



information



formation



recherche

ÉVALUATION DU PROGRAMME EXPÉRIMENTAL SUR LE JEU PATHOLOGIQUE

RAPPORT 7

MONITORAGE ÉVALUATIF – INDICATEURS D'IMPLANTATION
DONNÉES RÉTROSPECTIVES

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC

ÉVALUATION DU PROGRAMME EXPÉRIMENTAL SUR LE JEU PATHOLOGIQUE

RAPPORT 7

MONITORAGE ÉVALUATIF – INDICATEURS D'IMPLANTATION
DONNÉES RÉTROSPECTIVES

DIRECTION DU DÉVELOPPEMENT ET DES PROGRAMMES
UNITÉ CONNAISSANCE-SURVEILLANCE

MARS 2003

AUTEURS

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
Denis Allard	Institut national de santé publique du Québec Direction Développement et programmes, Unité Connaissance-surveillance
Denis Hamel	Institut national de santé publique du Québec Direction Développement et programmes, Unité Connaissance-surveillance
Michèle Crépin	Institut national de santé publique du Québec Direction Développement et programmes, Unité Connaissance-surveillance

RÉFÉRENCE SUGGÉRÉE

Audet, C., St-Laurent, D., Chevalier, S., Allard, D., Hamel, D., & Crépin, M. (2003). *Évaluation du programme expérimental sur le jeu pathologique. Rapport 7. Monitorage évaluatif – indicateurs d'implantation – données rétrospectives*. 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.

REMERCIEMENTS

Ce rapport n’aurait pu être produit sans la collaboration de plusieurs personnes que les auteurs souhaitent ici remercier chaleureusement.

Line Mailloux, qui a fait le travail de mise en forme de ce document et qui a également participé à la saisie des données.

Elisabeth Papineau, pour sa lecture préliminaire de ce texte et ses conseils judicieux.

Catherine Geoffrion, de l’Institut national de santé publique du Québec pour son soutien, ses commentaires et sa grande aptitude pour le travail d’équipe.

Valérie Émond, de l’Institut national de santé publique du Québec pour ses conseils, son soutien et son humour.

Gaële Côté, Marie-Anne Kimpton et Marie-Ève Barette, pour leur précision, leur patience et leur endurance dans l’exécution du travail de transcription et de saisie des données

Karine Bellemare, de l’Institut national de santé publique du Québec pour tout le soutien technique : réservations de voiture, de train, d’hôtel ; impression des outils de collecte de données ; très nombreux envois de formulaires aux ressources de traitement et la quantité d’autres détails sans lesquels une telle collecte de données ne pourraient avoir lieu.

Les coordonnateurs des sites-pilotes, pour leur soutien constant, pour avoir facilité notre travail avec les ressources de traitement et pour leur bonne collaboration.

Les directeurs et directrices des établissements et les responsables cliniques, qui nous ont soutenus lors de la mise en œuvre du monitoring. Ce travail a nécessité plusieurs échanges et leur collaboration a été un atout certain.

Les intervenants des ressources de traitement du jeu pathologique, qui, d’une part, viennent en aide aux joueurs pathologiques québécois et qui ont, d’autre part, participé à cette étude même quand cela impliquait un ajout à leur charge de travail déjà considérable. Leur professionnalisme et le souci de leurs clients ne cessent de nous impressionner. Merci pour leur collaboration, le partage de leurs connaissances et leurs suggestions.

RÉSUMÉ

Ce document présente les résultats préliminaires du volet quantitatif du monitoring évaluatif du Programme expérimental sur le jeu pathologique. Il prend appui sur des données recueillies, de mai 2001 à octobre 2002, dans les 23 organismes de traitement du jeu pathologique choisis dans quatre sites-pilotes : (1 Montréal, Laval et Montérégie, (2 Québec et Chaudière-Appalaches, (3 Outaouais, (4 Bas-St-Laurent, Gaspésie et les îles-de-la-Madeleine. Un total de 2030 dossiers ont été transmis à l'INSPQ pour cette période. Une partie de ces dossiers ont été complétés dès les débuts de la mise en œuvre des services avant que nous ne proposons notre démarche de collecte de données. Il y a donc plusieurs données manquantes.

Il ressort de l'analyse de ces données que 68 % des personnes inscrites au programme de traitement sont de sexe masculin et près des deux tiers sont âgés entre 35 et 54 ans. Trois personnes sur quatre possèdent l'équivalent d'un diplôme secondaire ou moins et 71 % des joueurs inscrits occupent un emploi. Les jeux auxquels s'adonnent majoritairement les joueurs en traitement sont les appareils électroniques de jeu (AÉJ).

L'utilisation des outils diagnostiques du jeu pathologique (le SOGS et le DSM-IV) montre que le score moyen des participants est près de 12 sur 20 au SOGS et de 7 sur 10 au DSM-IV, ce qui dans les deux cas témoigne d'un problème de jeu pathologique. Par ailleurs, la proportion des joueurs qui souffrent d'un problème de jeu pathologique à l'arrivée, selon leur score au DSM-IV, est de 91 %. Ce qui signifierait que, 9 % de la clientèle inscrite serait une clientèle non visée par le programme. Les données pouvant expliquer ce constat sont insuffisantes pour l'instant. Des hypothèses peuvent toutefois être formulées. L'utilisation de ce test n'est pas homogène : il est utilisé à divers moments de la thérapie (à l'arrivée ou après quelques rencontres, par exemple), il est administré de façon très variée (le client peut, par exemple, le remplir par lui-même dans la salle d'attente, à la maison, ou encore avec le thérapeute lors d'une séance) et l'interprétation que les cliniciens en font diffère. Ces disparités dans l'utilisation peuvent influencer le score obtenu.

Une différence notable est observée entre le taux de complétion du traitement par les joueurs inscrits aux organismes qui offrent des services à l'externe (33 %) et ceux qui offrent des services à l'interne (95 %). Des 66 % qui abandonnent le traitement en externe, le tiers le font en le signifiant à leur thérapeute. Ces données corroborent les constats déjà publiés dans la littérature sur la difficulté de maintenir la fréquentation et la motivation des joueurs en traitement externe parce qu'ils ne sont pas isolés de leur environnement d'obligations et de risques. Il faudra se pencher davantage sur les motifs d'abandon des clients en externe puisqu'une majorité de la clientèle s'y retrouve. Il faudra aussi questionner ce que le client en retire puisque la durée moyenne de traitement équivaut à plus de la moitié (environ 65 jours) de celle d'un traitement complété et le nombre moyen de rencontres de thérapie à plus du quart (de 5 à 6 rencontres). Un abandon n'est pas forcément un échec pour le programme si on tient compte du fait que l'ancrage dans un processus de traitement peut nécessiter pour certains quelques tentatives.

PRÉSENTATION

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 monitoring 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
- Rapport 5. Le contexte évolutif de l'environnement des jeux de hasard et d'argent durant la période d'évaluation
- Rapport 6. Monitoring évaluatif – entrevues initiales auprès des décideurs et des coordonnateurs cliniques
- Rapport 7. Monitoring 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 réflexion
- Rapport 11. Monitoring évaluatif – deuxième entrevue auprès des décideurs et des coordonnateurs cliniques – évolution de la situation
- Rapport 12. Monitoring 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

Dans le cadre de ce volet de la recherche, plus de 2000 personnes se sont présentées en traitement de juin 2001 à octobre 2002. Autant de personnes pour lesquelles une série de questionnaires ont été administrés afin de connaître leur état à l’entrée, la durée de leur traitement, leur statut au congé et une série d’autres informations qui serviront d’indicateurs dans nos efforts pour mesurer jusqu’à quel point les objectifs du programme expérimental ont été atteints. Ces données permettront également de mieux connaître les caractéristiques de la clientèle qui a recours aux services de traitement.

TABLES DES MATIÈRES

1. INTRODUCTION	1
2. REVUE DE LITTÉRATURE	5
2.1. L’Ontario	5
2.2. L’État de Victoria (Australie).....	6
2.3. L’Oregon	7
2.4. Le Minnesota	8
3. INDICATEURS DU SYSTÈME PARI	11
4. MÉTHODOLOGIE	17
4.1. Développement des indicateurs.....	17
4.2. Élaboration des outils de collecte de données.....	17
4.3. Les instruments de collecte des données reliées aux indicateurs	21
4.4. Le processus de collecte et de gestion des données	24
4.5. Constitution de la base de données et saisie.....	25
4.6. Traitement des données	26
4.7. Considérations éthiques	26
5. RÉSULTATS	27
5.1. Les caractéristiques sociales des joueurs.....	30
5.2. Les problèmes de jeu des joueurs à l’inscription au programme	35
5.4. Les problèmes de jeu au congé.....	43
5.5. La participation au programme	45
6. DISCUSSION	53
6.1. Les caractéristiques sociales des joueurs.....	53
6.2. Et pour la suite ?	62
7. CONCLUSION	65
8. RÉFÉRENCES	67

ANNEXE 1	LISTE ET CARACTÉRISTIQUES DES ORGANISMES DE TRAITEMENT	69
ANNEXE 2	LES OUTILS DE LA COLLECTE DE DONNÉES : « BILAN DE PARTICIPATION DU CLIENT »	73
ANNEXE 3	LES OUTILS DE LA COLLECTE DE DONNÉES : « L’ENTREVUE D’ABANDON »	77
ANNEXE 4	LES OUTILS DE LA COLLECTE DE DONNÉES : LE SOUTH OAKS GAMBLING SCREEN – SOGS ET LE DSM-IV.....	83
ANNEXE 5	LES OUTILS DE LA COLLECTE DE DONNÉES : « INTENSITÉ ET CONSÉQUENCES DU JEU ».....	91
ANNEXE 6	AIDE-MÉMOIRE SUR L’UTILISATION DES DIFFÉRENTS FORMULAIRES DE CUEILLETTE DE DONNÉES	95
ANNEXE 7	LES OUTILS DE LA COLLECTE DE DONNÉES : « GRILLE DE COLLECTE DE DONNÉES POUR LE MONITORAGE DES SERVICES DE TRAITEMENT DES JOUEURS PATHOLOGIQUES – CARACTÉRISTIQUES SOCIALES ».....	99
ANNEXE 8	GUIDE D’ACCOMPAGNEMENT DES FORMULAIRES À UTILISER POUR LA COLLECTE DE DONNÉES	107
ANNEXE 9	JOURNAL DE BORD	117
ANNEXE 10	FORMULAIRE DE GESTION : JOURNAL DES COMMUNICATIONS	121
ANNEXE 11	FORMULAIRE DE GESTION : RÉCEPTION DES DONNÉES.....	125
ANNEXE 12	FORMULAIRE DE GESTION : ENVOI DES FORMULAIRES VIERGES AUX RESSOURCES DE TRAITEMENT.....	129
ANNEXE 13	ÉVALUATION DU PROGRAMME EXPÉRIMENTAL SUR LE JEU PATHOLOGIQUE	133
ANNEXE 14	FEUILLET D’INFORMATION PROJET DE MONITORAGE ÉVALUATIF DU PROGRAMME EXPÉRIMENTAL SUR LE JEU PATHOLOGIQUE	139

1. INTRODUCTION

Comme plusieurs sociétés modernes, le Québec est aux prises avec le problème croissant de la dépendance aux jeux de hasard et d'argent. La prévalence des joueurs pathologiques se situe autour de 2 % de la population adulte et aurait crû avec l'offre de jeu dans les dix dernières années (Chevalier et Allard, 2001). Le rôle principal de l'État dans le développement de cette offre lui a valu de nombreuses critiques de la presse et du Vérificateur général du Québec. On lui a rappelé la nécessité de prendre ses responsabilités dans la prévention des problèmes associés au jeu et le soutien thérapeutique de ceux qui ont à y recourir.

