le fait que le client évolue et réfléchit sur son problème et son style de vie représente un certain succès. Dans certains cas, le changement est énorme et dans certains autres, le changement est minime. Il faut donc placer les choses en perspective en les voyant dans un processus de vie (22).

Parce que réussite pour moi c'est un mot que j'aime pas utiliser, premièrement dans l'intervention, parce qu'une réussite, tu peux avoir quelqu'un qui joue encore puis... ça peut être une réussite, ça dépend comment lui il voit ça dans sa vie.... Si je prends l'exemple qui est plus facile par rapport à l'alcool, il y a des gens qui arrêtent de boire... indéfiniment, ça les rend heureux, il y a des gens qui arrêtent de boire puis qui sont... d'humeur... massacrate à longueur de journée, puis ça a complètement changé leur comportement, puis ils sont pas durables, il y en a des gens qui continuent à boire occasionnellement puis ça va bien, puis il y en a qui commencent graduellement et ça vire en une dérape. Pour moi, il n'y a pas de succès, le succès c'est vraiment la personne qui vit le problème, qui peut dire si c'est un succès ou non, si elle a réussi, c'est bien. Mais... de l'extérieur, d'avoir des critères puis de dire: Bon, la personne elle rejoue pas..., après un an elle a pas rejoué, bien c'est un succès, bien je suis pas d'accord ... (17)

La réussite, c'est celui qui continue. Il y en a qui ont de la difficulté, qui reviennent, puis à un moment donné ils accrochent. Il y en a un qu'on a reçu durant un an de temps, quasiment à tous les trois semaines. Il retournait jouer. Il allait jouer sa paie. Puis, à un moment donné, il n'a joué que la moitié de sa paie, et finalement il a arrêté. Ce n'est pas un échec un bonhomme comme ça, parce qu'il continue quand même d'être en cheminement, il a une réduction des méfaits qui est notable, il continue pas de jouer en fou. Là ça fait 14 mois qu'il ne joue pas. C'est sûr que ça a été long. Mais peut-on dire qu'on a fait échec avec lui parce que ça lui a pris un an à arrêter. Ces gens-là, on sait qu'éventuellement on va en venir à bout. Le processus n'est pas aussi rapide qu'on le voudrait (07).

On n'a pas défini ce que signifie « s'en sortir ». Par exemple, quelqu'un qui jouait à tous les jours et qui joue maintenant 10\$/mois, est-ce un succès ? ...sur le plan clinique, il s'agit effectivement d'un succès parce que cette personne est en cheminement, parce qu'elle continue dans ses objectifs, qu'elle a réorganisé sa vie et que, pour elle, le jeu n'est plus une dépendance. Toutefois, sa relation avec le jeu est toujours à risque et dans cette situation, on ne peut plus dire qu'il s'agit d'un succès à 100 %. Idéalement c'est l'abstinence pour la personne (11).

Il faut changer notre manière de juger des résultats d'un programme de traitement des dépendances. Traditionnellement, on regardait s'il y avait rechute ou non suite à la thérapie. il faut maintenant regarder plus loin que le fait d'arrêter de jouer. Tout ça est un processus. Il faut voir s'il y a des

rechutes, oui, mais il faut aussi examiner les écarts, les périodes de temps de plus en plus grands entre les rechutes, les sommes de moins en moins importantes investies. Il faut aussi regarder la qualité de la vie. Il faut mesurer sur de longues périodes parce que des personnes qui ont été super-biens pendant six mois peuvent repartir sur la « go », alors que d'autres en difficultés dans la même période peuvent tout à coup arrêter de consommer. Une année, c'est pas long si on tient compte de tous les changements à faire. Une rechute ne signifie pas qu'une personne n'a pas appris ou n'apprendra pas. De plus, une personne après le traitement peut faire appel à plusieurs services différents dans la période de suivi. Ces services peuvent influencer le résultat obtenu (13).

Il y a, en filigrane, toute une discussion sur les objectifs que devrait préciser et poursuivre le programme provincial de traitement. Les organismes de traitement, ici par leurs directions, disposent d'une expérience et d'une capacité de réflexivité qui les rendent indispensables à une restructuration de ces objectifs et des moyens qui permettent de les atteindre. Ce rapport est aussi un témoignage des adaptations qu'ils ont dû mettre en œuvre pour pouvoir rendre le programme opérationnel. C'est aussi le cas pour la consolidation du traitement qui était peu précisée dans le programme proposé.

4.4.2. La consolidation du traitement

La consolidation du traitement peut être vue de deux manières. Une première qui est de s'assurer, dans un suivi, que le traitement a porté et s'il est nécessaire de poursuivre certains efforts. Une seconde qui correspond à la mobilisation pour le traitement et la prévention du système qui englobe le client, soit ses proches ou la communauté.

Les positions sur les suivis sont variables selon les organismes. Cela va d'un suivi informel et individuel au besoin à un suivi structuré qui va jusqu'à la création d'un groupe de suivi. La majorité des organismes se rapprochent ou souhaitent se rapprocher d'une position plus structurée. Tous les établissements au départ considèrent qu'il est de leur responsabilité de répondre aux appels et aux besoins des clients à la suite de leur traitement.

Une personne qui a terminé son traitement mais qui a besoin de rencontrer son intervenant avant sa rencontre de suivi peut le rejoindre en tout temps. S'il s'avère nécessaire de planifier une rencontre, l'intervenant l'invite. Il faudra planifier ce genre d'intervention dans leur planification du temps des intervenants.

Il est très important de rencontrer les clients quand ils en ont besoin. En cours de traitement, le client fait des acquis et il arrive des situations où il est déstabilisé. La rencontre sert à restabiliser le client... Il n'y a rien de prévu à cet effet dans le programme de traitement de l'équipe Ladouceur. On s'appuie sur leurs acquis professionnels, sur leur expérience (02).

Le programme du CQEPTJ ne parle en effet que de vérifier les acquis des clients en reprenant une partie des tests de l'évaluation sur une base trimestrielle pendant l'année qui suit. Le suivi doit donc être organisé aussi pour permettre au client de remplir les formulaires de suivi. Dans un cas même, on espère pouvoir organiser cette activité pour pouvoir donner les résultats à la même rencontre.

On n'en a pas encore fait. Le premier est prévu pour décembre. On veut le faire à 3, 6, 9 et 12 mois. On va travailler en équipe pour que les tests soient remplis en début de rencontre et corrigés par un de nous et remis à la fin pour avoir un portrait sur-le-champ. Nous ne voulions pas que les tests remplis leur soient donnés au prochain suivi, trois mois plus tard (01).

Cette attention particulière recentre le concept de suivi sur ce qu'il est supposé représenter, soit une relation visant à s'informer de l'évolution du client et à le soutenir au besoin.

Il est important d'avoir de la place pour rencontrer la personne dans un suivi, parce que ce n'est pas juste de demander: « Ça se passe comment ? ». Ce n'est pas juste: « Cochez, cochez, cochez, cochez, cochez là »... Il faut demander: « C'est quoi les acquis qu'il y a, tu n'as pas joué, mais t'as retrouvé quoi ? C'est quoi les difficultés ? » C'est un genre de « coaching » encore pour donner une poussée à un travail déjà fait (23).

La possibilité d'un suivi direct et rapide est évidemment cruciale à cause des rechutes.

Il y a plus de rechutes chez les joueurs que dans les autres problématiques. Ces joueurs recontactent souvent notre organisme suite à leur chute. ..., les joueurs vont essayer au moins une fois d'aller jouer, pour vérifier. Pour certains, le prix de cet essai est élevé car ils sont très dépressifs par la suite. Il faut agir très rapidement quand un ex-joueur appelle dans ces circonstances. On l'encouragera alors à reprendre le suivi... (11).

Les organismes de traitement résidentiel, qui ont une expérience plus longue des suivis, organisent des suivis post-thérapie, sur une base hebdomadaire souvent, avec des groupes satellites parfois en dehors de leur région pour leur clientèle plus éloignée. Les organismes de traitement en externe organisent ou pensent organiser de leur côté un groupe de suivi qui, dans certains cas, est une participation étendue à un groupe de soutien déjà mis en place lors du traitement.

Nous autres, on a une façon de faire un peu différente. C'est que nous le suivi, ce sont des groupes, peut-être qu'on pourrait appeler ça des groupes de pairs, mais ce sont des groupes où il y a un animateur qui est pas un professionnel. Les gens, on leur dit: « Venez, réunissez-vous, donnez-vous le support, la fraternité. » On donne un certain nombre de principes, on fait pas de thérapie, puis tout le monde peut parler. L'animateur, lui, il est comme responsable de l'ordre dans le groupe, puis là c'est un soutien. Ça, ces groupes-là ont lieu le

mardi soir, le jeudi, le dimanche matin. Alors on veut partir un groupe comme ça pour les joueurs aussi ... d'ici peu là (12)

Le groupe a lieu une fois par semaine à tous les lundis, de sept heures à demi à neuf heures et demi. C'est un groupe ouvert. On a beaucoup de gens de chez Boutin qui viennent ici. Lui ne fait pas de suivi, ils les envoient ici. À la fin d'une rencontre, les gens peuvent dire de quoi ils aimeraient peut-être parler au lundi suivant. Il y a toujours un contenu prévu (10).

Un groupe de soutien en cours de traitement ou pour le suivi, c'est quelque chose qu'on va fort probablement mettre sur pied. La semaine dernière, on discutait à quelle place on ferait des groupes, puis on a trouvé un endroit. Parce qu'on a fait aménager en fonction de l'individuel strictement. Le mandat était: « Vous appliquez ce programme-là, peu importe si vous avez déjà fait du groupe, vous êtes financé pour ça. » On a fait monter des murs nous autres pour se faire des bureaux. On n'a pas de salle de conférence, mais on va s'adapter (04).

On n'a pas abordé la question d'un groupe de suivi. On leur suggère dès le début de se lier à un groupe GA en leur disant que la philosophie est très différente de la nôtre. La proportion de ceux qui y vont est faible parce qu'ils trouvent que ça ne colle pas à leur réalité. Ils ne veulent pas l'abstinence totale pour tous les jeux, ils veulent pouvoir acheter leurs billets de loterie. D'autres n'acceptent pas l'idée de la puissance supérieure. Certains toutefois sont de fervents partisans (01).

La durée de la participation à ces groupes n'a pas fait l'objet de nombreux commentaires. Il semble que là aussi les positions varient entre deux extrêmes. D'un côté, il y a ceux qui croient à l'importance de laisser la porte ouverte tant que le client a des besoins et, qu'à la limite, la présence d'anciens en vient à servir la consolidation chez les plus jeunes.

Les rencontres de groupe peuvent être fréquentées par ceux qui ont terminé. Ça leur sert de suivi, de motivateur. C'est aussi un motivateur pour ceux qui commencent parce qu'ils voient des personnes qui ont arrêté de jouer depuis longtemps (06).

On va leur offrir, une fois qu'ils vont avoir terminé le traitement ... s'ils le veulent ils peuvent devenir des supporteurs dans le groupe d'accueil, je vais les inviter à continuer parce que ça va devenir leur groupe d'entraide dans le fond ni plus ni moins, ... (20).

Les joueurs qui ont déjà été en thérapie viennent rencontrer les joueurs qui sont actuellement en thérapie. C'est un groupe d'aide mutuelle, il n'y pas d'intervenant dans ce groupe... (11)

De l'autre, il y a ceux qui parlent de la nécessité de couper le lien et de renvoyer le client à sa responsabilité personnelle.

Le traitement dure de 15 à 17 semaines. Il est fait de rencontres individuelles, et de groupe pour le suivi. Dans les cas où la personne a encore des choses à dire, on peut continuer de la rencontrer. On peut pas la laisser là avec ses problèmes. Mais ton intervention doit avoir des limites, parce que sinon les gens partiraient jamais d'ici. D'autres fois, une personne va revenir parce qu'elle vient d'avoir un coup dur (ex. mari qui la quitte). On peut pas séparer ça non plus. Ça fait partie de la réalité de joueur. (06)

C'est sûr qu'après la thérapie, il y a des téléphones qui sont faits par les anciens résidents. Puis les téléphones, justement nous donnent, si les personnes ont fait des rechutes ou si ça va bien. C'est sûr que nous-autres on donne la thérapie, mais après, c'est à la personne de mettre en pratique ce qu'elle a appris, qu'est-ce qu'on a montré. C'est sûr qu'on peut dire qu'on n'est pas responsable, je veux dire...(05).

Les organismes comptent eux-mêmes sur du soutien pour effectuer le suivi. Plusieurs par exemple comptent sur les groupes GA pour continuer d'accompagner le joueur dans sa maîtrise du jeu. Cette référence dépend de la manière dont ils intègrent ces groupes dans le processus de traitement en général. De ce point de vue, il y a plusieurs positions. Là aussi, il y a un continuum qui va de la participation obligatoire, sur place et en parallèle au traitement, jusqu'à la simple recommandation de participer à cette fraternité. Entre les deux, on offre à un groupe GA de tenir ses rencontres dans les locaux de l'organisme. Les joueurs qui ont des besoins spécifiques de suivi peuvent donc profiter de leur présence sur les lieux pour faire leurs demandes. À l'inverse, l'équipe de traitement y trouve une occasion d'effectuer un suivi. Les PAE sont aussi des milieux qui peuvent favoriser le suivi. Le maintien des liens avec les responsables de ces programmes permet de s'informer de l'évolution des clients et parfois de travailler en collaboration pour chercher des références d'aide plus spécialisée.

Finalement, certains organismes de traitement en externe peuvent faire le suivi de clients qui se sont éloignés du lieu de traitement initial ou de certains organismes de traitement résidentiel. Ce type de collaboration s'amorçait au moment des entrevues. Il était donc difficile pour les directions de nous en faire un bilan.

Il en va de même pour toute la question de la mise en place de moyens de mobiliser les proches et la communauté dans le traitement. À part les organismes de traitement résidentiel qui ont accumulé une certaine expérience dans le domaine, les autres organismes en sont à faire des expériences à petite échelle. L'énumération de ces tentatives n'est pas moins très intéressant parce qu'il ouvre une voie pour le développement futur du programme. Il est clair pour plusieurs que le programme ne pourra continuer à se développer sans tenir compte du système d'appartenance du joueur. C'est pourquoi on constate que les organismes intègrent les proches à différentes étapes du programme :

- dès l'accueil des clients :

La gestion du problème de jeu est aussi favorisée par un environnement qui apporte du soutien. Pour cette raison, on commence un programme familial, des groupes d'accueil pour la famille et pour les proches. C'est sur une base expérimentale. On a proposé aux participants actuels d'inviter leurs conjoints. La réponse n'a pas été énorme jusqu'ici. On est en train de réfléchir à tout ça en regardant les besoins des conjoints. Parce qu'il est évident que dans certains cas des joueurs cachent leur problème et leur thérapie. Par ailleurs, depuis le début du programme, nous avons toujours été ouvert à rencontrer le couple ou la famille (les parents qui ont un fils qui joue, les enfants qui ont des parents âgés qui jouent) si on voyait qu'il y avait vraiment un problème à ce niveau. On le fait assez régulièrement (13).

Si une personne vient avec un proche à la rencontre d'accueil, on peut l'intégrer pour cette rencontre là, pour sécuriser la personne qui vient chercher de l'aide (09).

À l'appel du client pour l'inviter à une première rencontre. On lui précise qu'il peut venir avec un proche. L'idée de base de cette invitation est de se faire du proche un allié dans le traitement. En initiant le proche aux difficultés du jeu, on peut en faire un aidant naturel. Dans le groupe d'accueil, il y a une première rencontre d'information avec 15-20 personnes. Les proches sont invités (20 % des clients viennent avec un proche, souvent la conjointe) (01).

- dans la période d'évaluation :

Au niveau de l'évaluation, il y a des intervenants qui ont rencontré le conjoint ou la conjointe parce qu'il se passait des problèmes au niveau du couple. On y va en fonction de ce qui nous semble pertinent d'intervenir sur le moment, pour favoriser que la personne soit dans un état de suivre le programme Ladouceur (09).

- pendant le traitement proprement dit :

Une première phase de groupe... touche le volet cognitif du programme Ladouceur. Une rencontre individuelle de bilan termine cette phase. On peut inviter à ce moment les proches. Ça permet de voir si les proches sont toujours dans le portrait, comment ils vivent la situation, si les tensions de couple ont diminué. Il s'agit de s'en faire des alliés. On peut les référer au besoin à des services de couple à l'extérieur (01).

Par ailleurs, depuis le début du programme, nous avons toujours été ouvert à rencontrer le couple ou la famille (les parents qui ont un fils qui joue, les enfants qui ont des parents âgés qui jouent) si on voyait qu'il y avait vraiment un problème à ce niveau. On le fait assez régulièrement (13).

En individuel, on est plus rapide. Aussitôt qu'on voit qu'il y a quelqu'un qui est intéressé (puis on le demande à l'évaluation: « Est-ce qu'il y a quelqu'un qui t'encourage dans tes démarches ? »), cette personne-là, on la veut. On travaille sur le facteur « réseau ». On absorbe la famille (10)

On a, à 2 ou 3 occasions, rencontré le joueur et son proche de façon conjointe. Cela implique que le joueur a mis son proche au courant de son problème et de sa démarche, ce qui n'est pas toujours le cas. Il est essentiel que le client soit d'accord que son proche participe aux rencontres. Souvent, le proche demande s'il peut participer aux rencontres et on lui répond qu'on n'a aucune objection mais qu'il doit en faire la demande lui-même au client. L'importance de l'implication du proche repose sur le fait que sa présence lors des rencontres a un impact important sur l'engagement du client. C'est systémique et même pédagogique: le proche voit comment l'intervenant fonctionne et travaille avec le client. Ces rencontres amènent plusieurs réponses aux questions qu'il se pose (02).