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

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

Dans ce programme, le volet prioritaire à développer était l'offre de services de traitement pour les joueurs pathologiques adultes. Le MSSS a identifié dans les régions-pilotes 23 organismes susceptibles d'offrir de tels services. À l'exception d'un seul organisme qui n'offrait un traitement que pour les joueurs pathologiques, les autres organismes, publics, privés ou communautaires désignés, donnaient d'abord des services pour les problèmes d'alcoolisme et autres toxicomanies (cf. la liste des organismes à l'annexe 1). Pour répondre

à une demande croissante, certains d'entre eux avaient déjà intégré des joueurs dans leurs programmes portant sur l'alcoolisme et autres toxicomanies, d'autres n'attendaient que les ressources et la formation pour s'impliquer dans le dossier. Le MSSS a exigé de ces organismes que le personnel mobilisé pour le traitement du jeu reçoive une formation de base. Cette formation de trois jours a été donnée par le Centre Québécois d'excellence pour la prévention et le traitement du jeu (CQEPTJ) de l'Université Laval (Ladouceur et *al.*, 2000). L'approche thérapeutique proposée par ce Centre est d'orientation cognitivo-comportementale. Le volet cognitif vise essentiellement à corriger les pensées erronées du joueur quant à sa capacité de contrôler le hasard et le jeu. Le volet comportemental cherche à le rendre apte à gérer les problèmes créés par le jeu (en particulier les problèmes financiers) et ceux qui favorisent la prévention de la rechute (le contrôle de l'exposition au jeu, la création d'alternatives au jeu). Cette formation s'est déroulée à partir du printemps 2001. Dès lors, les organismes ont commencé à donner des services de traitement aux joueurs qui en faisaient la demande. L'approche thérapeutique enseignée dans la formation était perçue dès le départ par certains organismes comme un outil à intégrer aux traditions et pratiques thérapeutiques développées dans leur milieu. Assez rapidement, les contraintes de la pratique (par exemple une demande élevée qui favorise des sessions de thérapie de groupe plutôt qu'individuelles) ont aussi modulé l'intégration de la formation. Bref, les programmes réalisés se sont démarqués à des degrés divers du programme proposé.

Cette caractéristique de l'implantation d'une approche thérapeutique allait dans le sens de la volonté exprimée par le MSSS de créer un apprentissage collectif dans un domaine encore peu défini sur le plan des pratiques thérapeutiques. Pour permettre toutefois un partage d'informations crédibles sur l'évolution de ces services, le MSSS a exigé des organismes de traitement qu'ils participent à un processus d'évaluation. Il demandait aussi à l'INSPQ d'assurer la mise en place d'une évaluation de monitoring (Owen et Rogers, 1999) visant à analyser l'implantation de ces services. En juin 2001, l'INSPQ amorçait la réalisation de ce mandat par une série d'entrevues auprès des directions des organismes de traitement visant à connaître les orientations et les conditions de mise en place des services¹. Ces entrevues ont permis de confirmer la pertinence d'un monitoring des services puisque les conditions d'implantation, dont la pression de la demande par les joueurs et l'accessibilité aux services, influençaient déjà fortement les modalités de traitement (critères d'éligibilité plus ou moins restreints, traitement de groupe plutôt qu'individuel, outils thérapeutiques complémentaires à ceux de la formation) et les services connexes à développer (file d'attente permettant la rétention des clients, services aux proches, activités de réinsertion sociale).

Il fallait donc développer un système d'indicateurs permettant de rendre compte à la fois de la demande et de l'offre de services, et de leurs variations dans le temps. Puisque le MSSS demandait que le mandat d'évaluation se réalise dans un cadre partenarial, une proposition d'indicateurs fut développée pour servir à une consultation auprès des organismes de traitement et de coordination régionale (Régies régionales de santé et de services sociaux -

¹ L'analyse de ces entrevues est réalisée dans le rapport 6 de la présente série (*cf.* Allard et *al.* 2003).

RRSSS). Cette consultation a mené au système d'indicateurs identifié dans le présent projet de monitoring sous le nom de système PARI.

Ce document présente les résultats préliminaires du monitoring évaluatif du Programme expérimental sur le jeu pathologique. La collecte de données réalisée via les intervenants et à l'aide de nos outils a débuté à l'automne 2002. Le monitoring requiert toutefois l'analyse des données depuis l'implantation du programme de traitement du CQEPTJ. Les données utilisées pour ce rapport sont dites rétrospectives parce qu'elles ont été recueillies par les intervenants dès le début du programme (à partir de mai 2001) jusqu'à l'automne 2002, à l'aide des outils fournis lors de la formation offerte aux intervenants par le CQEPTJ. Ces données étaient complétées, dans plusieurs cas, par des données colligées à l'aide d'outils maison. Nous avons reçu un total de 2030 dossiers pour cette période.

Après avoir présenté une revue de littérature des quelques systèmes de monitorages de programme de traitement pour le jeu pathologique existants (section 2), nous présenterons les indicateurs du système PARI (section 3), détaillerons la méthodologie de recherche employée (section 4), dévoilerons les résultats obtenus (section 5), finalement, nous effectuerons une analyse des données préliminaires (section 6).

Il est important de mentionner que le monitoring se poursuit et nous serons en mesure de présenter des résultats plus complets au terme du mandat dans notre rapport final prévu pour mars 2004.

2. REVUE DE LITTÉRATURE

Pour en arriver à la proposition d'indicateurs qui a servi à la consultation des organismes de traitement, nous avons recensé les systèmes de monitoring dans la littérature. L'intervention de l'État dans la mise en œuvre de services de traitement multi-sites étant un phénomène récent, et à plus forte raison, leur suivi systématique, nous n'avons identifié que quatre exemples correspondant à un système de monitoring ou s'en rapprochant. Ce sont ceux de l'Ontario (Canada), de l'État de Victoria (Australie), de l'État d'Oregon (États-Unis) et de l'État du Minnesota (États-Unis). Le critère qui différencie le plus ces études est celui de la gestion de la collecte des données. On peut les placer sur un continuum qui va d'une gestion assurée par les organismes de traitement à une gestion assurée par une équipe externe de chercheurs. Dans tous les cas le traitement et l'analyse des données sont assurés par une équipe de chercheurs.

2.1. L'Ontario

Le système de l'Ontario (Rush et *al.*, 2001 ; Rush et *al.* 2002) est limité pour le moment à la description des caractéristiques des participants au programme et des services reçus. Il n'est pas conçu pour l'analyse de la réussite du programme (dimension en développement). Il couvre 43 organismes de services de traitement des dépendances qui ont reçu, à partir de 1996, des fonds supplémentaires de l'État pour développer un volet sur le jeu pathologique. La collecte des données est gérée par les intervenants des organismes de traitement. Ils utilisent trois instruments : un formulaire d'inscription (données démographiques et habitudes de jeu), le questionnaire SOGS (South Oaks Gambling Screen) d'évaluation de la gravité du problème, une grille des temps d'activités remplie après chaque rencontre par l'intervenant. Les instruments remplis sont télécopiés à une centrale de saisie des données.

Les seules données disponibles sont celles qui touchent les caractéristiques des participants. Il semble plus difficile d'obtenir des données valides et complètes sur les activités. Les résultats couvrent la période allant de janvier 1998 à avril 2000. Sur cette période de 28 mois, 2200 personnes ont fait une demande de services dont les trois-quarts sont des joueurs eux-mêmes (le quart sont des proches). La couverture annuelle serait plus faible qu'elle avait été anticipée (données non fournies). Quant à la clientèle, en comparaison de celle des alcooliques et toxicomanes, elle est plus âgée et plus féminine. Neuf joueurs sur dix qui font une demande ont un score de joueur pathologique probable. Les jeux préférés sont les machines à sous (38 %) et les billets de loterie (35 %). Plus de 40 % des joueurs vivaient les conséquences négatives du jeu depuis moins de deux ans au moment de leur demande.

2.2. L'État de Victoria (Australie)

Le système de Victoria en Australie (Jackson et *al.*, 2000 ; Jackson et *al.*, 1997 ; Crisp et *al.*, 2002) couvre un réseau, nommé "Break Even", de dix-huit organismes de traitement. L'État a subventionné ces services à condition qu'un ensemble minimum de données soit recueilli sur les clients. Les instruments utilisés sont : un formulaire d'inscription contenant les données sociodémographiques, un formulaire d'évaluation rempli lors de la première rencontre avec l'intervenant (habitudes de jeu et DSM-IV qui est composé des dix critères permettant d'identifier un joueur pathologique, selon l'*American Psychiatric Association*), un formulaire de fermeture de dossier où sont résumés par un intervenant les interventions réalisées et les résultats obtenus. Les données recueillies sont transférées à l'Université de Melbourne.

Les premières données couvrent la période allant de juillet 1996 à juin 1997. Elles ont permis de produire un article traitant de la population des femmes (Crisp et *al.*, 2002). Celles-ci, en comparaison des hommes, sont plus âgées. Elles ont une probabilité plus grande d'être mariées et de vivre en famille. Leur dette est à moitié moins élevée que celle des hommes. Elles sont plus susceptibles de jouer aux appareils de loteries vidéo et au bingo. Sur le plan des résultats opérationnels, il appert qu'il est plus difficile de fermer le dossier définitivement dans le cas des femmes, mais que le succès du traitement y est plus souvent obtenu que dans le cas des hommes. Ce phénomène peut être relié au fait que la probabilité de traiter les femmes avec une approche systémique ou psychodynamique est plus grande que celle des hommes (de leur côté, ils ont une probabilité plus grande de recevoir un traitement de restructuration cognitive ou tout simplement d'être référés ailleurs après évaluation). L'interprétation soulignée serait que les hommes arrivent au traitement avec des problèmes plus graves mais sont plus réceptifs à des approches cognitives, alors que les femmes, moins atteintes, sont plus ouvertes à des approches émotives-introspectives. D'où la fermeture plus rapide du dossier chez les hommes avec l'impression, chez les intervenants, d'un succès moindre sur le plan thérapeutique. Les auteurs rappellent toutefois qu'il faut prendre cette interprétation avec prudence à cause du caractère subjectif des données qui font état du succès du traitement.

Le plus récent rapport annuel de monitoring nous donne un profil de la clientèle des centres de traitement. Dans les deux derniers rapports, celui-ci compris, le pourcentage des femmes a dépassé celui des hommes. Elles forment 55 % de la clientèle. Elles sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes à partir de 40 ans. La proportion de personnes mariées ou conjoints de fait est de l'ordre de 48 % (43 % chez les hommes, 53 % chez les femmes). La proportion de célibataires se situe à 26 % (35 % chez les hommes, 17 % chez les femmes). Près des trois-quarts des clients sont sur le marché du travail. Pour ce qui est des jeux préférés, les appareils électroniques de jeu ont la palme. Plus de 71 % y jouent (86 % de femmes, 58 % d'hommes). Les courses de chevaux viennent loin derrière avec 11 %. La dette moyenne de jeu se situe autour de 12 000\$. À l'exception des clients qui

se sont présentés d'eux-mêmes (29 %), la source principale de référence aux services de traitement est la ligne d'aide téléphonique (29 %). Viennent ensuite la famille et les amis (14 %). Les clients se présentent à 95 % avec le sentiment d'avoir un grave problème de jeu. Les autres problèmes vécus diffèrent selon le sexe. Les hommes expriment plus de problèmes liés au travail et de démêlés avec la justice, alors que les femmes mentionnent plus les problèmes familiaux ou de santé physique.