- à la fin de la thérapie :

Quand on arrive à la fin de la thérapie, nous disons aux gens: « Si vous voulez, la dernière journée de thérapie, l'avant-midi, invitez vos proches ». Puis quand les proches viennent, on leur explique qu'est-ce qui fait qu'une personne est dépendante, c'est quoi une famille fonctionnelle... C'est pour tenter le rapprochement, le dialogue puis la compréhension (10)

La possibilité d'inclure les proches est toutefois largement limitée par la pression de la demande. Comme le joueur est la priorité du programme de traitement, certains hésitent à ouvrir les portes du « systémique » tant qu'ils n'auront pas la marge de manœuvre nécessaire pour bien le faire. La présence des proches peut aussi soulever des questions éthiques dans la mesure où leur participation en devient une de surveillance. Il y a donc des échanges d'information et d'expériences à poursuivre dans ce domaine. C'est le cas aussi pour la vaste question de l'intervention dans la communauté comme telle. Les organismes, de par leur notoriété, constituent déjà une présence dans la communauté, un phare qui indique l'existence d'un problème et la possibilité de s'en éloigner. Mais certains organismes se veulent plus proactifs dans cette présence. D'abord, et de manière essentielle, la communauté est le lieu de réinsertion du client.

Pour ce qui est de la réinsertion sociale, il y a déjà des intervenants qui ont de l'expérience dans le cadre des problématiques de toxicomanie et d'alcoolisme. L'expertise est donc développée. Par exemple le cas d'une personne qui a une problématique de jeu et qui n'a plus de logement: l'intervenant peut l'assister dans sa démarche. Ce service n'est pas encore implanté puisque les intervenants qui travaillent en réinsertion sociale ont une surcharge de travail (22).

Ce n'est plus une histoire d'un bonhomme de 55 ans qui n'avait qu'un problème avec l'alcool. Maintenant le client a entre 24 et 35 ans, il est poly toxicomane. La population est plus « maganée » que c'était le cas avant. Ça nous a forcé à développer de l'expertise de traitement de plusieurs types de problèmes de toxicomanies. Ça nous a forcé à investir plus dans la réhabilitation et la réintégration des personnes, parce qu'avant, ce n'était pas un problème, on renvoyait le client dans sa famille puis c'était fini (14).

Mais la communauté est aussi le lieu où le problème se développe, où la prévention devient possible. Ce travail de prévention peut se faire en même temps que celui de la promotion des services parce qu'il informe sur le problème, ses conséquences et ses sources. Il se fait plus rarement sur la base de campagnes de promotion du jeu responsable ou de démarchage pour contrôler l'offre de jeu. La division du travail traditionnelle dans les services de santé entre traitement et prévention et les ressources limitées contraignent les initiatives dans ce domaine. Seuls les organismes qui ont un double mandat prévention-traitement vont plus loin dans ce sens. Et c'est l'exception. À une époque, toutefois, où les Régies régionales de la santé et des services sociaux cherchent à renforcer l'intégration des services et à préciser le mandat de prévention de la première ligne et même de la deuxième, à un moment surtout où le contrôle du problème du jeu excessif et du développement du « jeu responsable » appellent la participation de tous les acteurs, il faudra continuer de surveiller et tirer des leçons des initiatives qui vont nécessairement se manifester.

4.4.3. Comparaison au programme proposé

En quoi ce que nous venons de présenter des points de vue de la direction indique un écart ou non d'implantation par rapport au programme proposé. Reprenons les catégories du tableau-synthèse que nous avons utilisé pour les deux sections précédentes (voir tableau 3). Prises dans leur ensemble, les composantes de la phase de traitement cognitif-comportemental semblent avoir été plus ou moins implantés selon les milieux. L'adaptation majeure tient au fait que certains organismes leur ont accordé une place centrale de noyau et ont travaillé à des améliorations à partir de là, alors que d'autres ont plutôt vu le programme comme un outil à intégrer dans leurs pratiques habituelles, avec là aussi certaines ajustements de détail. Les composantes comportementales principalement ont fait l'objet de développements importants, comme dans le cas du soutien financier qui a produit un sous-programme dans le site-pilote Montréal-Laval-Montérégie, et de plusieurs initiatives locales, comme la recherche d'alternatives pour occuper le temps libre des clients. Il semble que ces développements lors des entrevues n'en étaient qu'à leurs débuts.

Tableau 3
Processus d'actualisation et de consolidation du traitement
Éléments-clés de la comparaison avec le programme proposé

Composantes implantées ou adaptées	L'ensemble des composantes du traitement sont considérées soit comme un noyau à améliorer, soit comme un outil à intégrer. Les composantes comportementales ont fait l'objet de développements importants (ex. problèmes financiers) ou ponctuels (ex. occupation du temps libre).
Composantes ignorées ou rejetées	Pour certains, rejet de la vision qu'on puisse être suffisamment sélectif pour que le programme proposé conduise à une résolution durable du problème de jeu.
Composantes nouvelles actualisées ou proposées	Expérimentations ponctuelles d'implication des proches à différentes étapes du traitement. Développement de la composante de suivi pour passer de la vérification des acquis à la consolidation des acquis.
Ordonnancement semblable ou modifié	Dynamisation du comportement et du cognitif selon les besoins des clients. Importance pour certains de travailler la prévention des rechutes plus tôt dans le processus de traitement.
Influence de la prise en compte de l'environnement	Les traditions et orientations thérapeutiques de chaque organisme et même de chaque thérapeute, en particulier dans le cas du traitement individuel, est déterminante dans la manière dont le programme est reçu et appliqué.
Représentations des résultats	Tension entre recherche de résultats à long termes globaux (harmonie, qualité de vie) et durables et de résultats opérationnels à court terme. Dans ce dernier cas, tension entre objectifs d'abstinence ou de réduction des méfaits.

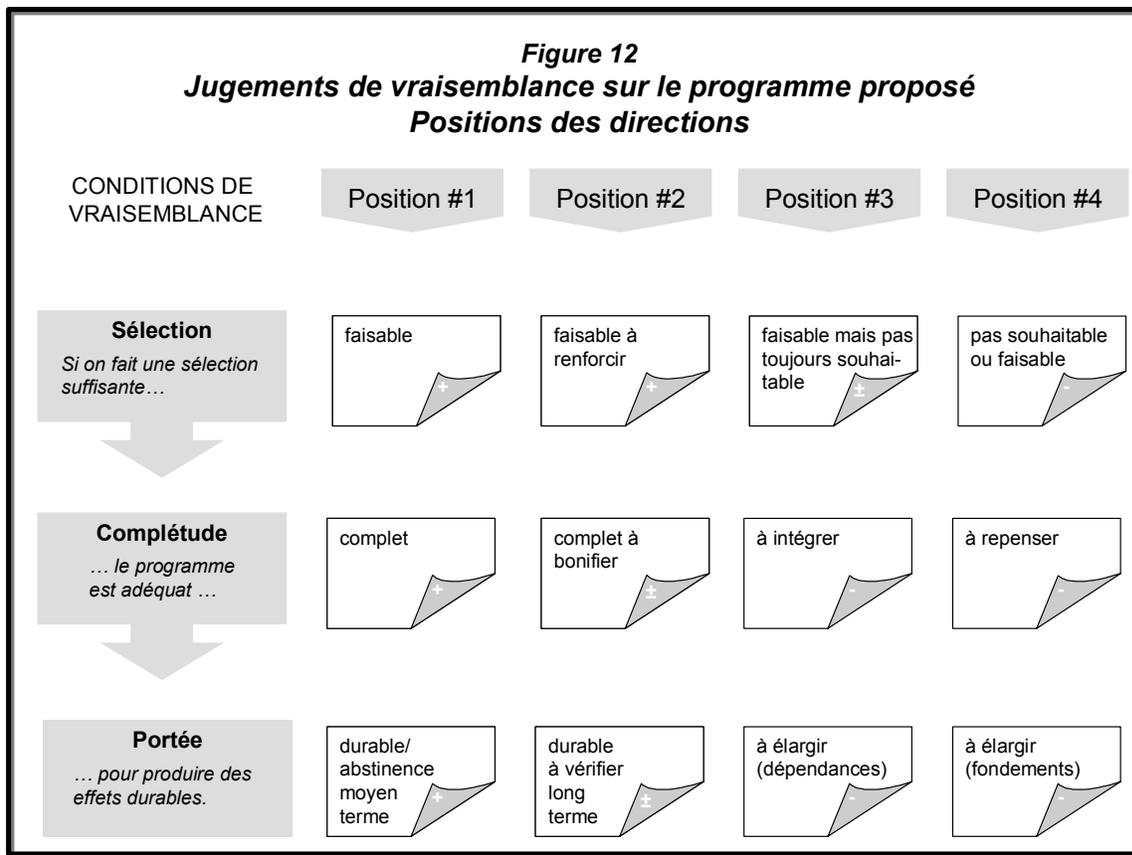
Par ailleurs, la position qui fait du programme un outil suppose une remise en question du postulat implicite et fondamental qui veut qu'on puisse être suffisamment sélectif dans le choix de la clientèle pour que le programme proposé conduise à une résolution durable du problème de jeu. D'où la nécessité de développer des composantes qui n'étaient pas prévues à l'origine. Ce travail s'observe sur une base locale d'expérimentation auprès des proches pour les intégrer au traitement et ainsi augmenter sa portée d'efficacité, et sur la définition d'activités de suivi qui dépassent la simple vérification normalisée (formulaires aux trimestres pour la prochaine année) du maintien des acquis et s'ajuste aux urgences et au soutien, parfois par la création d'un groupe de suivi. Il y a eu aussi un effort pour ajuster l'ordonnancement du programme aux demandes et besoins des clients. Ce qui était déjà constaté dans le processus de transition se poursuit dans le traitement proprement dit. On essaie d'abord de gérer certaines des conséquences ou des causes (très émotives) des habitudes de jeu pour pouvoir aborder la restructuration cognitive dans un climat plus approprié aux exercices rationnels. Certains trouvent aussi utiles d'aborder assez tôt dans le traitement la question de la prévention de la rechute et d'outiller les clients pour le faire. Le travail en groupe de la grille d'autonotation donne des opportunités supplémentaires de travailler sur cette composante du programme parce qu'il ouvre au partage entre pairs de quantités d'informations sur les difficultés et les solutions.

On ne peut constater, de manière générale, que la réception du programme proposé est tributaire des traditions et des orientations thérapeutiques de chaque organisme de traitement et qu'aux yeux de certains le programme aurait mérité d'être discuté dans ses fondements et ses objectifs. Si on conçoit les milieux d'implantation comme un système social, on peut voir qu'il est traversé par une tension fondamentale entre ceux qui accordent la priorité à la recherche de résultats à long terme globaux, du type «équilibre des sphères de la vie» ou «amélioration de la qualité de vie», et d'autres qui veulent assurer d'abord des résultats opérationnels à court terme. Ces derniers toutefois vivent aussi une opposition entre le fait de viser d'abord l'abstinence ou de commencer par réduire les méfaits des mauvaises habitudes de jeu. Ces oppositions ne sont pas des oppositions radicales. Chaque organisme réfléchit entre ces pôles et prend une position conjoncturelle en fonction des contraintes d'organisation des services, y compris les positions divergentes parfois de ses propres intervenants. Cette relative indétermination est en fait une bonne nouvelle : elle laisse la porte ouverte au dialogue.

5. CONCLUSION

Au départ, nous avons mentionné que ce rapport servirait principalement à répondre à la question d'évaluation de vraisemblance : Est-ce que ce programme a des chances de s'implanter tel quel dans les milieux choisis et de produire les effets escomptés ? Dans le cadre de ce rapport, nous avons tenté de faire état de la réponse des directions des organismes de traitement. Évidemment, cette réponse n'est pas univoque ni définitive, d'autant qu'elle est le reflet des premiers mois de l'implantation où certains organismes n'en étaient pas encore au démarrage. D'autres toutefois étaient suffisamment avancés dans leur implantation pour pouvoir juger de la solidité du programme qu'ils avaient le mandat de mettre en œuvre. Dans la synthèse de la section précédente, nous disions que pour certains organismes il y avait rejet de la vision du programme où, avec une sélection adéquate des clients, l'application du programme proposé conduit à une résolution durable du problème de jeu. Cette conclusion a l'avantage de nous indiquer les trois critères sur lesquels les directions fondent leur jugement de vraisemblance du programme. Ces trois critères sont la sélection des clients, la complétude du programme et la portée de ses effets. La figure 12 nous présente quatre positions tirées du croisement de la valeur accordée à chacun de ces critères.

La première position est celle des promoteurs du projet comme tels. Avec une sélection adéquate des clients, le programme tel qu'il est peut permettre un maintien de l'abstinence du jeu, du moins à moyen terme (une année), chez une fraction appréciable de ceux qui complètent le traitement. Cette position est reprise en partie dans la seconde position qui est favorable à un processus de sélection, cette fois renforcé par des mécanismes d'accueil plus systématiques. Cela acquis, le programme proposé peut être appliqué, mais doit être bonifié sur plusieurs composantes non ou sous-développées (intervention de groupe, intervention financière, occupation du temps libre, etc.), et produire des effets d'abstinence à moyen terme, ou à tout le moins une réduction des habitudes de jeu. Les effets à plus long terme sont à vérifier. Cette position se retrouve plus chez les organismes de traitement externe en groupe.



La troisième position ne considère pas qu'une sélection trop forte des clients soit souhaitable étant donné le potentiel de « vases communicants » ou de cohabitation des dépendances. Le programme doit donc être adapté aux besoins des clients et être intégré dans un éventail plus large d'outils qui prennent en charge cette dépendance au jeu dans le contexte plus large de l'addiction, toutes catégories confondues. Les organismes de traitement résidentiel sont plus près de cette position. Finalement, la quatrième position rejette aussi l'idée d'une sélection trop forte, et parfois la trouve impraticable dans le contexte de dispersion de la clientèle de certaines régions. Elle met aussi de l'avant l'idée qu'un programme complet doit s'attaquer à toutes les causes du jeu et que, par conséquent, il faut repenser le programme pour lui donner la souplesse nécessaire à faire face à différentes problématiques de jeu pathologique⁸. On retrouve plus cette position dans les organismes de traitement individuel.

Ces positions sont des résumés dessinés à grands traits. Elles tentent de saisir le champ de pratique des organismes de traitement au moment des entrevues, avec ses convergences et ses oppositions. Ce champ évoluera sans doute encore. Pour le moment la position #2 est majoritaire. Cette synthèse montre toutefois la nécessité de laisser plus de place à une réflexion collective sur les objectifs et les moyens du programme. Il faut revenir sur la question des population-cibles et des effets visés. Le programme expérimental avait été

⁸ À titre de curiosité, l'annexe 3 présente une synthèse des extraits d'entrevues portant sur les sources du problème de jeu.

lancé dans une situation de pressions sociales qui exigeait un démarrage rapide. L'expertise du CQEPTJ a été mobilisée à cet effet. Elle l'a été avec diligence et transparence. L'analyse des entrevues auprès des directions nous montre que le programme proposé par le CQEPTJ a été reçu et examiné sérieusement par une majorité d'organismes de traitement. Qui plus est, il a été travaillé, transformé et bonifié par plusieurs. Ceux qui ne l'ont pas adopté dans son ensemble ont tout de même reconnu son utilité ponctuelle. Il est sans doute temps d'augmenter la transparence du processus d'expérimentation en permettant des échanges plus approfondies et la recherche de positions mieux structurées pour redéfinir un programme plus englobant et mieux adapté aux besoins de la clientèle. Il ne s'agit pas d'imposer mais bien de permettre aux organismes de traitement d'être au centre de délibérations sur les tenants et les aboutissants du programme de traitement. Ce mécanisme devrait être piloté par le MSSS et faire place à toutes les catégories pertinentes d'acteurs. Les organismes de traitement ont fait preuve de suffisamment d'ouverture d'esprit et de responsabilité face aux usagers de leurs services pour leur accorder un place de choix dans ce mécanisme qui pourrait être un comité provincial de consolidation du programme de traitement.