2.3. L'Oregon

L'État de l'Oregon (Moore, 2000 ; Moore, 2001, Herbert & Louis, 2001) nous donne un exemple d'un système de monitoring mixte. On y fait un suivi de la clientèle de 24 centres du programme subventionné par l'État. De 1992 à 1995, les programmes de traitement se sont développés sur une base de projets-pilotes. Ce n'est qu'en 1995 que le monitoring a commencé. De 1995 à 2001, il y a eu plus de 5000 clients, dont 85 % de joueurs (les autres sont des membres de la famille). Le monitoring s'est fait à partir de deux séries d'instruments : (1 des formulaires remplis par le personnel à l'inscription, lors des rencontres avec les clients et à la fin du traitement ; (2 un questionnaire auto-administré (le *Herbert Louis Gambling Index*) rempli par le joueur à l'admission, au départ, puis lors des suivis de 6 et 12 mois (par la poste). Les joueurs qui abandonnent sont contactés 90 jours après leur départ pour remplir le questionnaire au téléphone.

Les résultats nous indiquent une augmentation moyenne de l'admission de 14 % par année depuis 1995 avec un ralentissement dans les dernières années. En comparaison avec les études de prévalence réalisées dans l'État, on y constate une proportion plus élevée qu'attendue des femmes plus âgées, moins instruites, plus portées sur les appareils de loteries vidéo et les casinos de l'intérieur de l'État. Les femmes demeurent plus longtemps dans le programme que les hommes. Entre 1995 et 2001, la proportion des clients qui ont complété avec succès le programme est passée de 12 à 32 %. La variation entre les centres va de 0 à 70 %. Le nombre moyen d'heures passées dans le programme est de 70 (20 pour ceux qui ont abandonné). Entre l'inscription et le congé de traitement, les indicateurs d'attitudes et de comportements face au jeu varient significativement dans le sens souhaité. Lors de suivis, les joueurs qui ont complété le traitement avouent, dans une proportion d'environ 70 %, ne plus avoir joué ou joué rarement. Cette proportion passe à 50 % pour ceux qui ont abandonné. Ces résultats sont toutefois entachés par le fait que le taux de réponse aux suivis se situe au mieux à près du 30 %.

2.4. Le Minnesota

Les travaux du Minnesota (Stinchfield et Winters, 1996 ; Rhodes et *al.*, 1997) se démarquent plus du monitoring classique. Il s'agit de deux évaluations multi-sites. La seconde reprend la clientèle de la première pour réaliser une étude qui tient compte de facteurs qui y avaient été négligés. Plutôt que la comparaison des seuls groupes de clients qui ont abandonné ou ont complété le programme, cette nouvelle étude ajoute le groupe des joueurs qui ont été refusés au départ. Dans ses analyses, elle tient compte de la condition d'arrivée des joueurs, soit leur histoire de traitement et la gravité de leur problème. Il devient alors plus clair que les résultats obtenus peuvent être attribués au programme. Cette évaluation maintient de l'étude précédente l'idée de mesurer les effets du programme sur la base des changements observés pour chaque joueur entre l'évaluation de départ et le suivi, et celle de recueillir une information détaillée sur les caractéristiques des programmes dans les différents organismes de traitement pour pouvoir examiner si les résultats en dépendent. Elle a, par ailleurs, abandonné la démarche de questionnement d'un proche, lors du suivi, pour corroborer les dires du joueur. L'étude précédente avait montré une forte concordance entre les réponses des joueurs et celles des proches.

Les données de cette recherche couvrent la période allant de septembre 1991 à avril 1997. Sur les 1 797 cas sollicités pour répondre aux différents questionnaires, 1 260 ont répondu pour un taux de retour de 70 %. Quatre instruments sont utilisés : un questionnaire de base rempli à l'inscription et un formulaire lors du congé de traitement, deux questionnaires de suivi à 6 et 12 mois. Les questionnaires de suivi sont envoyés par la poste et un processus de relance téléphonique est activé au besoin. Les données sur le programme sont recueillies à l'aide d'un questionnaire et d'entrevues auprès de la direction et du personnel. Il n'y a pas de collecte des données systématique sur les interventions réalisées pour chacun des joueurs.

Les résultats les plus significatifs nous indiquent que le tiers des joueurs traités ont déjà eu des traitements pour des problèmes de toxicomanie ou de santé mentale avant leur inscription pour le jeu. La probabilité d'être admis est plus grande si le joueur est une femme, a une scolarité élevée, a déjà reçu de l'aide. La probabilité de compléter le traitement est plus grande si le joueur a déjà mis gros au jeu en une seule journée, a déjà reçu de l'aide, est plus instruit et a un SOGS élevé. La probabilité de jouer au moins une fois par semaine passe de 80 %, à l'inscription, à 11 % au suivi pour les joueurs traités, alors qu'on obtient 36 % et 54 % pour les joueurs partiellement traités et les joueurs non traités respectivement. Le score SOGS moyen passe de 11,3 (maximum 20), à l'inscription, à 2, au suivi pour les joueurs traités. Le même score au suivi est à 5 pour les joueurs partiellement traités et à 6 pour les joueurs non traités. Les effets précédents indiquent une sous-estimation de l'effet réel puisqu'une fraction des joueurs non traités (37 %) et des joueurs qui ont abandonné (47 %) affirment avoir eu un soutien d'un professionnel ou des GA (Gamblers anonymes) dans le six mois qui ont suivi l'inscription. L'évaluation ne montre pas de différences

d'efficacité concluantes entre les types de traitement, notamment l'approche cognitive et l'approche familiale. Un doute subsiste toutefois sur la précision des résultats précédents dans la mesure où la définition de traitement « complété » est laissée à la discrétion des intervenants. Or la description des programmes permise par les entrevues avec la direction et le personnel laisse voir des écarts très grands dans cette définition (de 6 à 36 séances) ou une absence de définition (jugement subjectif cas par cas). Comme le projet ne recueillait pas d'information sur les activités de traitement réalisées par chacun des joueurs, il a été impossible de mettre en relation les effets avec une quantité ou une qualité de traitement.

L'examen des quatre systèmes d'indicateurs, nous permet de constater que la grande majorité des indicateurs touchent la participation (principalement les admissions, les abandons et les complétions analysés en fonction des caractéristiques sociales et sanitaires des joueurs) et l'impact (la comparaison de l'intensité du jeu et la gravité du problème avant et après le traitement). Les indicateurs d'adaptation et de réseautage sont rares. Pour le réseautage, il y a un indicateur sur les sources de référence, mais de manière générale ces systèmes ne semblent pas avoir le mandat d'examiner le réseau de services qui pré-existe ou s'élabore autour de cette nouvelle clientèle. Pourtant, l'étude du Minnesota en montre indirectement l'importance puisqu'une variable sur les autres traitements reçus avant l'admission a une influence significative sur le fait de compléter ou non le programme. Les indicateurs d'adaptation ne sont pas plus nombreux. Encore là, seule l'étude du Minnesota utilise une variable qui précise la nature du programme donné (programme d'orientation cognitive vs programme d'orientation familiale) et cherche à voir si elle produit une différence significative sur les effets du programme sur les comportements de jeu, ce qu'elle ne montre pas. L'examen des données détaillées (données qualitatives obtenues auprès des centres sur la description de leur programme) laisse des doutes sur la pertinence d'une telle dichotomisation alors qu'il semble y avoir des différences marquantes entre les programmes regroupés dans une même catégorie. Il est aussi probable qu'il y ait dans certains cas des différences d'application du même programme selon les clients.

La solution serait alors d'avoir de l'information sur le programme reçu par chaque client et permettre ainsi des analyses plus nuancées. Le système de l'Ontario a prévu recueillir la feuille de route de chaque client donnant ce bilan des activités réalisées dans le programme. Toutefois le système ne dispose pas encore de ces données et les auteurs mentionnent les difficultés à les obtenir sans en préciser toutefois les raisons. Leur obtention demeure toutefois importante à terme pour assurer la validité de construit (Conrad et Conrad, 1994) des analyses causales cherchant à attribuer les effets observés au programme comme tel.

3. INDICATEURS DU SYSTÈME PARI

Le monitoring évaluatif se définit comme une activité de suivi d'indicateurs visant à appuyer une réflexion d'évaluation sur un programme. Cette définition mérite quelques précisions applicables à l'objet qui est visé par cette démarche, soit le programme québécois de traitement des joueurs excessifs. Dans le présent projet, cette collecte est prévue pour la durée du programme expérimental, soit jusqu'à la fin décembre 2003. Toutefois, un des objectifs du projet est de développer un système de monitoring qui pourrait être proposé à toutes les régions du Québec, pas seulement les régions d'expérimentation, et être maintenu à la suite du projet. C'est dire l'importance accordée dans ce projet à la participation des acteurs des organismes de traitement à toutes les étapes du projet.

Si les indicateurs veulent appuyer une réflexion d'évaluation, il faut d'abord décider sur quoi doit porter l'évaluation. Après avoir effectué une revue de littérature sur les systèmes existants et consulté les responsables cliniques des organismes de traitement et les coordonnateurs régionaux, nous avons pu finaliser un système d'indicateurs que nous avons nommé **PARI**.

Les quatre lettres de cet acronyme désignent quatre questions d'évaluation auxquelles se rattachent un certain nombre d'indicateurs (les indicateurs qualitatifs sont indiqués au passage) (voir également la figure 1 pour un aperçu des principaux indicateurs) :

- **Participation** – Est-ce que le programme a permis d'atteindre la participation attendue ?
- **Adaptation** – Est-ce qu'on a implanté le programme souhaité ?
- **Réseautage** – Est-ce que le réseau de services mis en place a atteint le degré d'intégration désiré ?
- **Impact** – A-t-on obtenu les résultats sociosanitaires souhaités ?

L'identification du système de monitoring au sigle **PARI** vient des ces quatre questions. Afin de leur fournir une réponse, nous avons besoin de deux catégories d'informations. Prenons l'exemple de la première question : Est-ce que le programme a permis d'atteindre la participation attendue ? Pour y répondre, il faut avoir une idée de ce qui est attendue et la comparer à ce qu'est la participation observée². Les indicateurs vont chercher les

² Dans le langage de l'évaluation, on parle de « référé » (ce qu'on observe) pour le dernière catégorie et de « référent » (à partir de quoi on porte un jugement) pour la première. Si quelqu'un vous demande si c'est loin d'aller à Québec à partir de Montréal et que vous lui répondez environ 250 km (référé), il peut porter un jugement que c'est loin, si « loin » pour lui est au-delà de 150 km (référent). Votre réponse peut être aussi tout à fait inutile si « loin » signifie pour lui « chemin sans intérêt paysagé » (nouveau référent). Alors, il vous faut trouver d'autres données plus qualitatives sur l'intérêt du paysage (nouveau référé) et même vous assurer auparavant de savoir ce qu'est un paysage intéressant pour cette personne. Cet exemple simple montre l'importance de discuter des indicateurs au début de la mise en place d'un système de monitoring parce qu'ils ne sont pas indépendants des points de vue que les différents acteurs voudront mettre de l'avant pour juger du programme.

informations pour parler de la participation observée. Par exemple, un indicateur de couverture de la population peut nous dire qu'on a rejoint 1,5 % de la population des joueurs pathologiques. Est-ce qu'on peut le comparer à quelque chose d'attendu ? Peut-être si on a fixé un objectif pour le programme. Peut-être pas. On peut alors se comparer à ce qui a été obtenu ailleurs, en interprétant avec soin les différences de contextes qui peuvent expliquer les différences de résultats. Cette seconde catégorie d'informations peut être fournie en partie par l'équipe d'évaluation (revue de littérature) mais elle dépend aussi beaucoup de l'information dont dispose les acteurs du programme. Le processus d'évaluation doit donc prévoir des espaces où cette information circule et est utilisée pour aider à juger des résultats obtenus à l'aide des indicateurs. L'équipe d'évaluation peut aider à alimenter et animer ces discussions. Dans le présent document toutefois, nous nous limitons à la présentation des indicateurs comme tels, ce qu'on veut observer sur le terrain. Nous fournissons également quelques informations pouvant servir de points de comparaison à ce qui est observé et alimenter les discussions d'évaluation à l'aide des résultats obtenus par les autres systèmes de monitoring que nous avons présentés plus tôt.

Quelques principes ont guidé l'élaboration de la proposition des indicateurs que nous avons présentée aux responsables cliniques des organismes participants. Il est important de les mentionner :

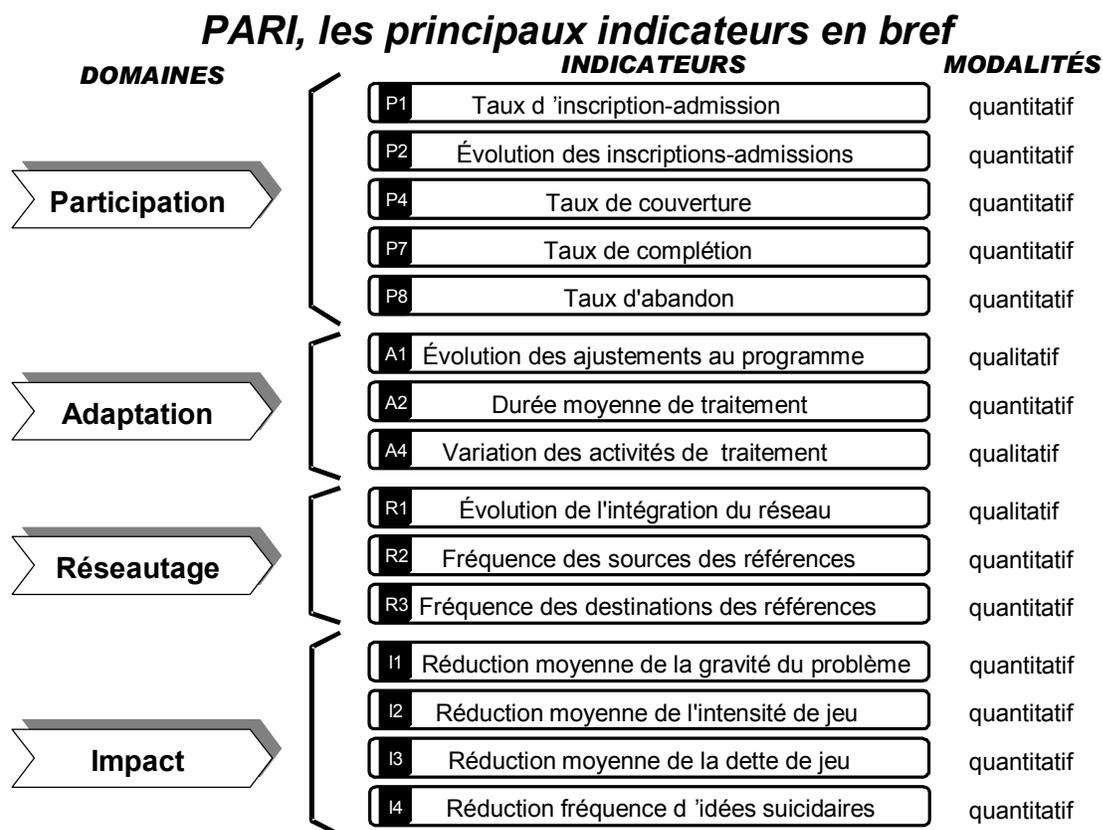
- Un indicateur est une mesure, quantitative ou qualitative, qui reflète l'état d'une réalité, d'un système, d'un programme, et permet, si elle est reproduite dans le temps, d'en voir l'évolution. La combinaison d'indicateurs qualitatifs et quantitatifs favorise un monitoring plus complet et accessible (Abbot et Guijt, 1998 ; IDS, 1998).
- Le nombre d'indicateurs d'une évaluation peut être illimité. Il est nécessaire d'avoir un consensus sur un nombre limité de ceux-ci pour bien encadrer le processus de monitoring.
- La perspective initiale du projet de monitoring est d'abord de fournir un suivi d'indicateurs pour l'ensemble des organismes de traitement associés au programme de traitement et touchant la population de tous les joueurs rejoints. Cela oblige à la collecte d'un tronc commun d'informations qui fasse consensus et qui pourra évidemment être analysé par région et par organisme. Au-delà de ce tronc commun toutefois, une région ou un organisme de traitement peut vouloir examiner des dimensions spécifiques des programmes et recueillir pour se faire des données additionnelles. L'équipe d'évaluation pourra participer à ce travail si les régions et les organismes le souhaitent. Nous avons d'ailleurs, à la demande individuelle de quelques organismes, ajouté une ou deux variables jugées pertinentes par les équipes cliniques.

- La proposition d'indicateurs a été élaborée en visant le plus possible à utiliser les informations dont la collecte est déjà suggérée dans le *Programme d'évaluation et de traitement des joueurs excessifs*³ (Ladouceur, 2000). Dans le cas contraire, des outils de collecte sont proposés. La collecte des données est conçue pour être réalisée en présence ou en lien avec les intervenants des organismes de traitement.

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

³ Il s'agit du document de base du CQEPTJ, fourni aux intervenants lors de leur formation, lequel contient tous les outils, grilles et formulaires nécessaires à l'application de l'approche thérapeutique

Figure 1 Tableau des indicateurs



En fait, la majorité des indicateurs proposés ont été retenus avec quelques modifications sur le plan de la formulation et des définitions. Un seul changement d'envergure a été retenu. L'indicateur « Répartition des activités de traitement » devient « Variation des activités de traitement » ; il passe du statut d'indicateur quantitatif à celui d'indicateur qualitatif. Ce changement est dû au fait que la feuille de route que nous proposons pour recueillir des données d'activités détaillées pour chaque participant au programme représentait une charge de travail trop importante pour les intervenants qui avaient à la remplir. De plus, elle nécessitait un travail préalable de précision d'une classification exhaustive des activités. Or dans la situation d'apprentissage proposée par le programme expérimental, la composition du programme est relativement instable. Certaines activités se modifient, certaines naissent, d'autres disparaissent. D'où la proposition de rechange adoptée qui est de dresser un portrait de ces variations à partir d'entrevues avec les intervenants sur leurs pratiques de traitement. La précision est évidemment moins grande qu'avec une feuille de route par participant mais le résultat permettra d'atteindre l'objectif de rendre compte de l'ampleur des variations dans les traitements.

Ce rapport préliminaire ne traite pas de tous les indicateurs que nous avons retenus pour le monitoring⁴. Nous présentons des résultats essentiellement pour les indicateurs de participation (taux d’inscription-admission, taux de complétion et taux d’abandon) mais aussi pour l’indicateur portant sur la fréquence des sources de références, pour celui sur la durée moyenne de traitement et finalement pour celui de la réduction moyenne de la gravité de jeu.

Il était impossible de présenter des résultats pour tous les indicateurs quantitatifs à ce stade-ci parce que nous travaillons à partir de données déjà recueillies dans des dossiers avant que les intervenants n’utilisent les formulaires élaborés pour le monitoring. Ces dossiers ne comprennent pas nécessairement toutes les données nécessaires au calcul des indicateurs retenus. De plus, au moment de l’implantation des services de traitement, les dossiers des clients ont subi plusieurs changements de sorte que dans les premiers mois des services, il n’y a pas toujours eu d’uniformité dans les données recueillies au sein d’un même organisme de traitement. Nous avons donc dû composer avec ces éléments. Les données recueillies depuis l’automne 2002 devraient mener à des résultats pour l’ensemble des indicateurs retenus.

⁴ L’ensemble des indicateurs sera traité dans la version finale de ce rapport prévue pour mars 2004.

4. MÉTHODOLOGIE

Les informations utilisées dans ce rapport ont essentiellement été recueillies par les intervenants des établissements qui participent au monitoring. Plusieurs étapes marquent la préparation et la mise sur pied d’une telle collecte de données. Dans cette section nous présentons ces phases de réalisation et explicitons les nombreuses modalités de gestion, de conservation et de traitement des données.

Une caractéristique importante du monitoring évaluatif du Programme expérimental sur le jeu pathologique est sa teneur participative. Aussi, la collecte de données quantitatives a-t-elle été marquée par la consultation des différents acteurs à deux moments précis de mise en œuvre de la recherche : au moment de l’élaboration des indicateurs d’évaluation et au moment de la préparation des outils de collecte de données.

4.1. Développement des indicateurs

Comme nous l’avons déjà mentionné, la revue de littérature des systèmes de monitoring nous a permis d’élaborer une proposition d’indicateurs. Nous avons par la suite consulté les établissements de traitement lors de rencontres régionales organisées par les coordonnateurs des sites pilotes. Les représentants des établissements étaient en majeure partie les responsables cliniques et, dans quelques cas, les directeurs ou directrices des établissements. Les commentaires et suggestions proposées lors de ces consultations ont été présentés dans la section précédente. Six rencontres consultatives ont eu lieu entre le 6 mai et le 17 septembre 2002. Une version finale de la proposition des indicateurs a par la suite été rédigée.

À partir du moment où les indicateurs ont été précisés, la réalisation du projet de monitoring a impliqué le développement des outils de collecte de données. Une deuxième consultation auprès des équipes cliniques des établissements de traitement à propos de ces outils a servi à préciser des modalités de transferts des données des établissements vers l’INSPQ, à discuter de la gestion, de la saisie, du traitement et de l’analyse des données. Nous abordons successivement ces points.

4.2. Élaboration des outils de collecte de données

Nous avons débuté la construction des outils de collecte de données à partir de la proposition d’indicateurs. Afin de minimiser l’effort de collecte attribué aux intervenants, l’idée initiale était d’utiliser les mêmes variables que celles qui se trouvent dans les outils dont les intervenants disposent déjà. Ces outils proviennent de deux sources : un grand nombre ont été fournis lors de la formation de trois jours offerte aux intervenants par le CQEPTJ, les autres sont des outils maison élaborés dans les organismes de traitements. Nous avons tenté de demeurer le plus fidèle possible à ces outils, mais pour des problèmes de validité ou

par intérêt pour les résultats à rechercher nous avons eu à modifier quelques questions. Comme nous l’avons déjà mentionné, il est cependant à noter que ce rapport comprend l’analyse des données des clients inscrits aux services de traitement entre le 1^{er} mai 2001 et novembre 2002 (données rétrospectives). Ces données rétrospectives proviennent des outils disponibles, c’est-à-dire ceux que nous venons de mentionner.

C’est avec cette première version des outils de collecte de données que nous avons débuté la consultation auprès des 23 organismes qui font partie du programme expérimental. Cette deuxième forme de consultation a été entamée même si celle concernant les indicateurs n’était pas alors finalisée. Nous avons commencé par rencontrer les responsables des sites qui avaient déjà été consultés à propos des indicateurs. Cette démarche s’est avérée fructueuse puisque les deux types de consultation simultanée ont permis d’apporter des améliorations aux indicateurs en fonction des commentaires que nous recevions à propos des outils et vice versa.