6. RÉFÉRENCES

- Amblard H., Bernoux H., Herreros G., & Livian Y.-F. (1996) Les nouvelles approches sociologiques des organisations. Seuil, Paris.
- Bardin L. (1980) L'analyse de contenu. PUF, Paris.
- Becker H. S. (2002) Les ficelles du métier. La Découverte, Paris.
- Berk R. A. & Rossi P. H. (1990) Thinking About Program Evaluation. Sage, Newbury Park.
- Chambers D. E, Wedel K. R., & Rodwell M. K. (1992) Evaluating Social Programs. Allyn and Bacon, Boston.
- Chambers D. E. (1993) Social Policy and Social Programs. A Method for the Practical Public Policy Analyst. Mac Millan, New-York.
- Checkland P. & Scholes J. (1990) Soft Systems Methodology in Action. John Wiley & Sons, Chichester.
- Chen H.-T. (1990) Theory-driven Evaluation. Sage, Newbury Park.
- Cole G. E. (1999) Advancing the Development and Application of Theory-based Evaluation in the Practice of Public Health. *American Journal of Evaluation* 20: 453-470.
- Fraisse J., Bonetti M., & De Gaulejac V. (1987) L'évaluation dynamique des organisations publiques. Les Editions d'organisation, Paris.
- Funnell S. C. (2000) Developing and Using a Program Theory Matrix for Program Evaluation and Performance Monitoring. *New Directions for Evaluation* 87: 91-101.
- Hummelbrunner R. A. (2000) Systems Approach to Evaluation - Applications of Systems Theory and Systems Thinking in Evaluations . Lausanne, 4th European Evaluation SocietyConference.
- King J. A., Lyons Morris L., & Taylor Fitz-Gibbon C. (1987) How to Assess Program Implementation. Sage, Newbury Park.
- Ladouceur R., Boutin C., Doucet C., Lachance S., & Sylvain C. (2000) Programme d'évaluation et de traitement des joueurs excessifs. CQEPTJ, Université Laval, Québec.
- Ladouceur R., Fournier, P.-M., Sylvain C., Lachance S., & Boutin, C. (2002) Programme d'évaluation et de traitement des joueurs excessifs – Adaptation du programme à l'intervention de groupe. CQEPTJ, Université Laval, Québec.
- Léger J. M. & Florand M. F. (1985) L'analyse de contenu: deux méthodes, deux résultats ? In: *L'entretien dans les sciences sociales* (ed A. e. al. Blanchet) pp. 237-273. Dunod, Paris.

- Maison Jean Lapointe & Centre Dollard Cormier (2002) *Traitement du jeu excessif et pathologique - Intervention financière*. Montréal.
- McLaughlin M. W. (1987) *Implementation Realities and Evaluation Design*. *Evaluation Studies Review Annual* 12: 73-97.
- Huberman, A. M. & Miles M. B. (1991) *Analyse des données qualitatives – Recueil de nouvelles methods*. De Boeck, Bruxelles
- Mohr L. B. (1992) *Impact Analysis for Program Evaluation*. Sage, Newbury Park.
- Morin E. (1980) *La Méthode - 2.La Vie de la Vie*. Seuil, Paris.
- Morin E. (1990) *Introduction à la pensée complexe*. ESF, Paris.
- Owen J. M. & Rogers P. J. (1999) *Program Evaluation - Forms and Approaches*. Sage, London.
- Patton M. Q. (1997) *Utilization-focused evaluation - The new century text*. Sage, Thousand Oaks.
- Pawson R. & Tilley N. (1997) *Realistic Evaluation*, Sage. Londres.
- Perret B. (2001) *L'évaluation des politiques publiques*. Éditions La Découverte, Paris.
- Robert A. D. & Bouillaguet A. (1997) *L'analyse de contenu*. PUF, Paris.
- Rossi P. H. & Freeman H. E. (1989) *Evaluation - A Systematic Approach*. Sage, Newbury Park.
- Schalock R. L. & Thornton C. V. D. (1988) *Program Evaluation - A Field Guide for Administrators*. Plenum Press, New York.
- Smith M. F. (1989) *Evaluability Assessment - A Practical Approach*. Kluwer, Boston.
- Strauss A. & Corbin J. (1990) *Basic of Qualitative Research*. Sage, Newbury Park.
- Strauss A. (1992) *La trame de la négociation - Sociologie qualitative et interactionnisme*. L'Harmattan, Paris.
- Yin R. K. (1993) *Applications of Case Study Research*. Sage, Newbury Park.

ANNEXE 1

GUIDES D'ENTREVUES

Évaluation du programme expérimental sur le jeu pathologique

Rencontre avec les directeurs d'établissements ou les responsables de jeu pathologique

Guide d'entrevue

Chantale Audet

Denis Allard

Serge Chevalier

Institut national de santé publique du Québec

1 août 2001

Deux grands thèmes doivent être abordés :

1. La trajectoire du joueur
2. Le réseau en place

Les deux grands thèmes sont très liés entre eux. En fait, les questions peuvent être posées conjointement.

I. Historique de votre établissement

(5 minutes)

1. Depuis quand votre établissement existe-t-il ?
2. Pouvez-vous me raconter brièvement l'histoire de votre établissement ?
3. Quand avez-vous débuté à traiter des joueurs ?
4. Comment avez-vous été amené à traiter des joueurs ?
5. Combien de joueurs avez-vous traité jusqu'à maintenant ?
6. Combien pouvez-vous en traiter à la fois ?
7. Avez-vous (eu) besoin de publiciser vos services ?
8. Quelles sont les aménagements organisationnels et d'espace que vous avez eu à réaliser ? (par ex. en attente de locaux, plusieurs points de services, etc.).

II. Les ressources : le personnel et sa formation

(de quelques minutes à 10 minutes)

1. Bilan des ressources de l'organisme : (dans plusieurs cas, ces informations existent sur papier).
2. Combien de thérapeutes travaillent dans votre établissement ?
3. Quelle est la répartition des temps pleins, temps partiel ?
4. Pouvez-vous me parler de leur formation, de leur expérience auprès des joueurs ?
 - a. Est-ce qu'il y a des intervenants qui travaillaient déjà auprès des joueurs ? Qui sont-ils ?
 - b. Et les autres intervenants, quelle est leur expérience ?
5. Pour les intervenants ayant déjà travaillé auprès des joueurs, qu'est-ce qu'il les a motivés à prendre part au programme Ladouceur ?
 - a. Selon vous, quel bilan pourraient-ils en faire jusqu'à maintenant ? Est-ce que cela se déroule bien ? Est-ce qu'il y a des problèmes ?
 - b. Est-ce que la RRSSS de votre territoire a été impliquée dans le recrutement du personnel ?

III. Trajectoire du joueur ou organisation interne des services

Durée : environ 30 minutes

Les parties III et IV représentent le cœur de l'entrevue. Les explications concernant la trajectoire du joueur sont pratiquement relatées sous forme de récit. L'idée principale est de repérer la continuité (ou l'absence de continuité) dans le parcours du joueur. Les principaux thèmes abordés dans cette partie sont l'accueil, l'évaluation, l'admission, la liste d'attente, les références, le profil de la clientèle admise et le profil des personnes qui ne sont pas admises.

Pouvez-vous m'expliquer le parcours du joueur à partir du moment où vous recevez l'appel ?

1. L'accueil
 - a. Qui reçoit l'appel ?
 - b. Que se passe-t-il au cours de cet appel ?
 - c. Par qui les joueurs vous sont-ils référés ?
 - d. Quand se présentent des personnes en situation de crise ou des personnes qui ne peuvent attendre, que faites-vous ?
 - i. Et si vous ne pouvez pas les recevoir, que faites-vous ?
2. L'évaluation
 - a. Quand l'évaluation a-t-elle lieu ?
 - b. Qu'est-ce qui est évalué ?
 - c. Quel(s) outil(s) utilisez-vous ? (en obtenir une copie, si possible) Si SOGS, quelle traduction utilisez-vous ?
 - d. Qui est en charge de l'évaluation ?
3. L'admission
 - a. Quels sont les critères d'admission pour le traitement dans votre établissement ?
 - i. Pouvez-vous accueillir des personnes aux prises avec plus d'une problématique ?
 - ii. Si non, que faites-vous ? Que leur suggérez-vous ?
 - iii. Où est référé un joueur qui ne peut être admis dans votre établissement ?
 - b. Comment se déroule l'admission ?
 - c. Quand a-t-elle lieu ?
 - d. Question financière : est-ce que vos traitements sont gratuits ?
 - i. Si non, devez-vous prendre des arrangements avec le client ?
 - ii. Comment procédez-vous ?

4. La liste d'attente
 - a. Avez-vous une liste d'attente ?
 - b. Si oui, comment est-elle gérée ?
 - c. Avez-vous plus qu'une liste d'attente ?
 - d. Demeurez-vous en contact avec les joueurs qui sont en attente de services ?
 - e. Si oui, comment procédez-vous ?
5. Le profil de la clientèle admise (quand c'est possible, parler brièvement des caractéristiques des joueurs admis).
6. Le profil des personnes qui ne sont pas admises
 - a. Qui sont les joueurs qui ne peuvent recevoir de traitement dans votre établissement ?
 - b. Quelles sont vos procédures dans ces situations ?

IV. Traitement

(Durée : entre 30 et 45 minutes)

1. Quel type de services offrez-vous ? (dans le cas où des services seraient offerts à l'interne et à l'externe, poser les questions 2 à 9 pour les deux types de services).
 - a. Internes ?
 - b. Externes ?
 - i. Quelle est la fréquence des rencontres ?
 - ii. Combien de temps durent-elles en moyenne ?
 - iii. Comment fonctionnez-vous pour les rendez-vous ? Sont-ils tous planifiés dès le début ou est-ce plutôt de rendez-vous en rendez-vous ?
2. Quel type de thérapie offrez-vous ? Individuelle ? De groupe ? De couple ?, etc.
 - a. Pouvez-vous me donner des détails ?
3. Est-ce que la motivation est un problème ?
 - a. Quelle est l'importance de cette facette pour le traitement ?
 - b. Est-ce qu'il y a des personnes qui ne sont pas admises au traitement pour manque de motivation ?
 - c. Que leur arrive-t-il ?
 - d. Faites-vous un suivi des personnes non-motivées ?
 - e. Les revoyez-vous éventuellement ?
4. Si vous acceptez des personnes aux prises avec plus d'une problématique, comment organisez-vous vos services ?