Cette consultation a débuté le 4 juillet et s’est terminée le 22 octobre 2002. Un total de 21 rencontres ont été organisées. Certaines ressources de traitement ont été rencontrées simultanément lors de rencontres régionales. Nous demandions, dans la mesure du possible, à rencontrer tous les intervenants qui traitent les joueurs ainsi que le ou la responsable clinique de l’équipe jeu. Dans certains cas, il n’a pas été possible de rencontrer tous les intervenants pour diverses raisons dont celles reliées à l’organisation des services⁵. Lors de ces rencontres, nous expliquions brièvement les indicateurs proposés et nous présentions les outils qui en découlent. Nous cherchions à montrer comment les outils et leurs questions permettent d’en arriver aux indicateurs. Il était capital que les intervenants saisissent les liens entre le travail que nous leur demandions et les résultats qui en découleront.

Nous avons recueilli un grand nombre de commentaires et suggestions lors de ces rencontres. Cette démarche consultative s’est déroulée dans une logique qualitative d’intégration continue des commentaires et des corrections. À la suite des six premières rencontres, nous intégrions les suggestions aux grilles suivant chacune des rencontres de sorte que les représentants des établissements présents lors de six premières consultations n’ont pas commenté les mêmes versions. Après la sixième rencontre, nous n’avons pas modifié les outils pour la suite du processus consultatif. Nous avons consigné les commentaires et suggestions des intervenants et coordonnateurs dans des journaux de bord que nous avons rédigé pour chacun des organismes consultés. C’est notamment suite aux premières rencontres que nous avons dû restreindre la portée de l’un des indicateurs que nous avons retenus, celui de la « répartition des activités de traitement » qui a été remplacé par « variation des activités de traitement ». Cette modification a engendré la transformation

⁵ Il est parfois laborieux de rassembler tous les intervenants lorsque certains ne travaillent qu’une journée par semaine ou lorsque l’organisme se trouve sur un territoire très vaste avec des points de services éloignés les uns des autres.

de l’outil « Feuille de route du participant » en un formulaire intitulé « Bilan de participation du participant ».

À la fin octobre 2002, nous avons fait l’intégration finale des commentaires et suggestions pertinents aux outils de collecte de données. Plusieurs des suggestions témoignaient d’une préoccupation des intervenants pour des données qui leur étaient signifiantes. Nous les avons retenues le plus possible pour les indicateurs quantitatifs quand elles n’entraient pas en contradiction les unes avec les autres (rappelons que nous devions en arriver à un ensemble d’outils commun) ou ne menaçaient pas la cohérence d’ensemble des résultats obtenus. Toutes ont été retenues lorsqu’il s’agissait d’améliorer le volet qualitatif du monitoring.

La version finale des outils a alors pu être envoyée aux établissements de traitement. Ils ont été traduits en anglais pour faciliter le travail des intervenants qui traitent des clientèles anglophones. Les différents outils ont été imprimés sur du papier de quatre couleurs différentes pour permettre l’utilisation d’un code couleur. Ce détail apparemment trivial ne l’est aucunement : le code couleur s’est avéré particulièrement facilitant dans nos échanges avec les intervenants et les responsables cliniques. De plus, personne, semble-t-il, ne peut égarer nos outils colorés dans la masse de formulaires et questionnaires qui constituent les dossiers des joueurs! L’INSPQ fournit les grilles vierges aux établissements.

La consultation auprès des établissements, outre son objectif principal, visait également l’explication de la démarche de collecte de données, directement aux intervenants lorsque nous avons pu les rencontrer, et cherchait enfin à formuler une entente sur les modalités relatives au transfert des données. Ces rencontres nous offraient en effet l’opportunité idéale d’expliquer la démarche de collecte de données de vive voix aux principaux intéressés, les intervenants, qui doivent veiller à la collecte des données auprès des joueurs pour certains outils et l’effectuer eux-mêmes dans d’autres cas. Nous pouvions alors montrer comment notre démarche s’arrime à celle du traitement qu’ils offrent. En dépit du fait que nous ayons modifié certaines questions, la collecte de données demeure fidèle au processus de traitement du CQEPTJ. Nous recueillons des données à l’arrivée, au congé et aux suivis post-traitement à 3, 6 et 12 mois suivant le congé. Nos échanges avec les intervenants nous ont permis de répondre à leurs questions et de leur donner des informations uniformes. Encore une fois, leurs interrogations et commentaires nous ont été précieux et nous ont permis d’ajuster et de bonifier les détails du processus de collecte.

Le dernier objectif de ces rencontres était, lorsque c’était possible, d’élaborer des modalités de transfert des données. Nous avons besoin de connaître deux détails importants : la fréquence et le mode des envois. La fréquence des envois est importante pour, d’une part, mieux gérer la saisie des données et, d’autre part, s’assurer d’un intervalle acceptable de réception des données provenant de chaque établissement. Les envois ne se font pas toujours automatiquement. Les retards nécessitent des relances de la part de l’équipe de recherche. Aussi, établir dès le départ des modalités, permet une gestion plus aisée de cette

partie de la collecte. Les équipes cliniques acceptaient sans problème de déterminer une fréquence d’envoi. La fréquence des transferts des données varie d’hebdomadaire dans certains cas à trimestrielle dans d’autres cas (suivant la fin des groupes de thérapie dans quelques établissements). Certains établissements nous ont demandé un peu de temps pour discuter lors de leur prochaine rencontre clinique des modalités qu’ils souhaitaient nous proposer. Ils nous ont contactés plus tard pour nous en faire part. Nous tenions également à discuter du mode de transfert des données. La majorité des établissements nous transmettent leurs données par courrier recommandé. Certains nous les envoient par télécopieur et quelques autres encore par courriel.

En plus des rencontres consultatives, nous avons répondu à un nombre fort élevé d’appels téléphoniques et dans certains cas de courriels. À l’usage, les intervenants découvraient de nouvelles questions à nous poser, s’interrogeaient sur l’objectif du monitoring et sur les retombées pour eux et leur organisme. Nous avons également eu à rassurer certaines angoisses, à motiver certaines convictions vacillantes, à encourager d’autres qui n’étaient pas amusés par l’ajout de nouveaux questionnaires et à ré-expliquer la démarche dans son entièreté aux cliniciens nouvellement embauchés.

Il nous a fallu retourner dans quelques établissements une deuxième fois (quatre rencontres supplémentaires au total) soit pour consolider une collaboration chancelante, soit pour répondre à des questions précises ou encore pour rencontrer de nouvelles équipes cliniques complètement transformées à cause du roulement substantiel de personnel. D’autres rencontres auront assurément lieu dans les prochains mois puisque le roulement de personnel est constant.

Nous avons fait preuve de flexibilité par rapport à plusieurs aspects de la collecte de données. Par exemple, nous nous sommes montrés très ouverts à propos de l’utilisation des outils. Nous avons accepté et facilité plusieurs types de modalités : nous avons entre autres offerts les outils sur support informatique pour que les intervenants qui préfèrent les remplir à l’écran puissent le faire, nous avons également modifié, à l’occasion, certains de nos outils lorsque l’information dont nous avons besoin se retrouvait déjà dans des outils maison. En effet, certains établissements souhaitaient continuer l’utilisation de leurs outils et acceptaient de nous les faire parvenir⁶. Dans un contexte où la participation à cette étude n’est pas l’initiative directe des intervenants, il est essentiel de démontrer de l’adaptabilité et du respect pour leurs pratiques et modes de fonctionnement. Nous avons tenté de démontrer autant de souplesse que les objectifs de la recherche le permettent.

Nous avons aussi été ouverts quant au mode de gestion interne propre à chacun des établissements du travail de collecte de données. Par exemple, certains établissements ont décidé de nommer une personne, souvent un ou une intervenant/e, en charge des liens avec l’équipe de recherche de l’INSPQ. Cette personne est responsable du transfert des données

⁶ Les quelques établissements qui, à prime abord, préféraient fonctionner de la sorte ont, à l’usage, finalement opté pour nos outils originaux.

et des échanges entre son équipe clinique et notre équipe de recherche. Ce mode de fonctionnement s'est avéré fort facilitant, car nous étions assurés que la même information était en tout temps transmise à tous les intervenants de l'équipe. D'autres équipes cliniques ont préféré nous contacter individuellement mais nous ont assurés qu'ils transmettraient les informations reçues aux autres membres de leur équipe. Encore une fois, ces détails apparemment anodins ne le sont pas compte tenu du nombre élevé d'organismes et d'intervenants impliqués dans le monitoring.

4.3. Les instruments de collecte des données reliées aux indicateurs

Le système de monitoring utilise des indicateurs qui portent sur trois objets : les participants, le programme de traitement et le réseau de services. Il est nécessaire de faire la distinction entre ces objets dans la collecte des données.

Les indicateurs relatifs aux participants sont principalement les indicateurs de participation et d'impact. Les **indicateurs de participation** utilisent des données qui sont recueillies à l'aide d'une fiche intitulée « Bilan de participation du client » (annexe 2). Cette fiche est remplie par l'intervenant. On y retrouve la date d'inscription ou d'admission⁷, la date de départ avec la mention de « programme complété⁸ » ou d'« abandon ». Dans les cas d'un abandon signifié avant le départ, nous demandons à l'intervenant de préciser les raisons d'abandon. Dans le cas d'un abandon non signifié avant le départ, nous proposons à l'intervenant de tenter de rejoindre le participant au maximum 90 jours suivant l'abandon pour explorer avec lui les raisons de son départ, pour obtenir des informations sur sa situation actuelle par rapport au jeu, et ses commentaires sur le programme de traitement. Nous fournissons à cet effet un guide d'entrevue téléphonique intitulé « Entrevue d'abandon » (annexe 3).

Nous recueillons des données sur les participants à partir du début du programme (mai-juin 2001 pour la majorité des organismes) jusqu'à décembre 2003. La période de mai 2001 à octobre 2002 (18 mois) est constituée de données rétrospectives déjà colligées par les organismes avec les instruments du CQEPTJ et des outils maison. De novembre 2002 à décembre 2003 (14 mois), nous recueillons des données en prospective. Nous ne pourrions pas obtenir en rétrospective les données qui ne se trouvent pas dans les formulaires du CQEPTJ.

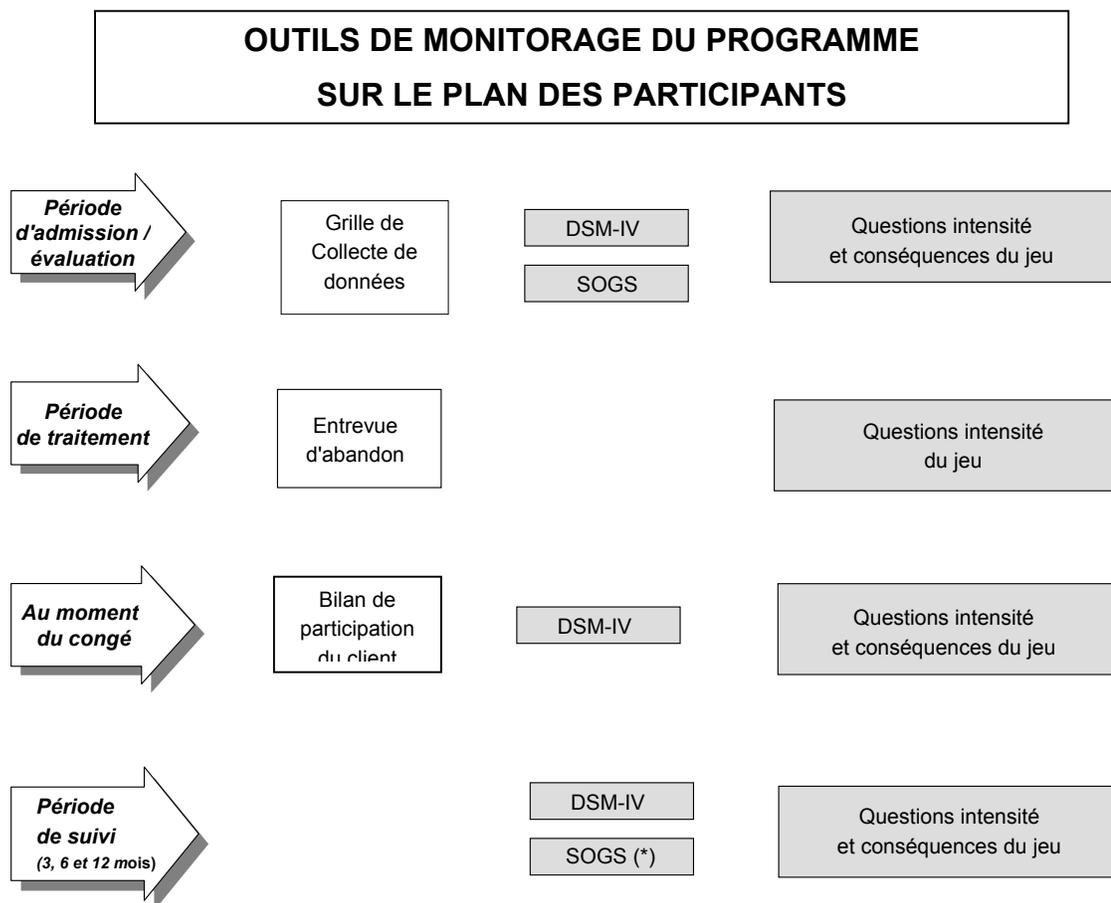
⁷ On parle d'inscription pour les services offerts à l'externe et d'admission pour ceux à l'interne. Afin d'alléger le texte, nous parlerons d'inscription.

⁸ Pour des raisons opérationnelles, nous considérons qu'un programme est complété lorsque, conformément à la démarche proposée par le CQEPTJ, un client a complété toutes les étapes du traitement et que son thérapeute lui donne son congé en lui rappelant qu'il le contactera dans trois mois pour le premier suivi post-traitement. Ceux-ci ne font pas partie du traitement et un client qui n'y participe pas n'est pas considéré comme ayant abandonné.

Les **indicateurs d'impact** sont construits à partir de deux instruments de mesure de la gravité du problème qui sont le SOGS et le DSM-IV (annexe 4), et de questions relatives à l'intensité du jeu et aux conséquences du jeu (dettes, idées suicidaires). Ces informations sont déjà colligées avec les instruments inclus dans la formation du CQEPTJ pour poser un diagnostic initial et effectuer des suivis. Comme les différentes questions qui nous donnent ces informations sont dispersées dans les outils, nous les avons regroupés sur un même outil que nous avons intitulé « Intensité et conséquences du jeu » (annexe 5). Ces informations sont fournies par les participants sous forme de questionnaire auto-administré ou en réponse aux questions du thérapeute au choix de celui-ci dans les jours suivant l'inscription. En plus de ce moment, nous demandons que ces données nous soient fournies au congé de traitement et aux suivis de 3, 6 et 12 mois, pour pouvoir mesurer s'il y a des changements dans les comportements de jeu des participants.

La série de données recueillies sur les participants est complétée par une fiche de caractéristiques sociales. Ce formulaire est généralement complété par le client au moment de l'inscription. Les variables des caractéristiques sociales sont calquées sur celles d'une étude de prévalence (Ladouceur et *al.*, 2002) qui est en cours et permettra d'établir si la population des joueurs pathologiques demandant un traitement est comparable à celle des joueurs pathologiques dans la population en général. Cela explique le fait que nous ayons, en sus de certaines informations déjà disponibles dans le formulaire du CQEPTJ, ajouté des questions sur l'origine ethnique, le statut d'immigrant et l'appartenance religieuse. Si l'étude de prévalence dénote des différences en fonction de ces variables, il sera important de voir dans quelle mesure les clientèles des services de traitement reflètent ces différences. Les données pour ces questions ne seront toutefois disponibles qu'en prospective pour la période d'octobre 2002 à décembre 2003. Les rectangles grisés de la figure 2 indiquent les outils qui utilisent les données déjà recueillies par les instruments du CQEPTJ. Nous avons également conçu un aide-mémoire pour usage facultatif par les intervenants (annexe 6). Cet aide-mémoire vise deux objectifs : le premier est d'expliquer de façon succincte et claire la démarche en résumant quel outil doit être rempli à quel moment ; le deuxième objectif est d'en faire un outil de gestion des envois pour chaque dossier. La majorité des intervenants nous disent l'avoir adopté. Ils conservent une copie dans chaque dossier et peuvent ainsi garder le fil de ce qu'ils nous ont fait parvenir et de ce qu'il leur reste à nous transmettre.

Figure 2. Les outils de monitoring utilisés selon les étapes du processus de traitement



(*) SOGS : lors des suivis de 6 et 12 mois seulement

La dernière catégorie d’indicateurs regroupe les indicateurs touchant le réseau de services. Ce sont les **indicateurs de réseautage** qui cherchent à rassembler un certain nombre de signes d’intégration des services sur le terrain. Deux indicateurs permettent de recueillir des informations sur une manifestation de l’intégration qui est la référence. Le formulaire « Grille de collecte de données pour le monitoring des services de traitement des joueurs pathologiques – Caractéristiques sociales » (annexe 7) sur les caractéristiques sociales contient une question qui demande par qui le participant a été référé à l’organisme de traitement, ce qui nous donne l’indicateur de fréquence des sources de référence. Par ailleurs, le formulaire du « Bilan de participation du client » couvre deux questions sur les références à des services externes en cours de traitement qui nous donne l’indicateur de fréquence des destinations des références.

4.4. Le processus de collecte et de gestion des données

La collecte de données se divise en deux types de collectes : celle pour les données rétrospectives et celle pour les données en prospective. En date de mars 2003, nous avons reçu et saisi la presque totalité des données rétrospectives des 23 établissements. Nous avons offert aux organismes de traitement deux façons de nous transmettre ces données dont la majorité sont déjà incluses dans le questionnaire d'évaluation initiale du joueur fourni par le CQEPTJ lors de la formation des intervenants. La première façon consistait à transcrire les données disponibles sur le questionnaire d'évaluation initiale vers nos grilles et à nous les transmettre. Quelques organismes ont choisi de photocopier certaines données et d'en transcrire d'autres. La majorité des établissements nous ont transmis les données de cette manière. Deux ressources de traitement nous ont fait parvenir la majeure partie des informations déjà saisies dans une base de données. Quelques établissements pour diverses raisons, dont l'achalandage élevé de leurs services, nous ont demandé de nous déplacer pour recueillir nous-mêmes les données nécessaires au monitoring. Une équipe de quatre techniciennes de recherche a donc fait le travail de transcription dans certaines ressources de traitement à partir des questionnaires papier.

La collecte de données en prospective a débuté en août 2002 dans certains établissements qui étaient déjà prêts à le faire. Il s'agit en fait de recueillir les données de façon courante au fur et à mesure que les clients se présentent. Les derniers organismes à commencer l'ont fait en décembre 2002 à l'exception d'un établissement qui a débuté en janvier 2003. La collecte se fait par l'entremise des intervenants qui, comme nous l'avons déjà mentionné, complètent certains formulaires⁹ et veillent à ce que les clients remplissent l'autre formulaire¹⁰. Nous avons produit un guide d'accompagnement des outils à l'usage des intervenants dans lequel nous donnons des précisions sur les questions qui se trouvent sur les outils (annexe 8).

Quatre outils de gestion interne ont été élaborés afin de faciliter le travail rendu complexe en raison du nombre élevé d'établissements et d'acteurs impliqués dans la collecte de données. Nous tenons un journal de bord pour chacun des établissements dans lesquels nous consignons les commentaires et suggestions qui nous ont été formulés lors des consultations. Le journal de bord vise aussi à garder une trace des ententes que nous avons conclues avec les établissements (annexe 9) Nous tenons également un journal des communications que nous avons avec les établissements dans lequel nous résumons tous les appels et messages que nous faisons et que nous recevons. Depuis le début du projet, les deux membres de l'équipe en charge des liens avec les établissements ont eu des centaines de communications avec l'ensemble des acteurs. Le journal des communications

⁹ Les intervenants complètent les formulaires suivants : « Intensité et conséquences du jeu », « Bilan de participation du client », le SOGS et le DSM-IV. « L'entrevue d'abandon » est parfois remplie par l'intervenant lui-même ou par un autre membre de l'équipe clinique. À cet égard, chaque établissement a mis sur pied sa propre procédure.

(annexe 10) nous permet de noter les points importants. De plus, comme nous avons laissé les coordonnées de deux membres de l’équipe à toute personne susceptible d’avoir à nous contacter, il était essentiel de prévoir un outil auquel ces deux membres de l’équipe pouvaient facilement se référer pour connaître la nature des derniers échanges. Le journal des communications s’avère donc un document très important pour la coordination de la collecte de données. La fiche « Réception des données » est une grille sur laquelle nous inscrivons chaque envoi que nous recevons : la date de l’arrivée, la provenance, le mode d’envoi, le nombre de dossiers et la nature des dossiers (données rétrospectives, prospectives, suivis post-traitement) sont les informations qu’elle contient (annexe 11). Finalement, nous avons également élaboré une fiche pour la gestion d’envoi des nos formulaires vierges (annexe 12).

Lors de la réception des données, nous procédions à une validation des informations. Cette validation consistait en la vérification des dossiers portant une attention particulière à la présence ou non d’un « Bilan de participation du client », aux dates d’inscription et de congé-abandon (leur présence et leur cohérence), au statut du client au moment de son départ (a-t-il complété ou abandonné le programme ?), à la présence de tous les questionnaires, aux réponses multiples pour une question et aux détails qui pouvaient démontrer un problème de compréhension de la démarche de la part des intervenants. Ce travail de validation était généralement effectué sur réception des premiers envois de chaque organisme. Quand il y avait des remarques à communiquer, un membre de l’équipe contactait la personne en charge du monitoring ou l’intervenant pour lui faire part des commentaires et des correctifs à apporter. Ce processus engendrait donc d’autres appels et courriels. Pour la plupart des établissements, lorsqu’il y a eu des correctifs à apporter, ceux-ci ont été faits rapidement et dans la collaboration. La plupart du temps ce processus de validation devenait rapidement inutile car les problèmes rencontrés se résolvaient après quelques envois.

4.5. Constitution de la base de données et saisie

Dès lors que les outils ont été finalisés, nous avons constitué une base de données MS-ACCESS incluant tous les champs des formulaires. Les formulaires eux-mêmes ont été reproduits fidèlement sur le logiciel MS-ACCESS et ordonnés dans une séquence logique pour permettre la saisie des données. Celle-ci a été effectuée selon trois modalités. La majorité des dossiers nous ont été transmis par courriel, par télécopieur et majoritairement par courrier recommandé. Nous les avons saisis à nos locaux à l’aide de postes de travail autonomes. À l’aide d’ordinateurs portatifs, nous avons également procédé à une saisie des données directement dans les lieux de traitement, comme nous l’avons expliqué précédemment. Finalement, deux établissements nous ont fourni leurs données par le biais de base de données informatisées, un établissement n’ayant fourni que des données

¹⁰ Le formulaire « Grille de collecte de données pour le monitoring des services de traitement des joueurs pathologiques – Caractéristiques sociales » est généralement complété par les clients.

partielles¹¹. Pour ce dernier, nous avons dû saisir manuellement l’autre partie des données. Dans le cas de ces deux bases de données, nous avons dû procéder à un appariement de ces bases avec la nôtre.