5. Est-ce qu'il y a des abandons en cours de traitement ?
 - a. Quel est le taux d'abandon ?
 - i. En cours de traitement ?
 - ii. En cours d'attente ?
 - b. Que faites-vous suite à un abandon ?
 - c. Tentez-vous de convaincre la personne de revenir ?
 - d. Reprenez-vous éventuellement contact avec elle ?
6. À partir de quand votre intervention se termine-t-elle ?
 - a. Quel est votre critère de succès à l'interne ?
7. Assurez-vous un suivi post traitement ?
 - a. Si oui, quelle forme prend-il ?
8. Quelle est l'importance des rechutes ? Qu'en savez-vous ? Pouvez-vous m'en parler ?
 - a. Ont-elles lieu en cours de traitement ?
 - b. Ont-elles lieu après le traitement ?
 - c. Que se passe-t-il suite à une rechute ?

V. Instauration du programme de traitement Ladouceur

(10 à 15 minutes)

1. Formation Ladouceur : qui a eu la formation ? Est-ce la totalité des intervenants ?
2. Où en êtes-vous dans l'instauration la formation Ladouceur ?
3. Quel bilan pouvez-vous en faire jusqu'à maintenant ?
4. Avez-vous eu à contacter leur ligne téléphonique pour de l'aide qu'ils offrent aux intervenants ? Est-ce qu'on a pu répondre à vos questions ?

VI. En guise de conclusion

1. Quelles sont, selon vous, les forces et les faiblesses du programme expérimental ? De l'organisation régionale des services ? De votre organisation interne des services ?
2. L'approche que nous avons choisie pour l'évaluation se veut participative. Dans deux ans, sur quelle base aimeriez-vous être évaluée ?
3. Que souhaitez-vous que l'on retienne le plus de notre entretien ?

Instruments déjà existants

1. Avez-vous des instruments (grille, questionnaire, etc.) pour l'accueil, l'évaluation ou autres ?
2. Par qui ont-ils été élaborés ?
3. À quel moment sont-ils utilisés ?
4. Demander des détails sur chacun des instruments et obtenir une copie.

Évaluation du programme expérimental sur le jeu pathologique

Rencontre avec les coordonnateurs
des sites-pilotes
Guide d'entretien

**Chantale Audet
Denis Allard
Serge Chevalier**
Institut national de santé publique du Québec
31 juillet 2001

I. Organisation de la coordination

1. Décrivez-nous brièvement l'historique de l'organisation de la coordination.
 - a. Quelle est la date de l'entrée en fonction du coordonnateur ?
 - b. Avez-vous une idée de l'ampleur du problème relié aux joueurs excessifs dans votre région ? Et de celui du jeu ?
2. Entretenez-vous des liens avec les autres sites pilotes ?
 - a. Si oui, de quelle façon ?
 - b. Si non, en ressentez-vous le besoin ?
3. Décrivez-nous vos relations avec le MSSS ?
 - a. Comment votre RRSSS a-t-elle été mandatée par le MSSS pour l'établissement du site pilote ?

II. Organisation régionale des services

Historique de la mise en place du réseau

1. Quels sont les établissements et les organismes de votre région qui offrent des services aux joueurs ?
2. Comment les établissements et les organismes ont-ils été sélectionnés ?
3. Parler-moi de l'établissement des comités de pilotage et clinique ?
 - a. Depuis quand existent-ils ?
 - b. Quels sont leurs objectifs ?
 - c. Comment fonctionnent-ils ?
 - d. Quel bilan en faites-vous jusqu'à maintenant ?

Les services régionaux offerts

1. Décrivez-moi le réseau présentement en place.
 - a. Qu'en est-il pour les références ?
 - b. Qu'en est-il pour le dépistage de joueurs ?
 - c. Qu'en est-il pour les situations de crise ?
 - d. Qu'en est-il pour le traitement ?
 - i. Traitement interne ?
 - ii. Traitement externe ?

- e. Quel bilan du réseau régional faites-vous jusqu'à maintenant ?
 - i. Quels sont les services que vous n'avez pu jusqu'à maintenant mettre sur pied ?
 - ii. Lesquels pensez-vous ne pas pouvoir mettre sur pied ?
 - iii. Que reste-t-il à mettre en place ?
 - a. Qu'en est-il des services financiers offerts aux joueurs ?

En guise de conclusion

1. Que faut-il le plus retenir de cet entretien ?

La durée prévue pour l'entrevue est de 1½ heure également répartie entre les thèmes.

ANNEXE 2

LISTE DES ORGANISMES DE TRAITEMENT

ANNEXE 2 - LISTE DES ORGANISMES DE TRAITEMENT

Liste des organismes de traitement qui ont participé aux entrevues

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

ANNEXE 3

EXTRAITS D'ENTREVUES SUR LES DÉTERMINANTS DU JEU

ANNEXE 3 – EXTRAITS D’ENTREVUES SUR LES DÉTERMINANTS DU JEU

Dans le cours des entrevues avec les directions, plusieurs anecdotes nous ont été racontées, plusieurs exemples et plusieurs raisons données pour rendre compte de l’existence du problème de jeu pathologique chez les clients ou la population en général⁹. Pris séparément chacune de ces mentions n’est qu’illustrative d’une réalité isolée, mais considérées ensemble elles deviennent une théorie partielle du problème du jeu. C’est à cet exercice de rassemblement et de synthèse que nous nous livrons dans ce texte. Le résultat est révélateur de la complexité du problème auquel les organismes de traitement ont à s’attaquer, de l’ensemble des facteurs, à la source et au maintien du problème, sur lesquels il faut agir pour pouvoir espérer un contrôle des habitudes de jeu excessif. Et le but de l’exercice est justement de souligner que cette complexité en appelle une autre qui est celle de la théorie du programme, c’est-à-dire des moyens à mettre en œuvre pour venir en aide à la population des joueurs problématiques.

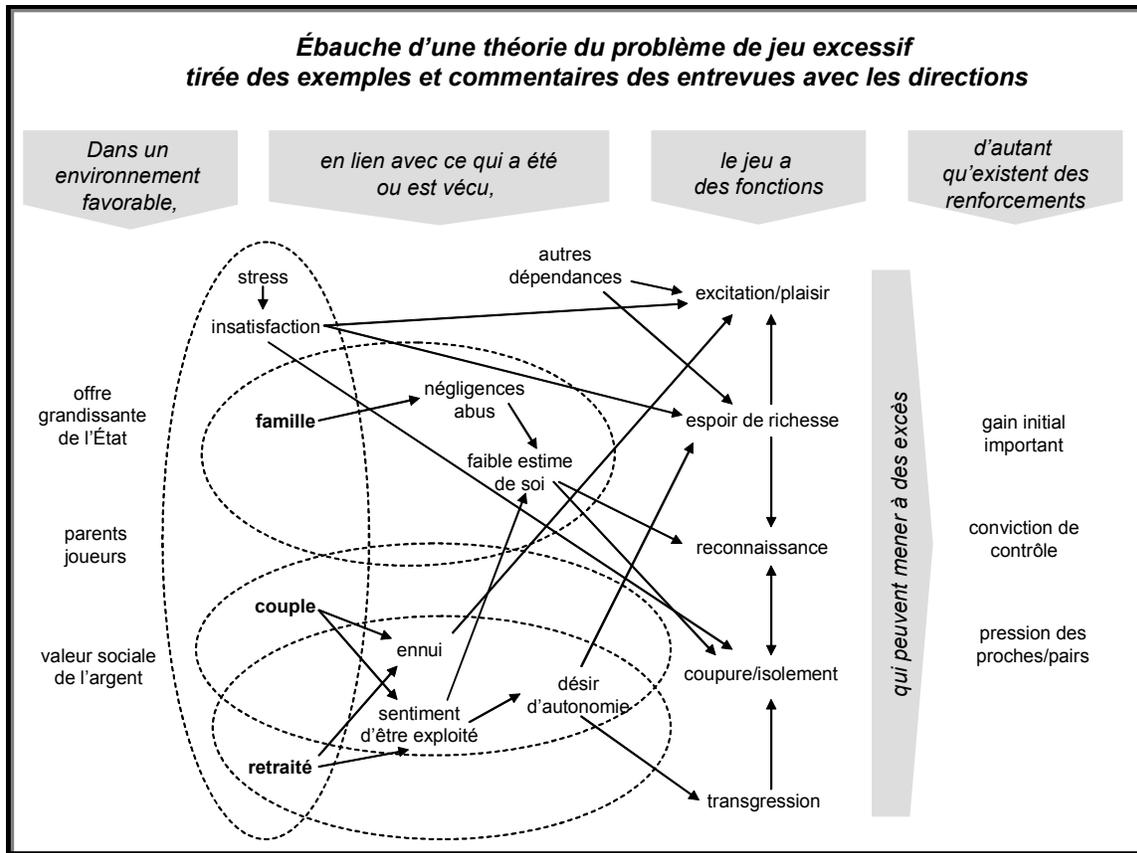
Rappelons que les entrevues n’avaient pas pour objectif de traiter de la définition du problème. Si nous l’avions fait, il y aurait évidemment eu une somme d’information beaucoup plus considérable et le résultat aurait été différent et sans doute plus élaboré. La synthèse présentée ici n’est toutefois pas sans intérêt. Elle rejoint notre conviction profonde que les personnes impliquées dans le processus clinique de traitement des joueurs, s’ils mettent ensemble leurs connaissances, peuvent produire un portrait de l’univers de leur intervention utile aux réflexions de tous sur leurs pratiques. On peut imaginer la richesse de ce qu’on pourrait produire à partir d’une information spécifiquement recueillie à cet effet auprès des intervenants.