4.6. Traitement des données

Tout le traitement des données s’est effectué à l’aide du progiciel SAS Version 8. En créant des liens ODBC supportés par ce progiciel, nous pouvons lire directement les bases de données ACCESS. Avant de produire les indicateurs quantitatifs de ce rapport, nous avons procédé à diverses étapes de validation des données. Dans un premier temps, nous n’avons gardé que les dossiers dont la date d’inscription correspondait à la période couverte par la collecte rétrospective. Nous éliminions alors d’emblée tous les dossiers pour lesquels nous avons reçu et saisi le « Bilan de participation du client ».

Par la suite, nous avons validé l’ensemble des codes inscrits. Lorsque des codes invalides étaient détectés, une contre-vérification était effectuée sur les copies papiers des instruments si possible. De cette manière, nous avons corrigé quelques erreurs de saisie. Pour les cas où il n’a pas été possible de déterminer un code valide, nous mettons une valeur manquante.

Des manipulations ont aussi été nécessaires pour créer des nouvelles variables à partir d’une ou plusieurs informations contenues dans les instruments. C’est le cas par exemple, pour la durée de traitement calculée à partir de la différence entre la date de congé et la date d’inscription.

Finalement, des procédures descriptives du progiciel ont permis d’établir des distributions de fréquences des indicateurs et de faire des croisements des indicateurs avec certaines variables d’intérêt comme les variables socio-démographiques.

4.7. Considérations éthiques

Chaque client qui s’inscrit dans un organisme de traitement participant au monitoring est invité à participer à la recherche. Les intervenants expliquent la démarche et chaque client qui accepte doit signer un formulaire de consentement (annexe 13), en deux copies. Le formulaire de consentement stipule que le client accepte que des informations dénominalisées soient transmises à l’INSPQ. L’intervenant conserve une copie dans le dossier du client et lui remet la deuxième. Les coordonnées de deux des chercheurs se trouvent sur le formulaire et le client peut ainsi les contacter s’il souhaite obtenir des détails supplémentaires sur la recherche ou s’il désire s’en retirer.

¹¹ Une base ACCESS et l’autre EXCEL.

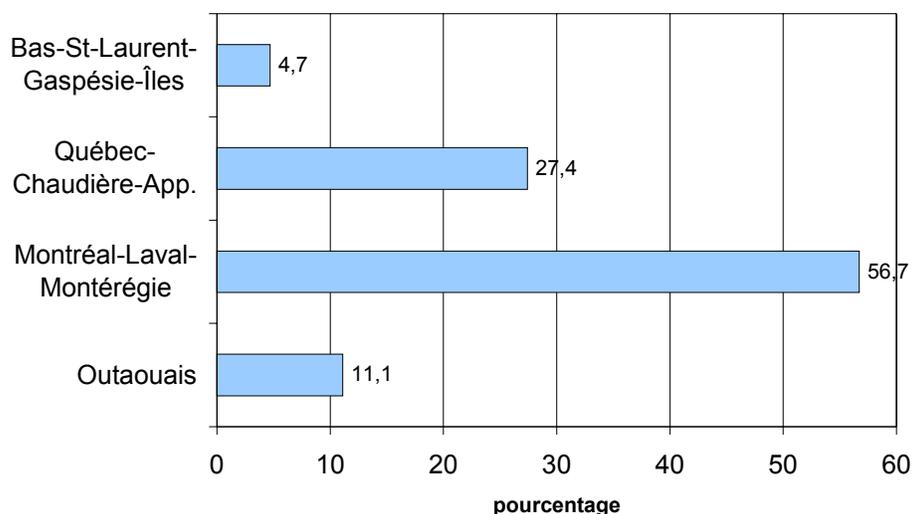
Le devis de recherche de ce volet du monitoring a été évalué par le comité d’éthique de l’hôpital Maisonneuve-Rosemont qui a accepté la démarche proposée par l’INSPQ. Le comité d’éthique a uniquement demandé l’ajout d’une feuille d’information à remettre au client au moment de la signature du formulaire de consentement (annexe 14).

Tous les membres de l’équipe de recherche ont été assermentés et ont juré de respecter et préserver la confidentialité des données auxquelles ils ont accès pour les fins de monitoring. Par ailleurs, la conservation des données est soumise à une manipulation très stricte : les dossiers sont gardés sous clés et seront détruits au terme de la recherche; les données informatisées (incluant la base de données) sont sauvegardées sur un serveur et non sur les disques durs des chercheurs en respect des règles éthiques qui prévalent déjà à l’INSPQ concernant la conservation de données.

5. Résultats

Le nombre total de dossiers rétroactifs est 2 030¹². La figure 3 présente la proportion de dossiers que nous avons reçus pour les quatre sites pilotes. Ces résultats demeurent préliminaires puisque nous n’avons pas reçu la totalité des dossiers pour le site de Montréal, Laval et Montérégie.

Figure 3 Proportion des personnes inscrites au Programme expérimental sur le jeu pathologique pour les quatre sites pilotes



¹² Certaines variables dont le SOGS et le DSM-IV présentent une non-réponse partielle élevée. Le rapport final contiendra une analyse complète de la non-réponse partielle.

Lors de la phase de la planification des services, des budgets ont été attribués en fonction de la prévision que 3 % des joueurs pathologiques se prévaudraient annuellement des services de traitement qui leur sont destinés. Cette proportion de 3 % a été proposée comme un estimé réaliste, mais ne repose sur aucune étude préalable. Considérant que les données rétrospectives dont nous disposons couvrent la période des 16 mois d’implantation du programme, nous ne pouvons estimer si la prévision des 3 % était adéquate (tableau 1).

Tableau 1. Niveau d’atteinte des objectifs de joueurs traités selon la région

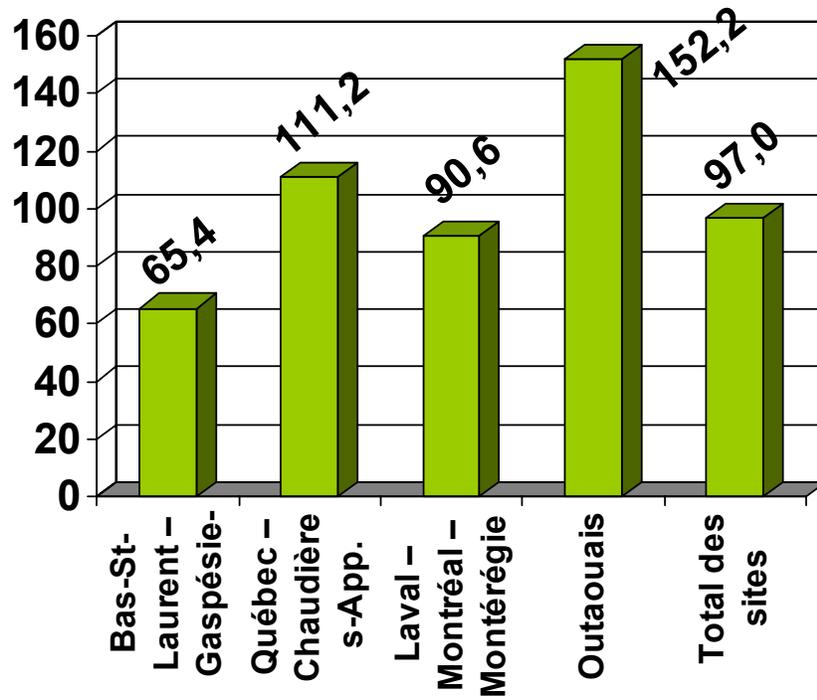
	Population de 18 ans plus (2001)	2 % joueurs pathologiques	3 % visés par services	Nombre de joueurs traités	Niveau d’atteinte (%) ¹³
Bas-St-Laurent – Gaspésie-les-Îles	244 579	4 892	147	96	65,3
Québec – Chaudières-App.	833 084	16 662	500	556	111,2
Montréal – Laval – Montérégie	2 762 372	55 247	1 657	1 502 ¹⁴	90,6
Outaouais	247469	4 949	148	226	152,2
Total des sites	4 087 504	81 750	2 453	2 380	97,0
Ensemble du Québec	5 817 606				

En estimant le nombre de joueurs pathologiques par site pilote à partir d’une prévalence de 2 % et en appliquant la prévision de 3 %, on obtient le nombre annuel théorique de joueurs qui devraient se présenter dans les services de traitement. En divisant ce nombre théorique par le nombre réel de joueurs inscrits on obtient une proportion qui correspond au degré d’atteinte des prévisions. Pour l’ensemble du programme expérimental on atteint 97 % de la cible identifiée; presque exactement la prévision. Deux régions affichent une proportion de joueurs en deçà de celle que laissait présager l’estimé de 3 % : la méta région de Bas-St-Laurent et Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine atteint 65 % du « quota » prévu et la méta région de Laval, Montréal-Centre et Montérégie atteint 91 % de l’estimé. Les deux autres régions affichent des scores au-dessus des estimés : Québec et Chaudière-Appalaches affichent une proportion de 111 % et la région de l’Outaouais atteint 153 % de la cible théorique prévue (figure 4).

¹³ Nous n’avons pas annualisé ces résultats obtenus sur une période totale de 16 mois parce que la plupart des organismes ont fourni des services sur une période écourtée qui varie selon les régions et les organismes. De plus, dans la plupart des cas et pour les toutes premières semaines d’opération, les services sont mal connus de la clientèle.

¹⁴ La valeur pour le site de Montréal – Laval et Montérégie a été augmentée de 350 joueurs ce qui correspond au nombre de dossiers rétrospectifs qu’il nous reste à recevoir de cette région.

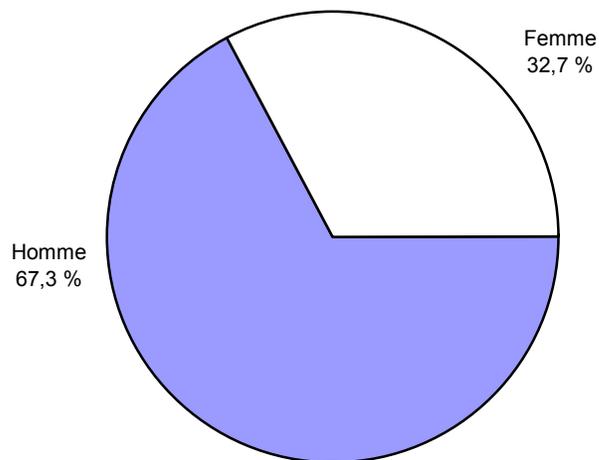
Figure 4. Niveau d'atteinte des objectifs de joueurs traités selon la région



5.1. Les caractéristiques sociales des joueurs

L’analyse des données sur les caractéristiques sociales des joueurs admis au Programme expérimental sur le jeu pathologique (figure 5) révèle qu’un peu plus de deux personnes sur trois sont des hommes. Environ 90 % des joueurs inscrits à ce programme sont des adultes âgés de 25 à 64 ans, c’est à dire de l’ensemble des personnes inscrites (tableau 2). Le groupe d’âge le plus représenté est celui des 35-44 ans (32 %) suivi de près par celui des 45-54 ans (28 %). Les jeunes de moins de 25 ans et les personnes de 65 ans et plus représentent respectivement 5,6 % et 3,7 % des personnes qui ont bénéficié du programme.