La figure suivante nous donne une image de cette théorie partielle. Ce qui nous a été dit peut être regroupé autour de grandes dimensions exprimées dans la proposition suivante :

- ***Dans un environnement favorable,***
- ***en lien avec ce qui a été ou est vécu,***
- ***le jeu a des fonctions***
- ***qui peuvent mener à des excès,***
- ***d’autant qu’existent des renforcements.***

Nous allons reprendre chacune des ces dimensions et y rattacher, à titre illustratif, quelques extraits d’entrevues. Il faut se rappeler qu’un même extrait porte rarement sur une seule dimension à la fois. Chaque extrait renvoie donc à d’autres dimensions qui forment une totalité.

⁹ Chacune de ces mentions a été codé «déterminant du jeu» à l’aide du logiciel d’analyse de contenu NVivo. L’ensemble des extraits d’entrevues codés ainsi forme le corpus qui nous analysons ici.



...le jeu a des fonctions

La dimension centrale de la théorie du problème est l'attribution au jeu, dans les entrevues, d'un certain nombre de fonctions qui marquent l'attrance par rapport au jeu. La première est une fonction **d'excitation et de plaisir**.

Il y a le fait que ça amène une excitation de jouer qui est très semblable à la consommation de cocaïne. Souvent, on retrouve les deux ensembles. Un arrête de consommer la «coke», puis là après ça, il transfère dans le jeu, ou bien les deux sont ensemble puis il joue, il joue, il joue, puis pour jouer longtemps, il consomme de la cocaïne pour faire perdurer ses périodes de jeu. Quand tu leur enlèves ça, ils tombent dans une période de sevrage, il y a un manque, ils s'ennuient, ils trouvent ça plate. Il n'y a plus cette source extérieure qui les excite avec laquelle ils allaient chercher tout ce qu'ils avaient besoin dans la vie comme excitation, comme plaisir, à partir de cette machine-là. Quand on leur propose de se trouver des activités, ils ne trouvent pas d'activité qui les stimule autant que la prise de consommation ou les périodes de jeu. Il faudrait quasiment que tu les fasses sauter en parachute (23).

Cet extrait montre l'élargissement possible du problème de jeu à celui des dépendances, soit comme dépendance complémentaire, soit comme déplacement d'une dépendance à l'autre. Ces deux aspects nous ont été mentionnés à d'autres occasions.

Un jeune qui me voit pour un problème de jeu va dire à ses pairs que le jeu n'est pas un problème pour lui. Pensée magique et gains faciles sont présents pour permettre d'acheter sa drogue. Donc le jeu est la deuxième problématique. Par ailleurs, on va peut-être avoir plus de clientèle toxico à partir du jeu parce que c'est plus facile de se présenter avec un problème de jeu qu'un problème de drogue (16).

Quelle fonction a le jeu dans la vie des gens? Parfois le mur à traverser, il est grand. Il y a des gens qui ont fait beaucoup d'efforts pour guérir leur alcoolisme et qui ont effectué un déplacement dans le jeu ou les achats compulsifs. Ils ont de gros problèmes à se mobiliser à nouveau, ils n'ont pas nécessairement les ressources. Il y en a pour qui la marche est haute parce qu'il y a un nœud. Il y a un nœud en quelque part dans leur vie qui fait qu'ils tombent dans l'alcool ou le jeu. Parfois le nœud n'est pas travaillé, puis ils ne sont pas prêts à le faire (18).

Une autre fonction est le fait que le jeu représente la possibilité de gagner de l'argent, donc un **espoir de richesse**, le terme de « richesse » ayant une signification très différente selon les personnes. L'important est la distance que ce gain éventuel peut produire par rapport à sa situation courante et qui correspond à ses attentes. La richesse est vue comme le fait de gagner assez d'argent pour que cela devienne une solution à ses problèmes.

Il y a des différences entre la petite ménagère qui est dépassée, qui est rendue à conter des menteries et qui est malhonnête, ça n'est pas dans ses valeurs, pas du tout. Elle est écrasée par ça, la honte, la culpabilité. Elle n'est pas comme le joueur endurci qui a des patterns, pour qui c'est intégré, c'est sa vie. Mais aussi ils se rejoignent parce qu'à un moment donné l'argent devient une solution dans leur vie. (23)

Cet espoir de richesse est à la fois un facteur d'excitation par rapport au jeu et un facteur de démarcation lorsque les gains se produisent. Le gain concrétise la distanciation que le joueur souhaitait. Il implique une **reconnaissance** que le joueur imagine ou constate. Il s'agit là d'une autre fonction du jeu.

Ça, c'est soulevé énormément dans le groupe. ...on est vraiment des êtres ignorés et tous et chacun dans le groupe vivent vraiment cette solitude là et d'être en contact avec une machine c'est comme se mettre dans un état second et d'oublier cette solitude là... Mais en même temps quand j'entre au Casino je me sens quelqu'un. Puis quand je gagne puis qu'il y en a qui me regarde je suis quelqu'un (20).

Les contacts avec les joueurs permettent de dire qu'ils y trouvent une façon de se donner de l'importance dans un milieu où ils sont de nouveaux arrivants isolés qui ne parlent ni l'anglais, ni le français (03).

Le premier des deux extraits précédents souligne que la reconnaissance peut être vécue avec son double opposé qui est l'**isolement**. Le jeu peut servir à se couper d'un monde qu'on rejette, d'un monde où on est rejeté, et à se laisser porter et enfermer dans une autre vie. Pour certaines personnes, il semble même que cette coupure soit un défi, une bravade, une **transgression** par rapport à ce qu'on a voulu leur imposer.

J'ai vu des gens qui par rapport avec l'argent se disent: « Les autres membres de ma famille l'auront pas mon argent, je vais la dépenser, je vais la brûler cet argent-là, c'est à moi ». Il y a là-dedans des personnes plus âgées ou des pourvoyeurs qui se sentent exploités (18).

Il y a un nombre important de clients-ci qui savent exactement ce qu'ils font, dans le sens qu'ils comprennent qu'ils perdent, ils comprennent que plus ils jouent plus ils perdent; ils comprennent qu'ils n'ont pas vraiment de contrôle. Mais ils ont d'autres motivations. Ils sont en colère face à une autre personne... (14)

... en lien avec ce qui a été ou est vécu

Toutes ces fonctions, largement interreliées, répondent à des situations problématiques fort différentes. De manière générale, elles sont une réponse à un **stress** et une insatisfaction vécus dans l'immédiat.

On a souvent des gens qui ont des problèmes relationnels, c'est des gens qui ont des problèmes d'habileté sociale ou de solitude, ...c'est un moyen d'évasion par rapport à un stress, par rapport à de l'insatisfaction, des choses comme ça (18).

Mais elles peuvent être rattachées à des situations plus précises qui plongent dans un passé lointain et parfois dramatique se répercutant sur l'**estime de soi**.

Il y a plus d'hommes que de femmes, la moyenne d'âge elle est 38-40 ans environ. Il y a vraiment un élément commun à tous, je dis bien à tous les individus qui sont là actuellement, sauf peut-être le dernier... Toutes les personnes ont subi l'inceste, hommes et femmes. C'est assez spécial (20).

Ou alors elles se manifestent dans des difficultés plus récentes de couple ou de famille. Nous avons déjà évoqué plus haut l'exemple des personnes âgées et retraitées qui jouent pour se sortir d'une situation où elles se sentent exploitées. Mais ce peut être le cas aussi de l'épouse qui se sent financièrement dépendante et trouve dans le jeu un espoir d'**autonomisation**.

Ça fait des années qu'ils restent ensemble. Un mari qui est un peu contrôlant, qui gère l'argent, et la femme se retrouve toujours en demande, toujours sous le contrôle de son mari. Puis à un moment donné, par hasard, elle joue un petit peu, elle fait un gain, cinquante, soixante piastres, ça lui crée une certaine autonomie. Elle va rejouer encore un petit peu, elle refait un autre gain important, elle n'a plus besoin d'aller demander à son conjoint. Il y a eu gain d'argent, mais aussi tout ce que ça créé chez cette personne-là sur le plan de l'estime de soi, de la valorisation, de l'indépendance. C'est devenu comme une

solution dans sa vie, puis là elle se met à jouer, puis après ça à un moment donné elle perd, elle fait des gros chèques dans le compte (23).

On aura remarquer dans l'extrait précédent que la dite dame s'est retrouvée dans cette situation de jeu pathologique pour deux raisons supplémentaires. La première est que « par hasard, elle joue un petit peu » et la seconde est qu'elle « fait un gain » et « refait un autre gain ». Pour jouer « par hasard », il faut que le jeu existe, qu'il y ait une offre de jeu. Cela fait partie des facteurs qui créent un environnement favorable au jeu. L'autre raison nous renvoie à un ensemble de facteurs qui sont de l'ordre du renforcement.

Dans un environnement favorable...

Les entrevues nous permettent d'identifier quatre composantes de cet environnement favorable. Nous venons de mentionner le premier qui est l'**offre de jeu**, une offre qui est de plus en plus présente et alléchante.

Certains bars essaient de recréer un peu l'ambiance casino. On les voit prendre de l'expansion à travers les années là. Ça c'était une salle de danse toute petite voilà une couple d'années, trois ou quatre machines là, voilà à peine sept, huit ans, là c'est rendu un mini-casino (09).

Une offre qui dépend d'abord de l'État et peut trouver preneur en partie à cause de l'influence exercée par les parents dans le présent ou le passé sur le habitudes de jeu.

Il faudrait former les parents qui donnent des billets en cadeau, aborder la question sociale : le gouvernement qui va chercher ses revenus avec le jeu. On manque au niveau de l'analyse (16).

Mais il y en a d'autres aussi qui eux, c'est de génération en génération. Une petite madame là qui vient de finir sa thérapie de quatre semaines là, elle a 61ans..., c'est son père qui était un joueur compulsif. J'en ai un autre ici qui vient d'une famille de 17 enfants, il me dit : « Je pense qu'on est douze qui jouons chez nous, puis mon père il jouait » (10).

Mais lui, son père, c'est son père qui l'a initié aux courses quand il était ado, son père était un homme d'affaires. Il lui donnait 100 \$ ou 200 \$, puis il disait : « Vas miser sur tels chevaux pour moi », et puis ç'a parti comme ça (10).

Mais au-delà de l'offre et de l'exemple, il y a une valorisation très forte de l'**argent** et des possibilités qu'il représente, en particulier chez les jeunes. Et le crédit s'offre comme un moyen d'accès facilité vers cette fantasmagorie de l'argent.

Il y a faiblesse de la formation sur la valeur de l'argent, la facilité, la pensée magique chez les jeunes adultes (en bas de 30 ans, et aussi ados). C'est plus ou moins abordé dans le programme. Le pouvoir de l'argent. Dans la thérapie par le réel, on parle des besoins fondamentaux (valeur démesurée de l'argent, ex. salaire des joueurs de hockey) (16).

Oui, je suis préoccupé par ça moi, l'association entre les barmans ou les serveurs, les hôteliers, les usuriers et clients. Jusqu'où va cette association et de l'incitation jusqu'à un certain point. On a vu l'exemple de quelqu'un qui s'achetait une bière avec sa carte de crédit puis il sort 98 \$ en plus de son 2,50 \$ pour payer sa bière puis que l'hôtelier acceptait de passer ça sur une carte de crédit là. C'est ce lien-là (15)

... d'autant qu'existent des renforcements

Ces facteurs d'environnement favorable se prolongent d'une certaine façon dans des événements spécifiques au jeu et renforcent le cycle dans lequel le joueur va ou est déjà enfermé. En premier lieu, l'attrait de l'argent et de ce qu'il procure, le désir de richesse doivent se manifester minimalement dans un ou des **gains initiaux** ou suffisamment rapprochés.

Quand on pose la question dans les premières semaines sur ce qui les a emmenés à commencer à jouer, ce n'est peut-être pas à 100 %, mais ils se souviennent tous d'avoir gagné un gros gain pour une mise raisonnable (09).

Dans les faits, c'est sûr que les gens ont toujours joué une première fois pour essayer. Ils ont tous essayé ça puis, dans les premières fois qu'ils ont joué, ils ont tous gagné un moment donné. Puis parce qu'ils ont gagné...en peu de temps. Puis après ça, bien, tranquillement, l'habitude s'est installée (10).

Les gains sont le carburant dont se nourrit au départ la **conviction de contrôle** du jeu qui, à son tour, rassure sur la capacité de gagner. Les modèles cognitifs de traitement élaborent largement sur cette question et les entrevues ne manquent pas de le refléter. À titre d'exemple cet extrait qui se présente comme un extrême de la conviction de contrôle.

... j'ai eu l'occasion d'entendre parler de quelqu'un d'un certain âge qui était avec son garçon. Ils étaient tous les deux dans une espèce de délire, ils avaient développé une méthode, tous les deux, pour gagner, puis ils étaient convaincus qu'ils allaient gagner, puis là ils travaillaient là-dessus, c'était devenu une obsession. Et le père a... subventionné le fils pour qu'il arrête de travailler puis il s'est consacré uniquement à ça, il allait jouer puis là il revenait, puis ils remettaient leur méthode au point puis une espèce de délire à deux comme ça (12).

Mais le renforcement peut venir aussi du **réseau de proches ou de pairs** qui se crée autour du jeu et ajoute une pression supplémentaire à l'obligation de gagner.

Puis il y a la question des conjointes qui peut renforcer la dépendance au jeu parce qu'elle profite des avantages (voyages, cadeaux). Tu vois pas ça chez le toxicomane. S'il gagne suffisamment souvent, un joueur peut jouer longtemps et maintenir ce « frame up » du « paraître » qui joue sur l'estime de soi (grosse maison, bateau, bijoux, voyages). Arrêter de jouer, c'est « être fait ». L'argent est la valeur qui permet le standing, chacun à sa hauteur. Pour le toxicomane, c'est plus facile d'admettre la déchéance parce qu'elle est là, elle est plus visible (06)

La vie de travailleur de restaurant offre aussi des périodes creuses de loisirs, sans alternatives, où la pression du groupe peut inciter à aller jouer (03).

Chez les joueurs, chez les jeunes, à l'occasion il y a un réseau parallèle qui se crée pour les jeunes joueurs, c'est-à-dire qu'ils circulent dans un monde plus de joueurs. Il y a les paris sportifs qui sont impliqués souvent chez les jeunes, plus que les vidéos au départ en tout cas... Il n'est plus dans son réseau d'amis, il est dans un réseau de trafic et d'objets, parce que s'il commence à voler un peu ou à ramasser des objets chez eux qu'il revend, donc il n'est pas forcément isolé non plus (12).

Et, comme on le voit dans ce dernier extrait, on entre dans l'univers des conséquences qui sont aussi des facteurs de poursuite du jeu et avec lesquels les organismes de traitement doivent composer dans les premiers moments du traitement. C'est sur cet aspect des solutions que les entrevues abordent les conséquences. Il n'y a donc pas lieu de poursuivre. Notre trajet de rassemblement et de synthèse d'extraits d'entrevues sur les déterminants du problème de jeu se termine ici. Cet exercice, rappelons-le, tout incomplète que soit l'image qui en résulte, laisse poindre trois orientations pour les services de traitement:

- Les déterminants du jeu sont nombreux et complexes; les moyens d'y faire face dans le traitement devraient chercher, dans la mesure du possible, à les couvrir.

- À cet effet, la théorie précédente montre l'importance mise de l'avant par les interviewés sur les réseaux de relations du joueur, présents et passés, comme facteurs déterminants du problème. Il y a donc un espace pour intégrer des approches plus psychodynamiques et systémiques dans le traitement.
- Le phénomène des jeux de hasard et d'argent évolue rapidement et le regard qu'on porte sur lui aussi. Les intervenants devraient avoir plus d'occasions d'exprimer et d'échanger entre eux et avec d'autres (dirigeants politiques, chercheurs) sur ce qu'ils en perçoivent dans leur pratique de tous les jours. Le programme de traitement pourrait profiter de tels échanges s'ils sont systématisés et leurs résultats accessibles à tous.