Figure 5 Proportion des personnes inscrites au Programme expérimental sur le jeu pathologique selon le sexe



N : 1903

Source : Fichier du monitoring évaluatif du Programme expérimental sur le jeu pathologique en date du 25 février 2003.

Tableau 2 Proportion des personnes inscrites au Programme expérimental sur le jeu pathologique selon l'âge

Groupe d'âge	Nombre	%
18-24 ans	105	5,6
25-34 ans	323	17,3
35-44 ans	599	32,1
45-54 ans	530	28,4
55-64 ans	240	12,9
65 ans et plus	68	3,7
Total	1 865	100,0

Source : Fichier du monitoring évaluatif du Programme expérimental sur le jeu pathologique en date du 25 février 2003.

Lorsque l'on analyse la proportion des hommes et des femmes inscrites au programme expérimental pour chaque groupe d'âge, on observe des différences (tableau 3). Chez les moins de 35 ans, les hommes représentent plus de 80 % des personnes inscrites. Chez les personnes de 55 ans et plus, les hommes et les femmes inscrits au programme sont représentés dans des proportions similaires. Chez les 35-44 ans et chez les 45-64 ans, les hommes constituent respectivement 70 % et 63 % des personnes inscrites. Ainsi, plus les joueurs avancent en âge, tout en étant toujours moins nombreuses, plus les femmes composent une part importante de la clientèle recevant des services au Programme expérimental sur le jeu pathologique.

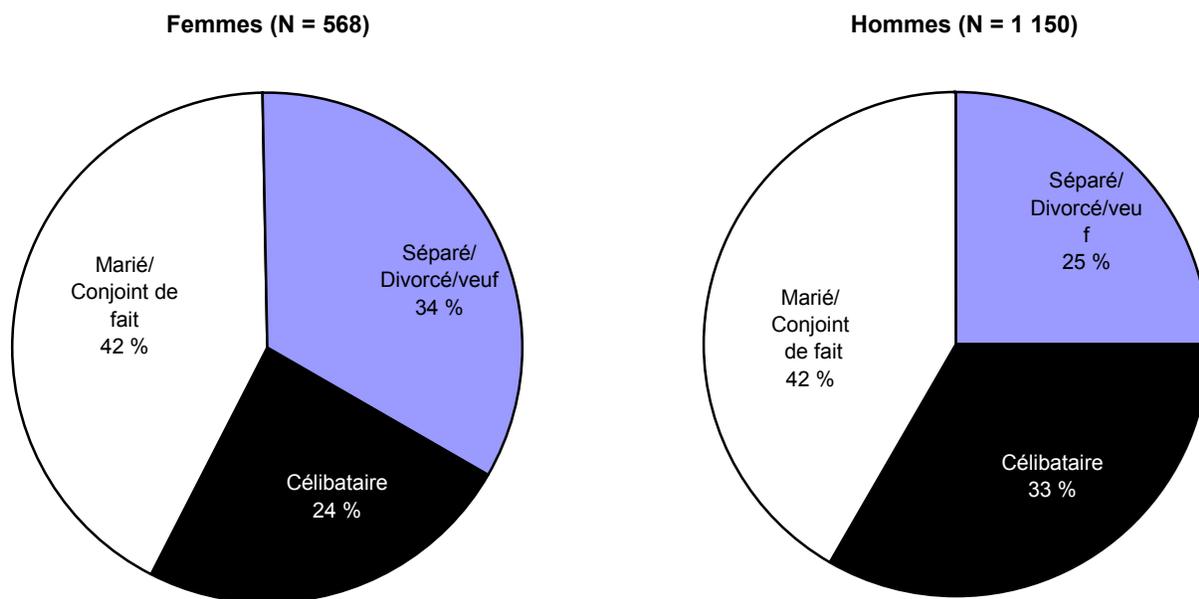
Tableau 3 Proportion des personnes inscrites au Programme expérimental sur le jeu pathologique selon le sexe et l'âge

Groupe d'âge	Femme		Homme		Total	
	nombre	%	nombre	%	nombre	%
18-24 ans	16	15,4	88	84,6	104	100,0
25-34 ans	60	18,6	262	81,4	322	100,0
35-44 ans	181	30,3	416	69,7	597	100,0
45-54 ans	198	37,5	330	62,5	528	100,0
55-64 ans	120	50,0	120	50,0	240	100,0
65 ans et plus	30	44,1	38	55,9	68	100,0

Source : Fichier du monitoring évaluatif du Programme expérimental sur le jeu pathologique en date du 25 février 2003.

Un peu plus de 40 % sont des personnes mariées ou conjointes de fait, parmi les personnes inscrites au Programme expérimental sur le jeu pathologique, tant chez les hommes que chez les femmes (figure 6). Chez les femmes, un peu plus du tiers sont séparées ou divorcées et près d’une personne sur quatre est célibataire. Chez les hommes, ce sont des proportions inversées qui sont observées : un homme sur quatre est séparé ou divorcé et un homme sur trois est célibataire.

Figure 6 Proportion des personnes inscrites au Programme expérimental sur le jeu pathologique selon l’état civil et le sexe



Source : Fichier du monitoring évaluatif du Programme expérimental sur le jeu pathologique en date du 25 février 2003.

Chez les personnes inscrites au Programme expérimental sur le jeu pathologique, près de trois personnes sur quatre possèdent l’équivalent d’un diplôme secondaire ou moins, seulement 17 % ont un diplôme d’études collégiales et 10 % un diplôme d’étude universitaire (tableau 4). Lorsque l’on regarde la distribution de la scolarité au regard du sexe, on n’observe pas de réelle différence entre les hommes et les femmes.

Tableau 4 Proportion des personnes inscrites au Programme expérimental sur le jeu pathologique selon la scolarité et le sexe

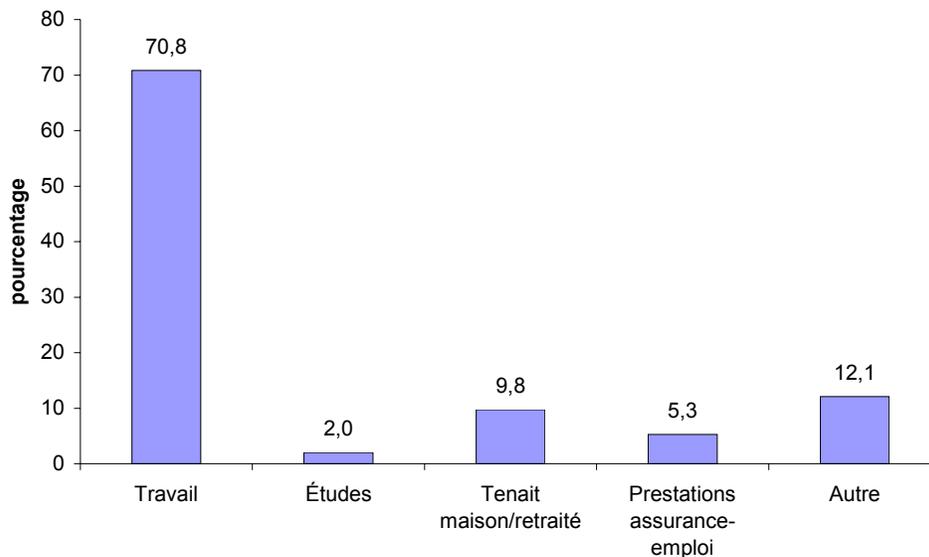
Scolarité	Femme		Homme		Total	
	nombre	%	nombre	%	nombre	%
Primaire	41	7,2	81	7,0	122	7,1
Primaire non complété	2	0,4	8	0,7	10	0,6
Secondaire sans diplôme ¹⁵	71	12,5	186	16,1	257	14,9
Secondaire complété avec diplôme	120	21,1	221	19,1	341	19,7
Secondaire non spécifié	170	29,9	345	29,8	515	29,8
Collégial	110	19,3	198	17,1	308	17,8
Diplôme universitaire	55	9,7	120	10,4	175	10,1
Total	569	100,0	1 159	100,0	1 728	100,0

Source : Fichier du monitoring évaluatif du Programme expérimental sur le jeu pathologique en date du 25 février 2003.

L'analyse du statut d'activité chez les personnes qui ont reçu les services de traitement du jeu pathologique révèle que 71 % des joueurs occupent un emploi (figure 7). Les autres joueurs sont soit retraités ou tenaient maison (10 %), soit prestataires d'assurance emploi, soit étudiants (2 %) ou encore sont classés dans la catégorie autre (12 %). Dans cette dernière catégorie, on regroupe les personnes en congé de maladie, à la recherche d'emploi sans prestation, en congé de maternité sans prestation et les prestataires d'aide sociale.

¹⁵ Dans notre outil intitulé « Grille de collecte de données pour le monitoring des services de traitement des joueurs pathologiques – Caractéristiques sociales » nous avons fait une distinction entre secondaire avec ou sans diplôme. Dans la grille de données sociodémographiques du CQEPTJ, cette différenciation n'existe pas : le choix de réponse est simplement « secondaire » de sorte qu'il est impossible de savoir si le client a complété ou non son secondaire ce qui explique donc la catégorie « secondaire non spécifié ». La littérature sur les joueurs, incluant l'étude de Chevalier et Allard, 2001, démontrent qu'un pourcentage important des joueurs ont une scolarité se situant au niveau des études secondaires. Dans ce contexte, il devient particulièrement important de connaître plus précisément ces informations.

Figure 7 Proportion des personnes inscrites au Programme expérimental sur le jeu pathologique selon l’occupation principale au cours des 12 derniers mois



N : 1 528

Source : Fichier du monitoring évaluatif du Programme expérimental sur le jeu pathologique en date du 25 février 2003.

La très vaste majorité des joueurs (94 %) étaient aux prises avec une dette de jeu lors de leur inscription au Programme expérimental sur le jeu pathologique (tableau 5). Un peu plus du tiers des personnes avaient une dette de moins de 5 000 \$, 17 % une dette de 5 000 à 9 999 \$ et un peu plus d’une personne sur quatre (27 %) une dette de 10 000 à 24 999 \$. Les autres étaient aux prises avec des dettes de plus de 25 000 \$, à l’exception de 6 % qui disaient n’avoir aucune dette de jeu. Lors de leur inscription au Programme expérimental sur le jeu pathologique, près de deux joueurs sur trois (63 %) ont déclaré miser dans la semaine précédant leur inscription au programme de 0 à 199 \$ et 15 % de 200 à 4 999 \$ (tableau 6). Seulement 10 % des joueurs ont déclaré avoir dépenser de 500 à 999 \$ et 10 % de 1 000 à 4 999 \$ lors de la semaine précédant leur inscription au programme.

Tableau 5 Proportion des personnes inscrites au Programme expérimental sur le jeu pathologique selon la dette de jeu à l'inscription au programme

Dette	Nombre	%
Aucune	61	6,4
Entre 1 et 4999 \$	337	35,2
Entre 5 000 et 9 999 \$	159	16,6
Entre 10 000 et 24 999 \$	254	26,5
Entre 25 000 et 49 999 \$	102	10,7
Entre 50 000 et 99 999 \$	31	3,2
100 000 et plus	13	1,4
Total	957	100,0

Source : Fichier du monitoring évaluatif du Programme expérimental sur le jeu pathologique en date du 25 février 2003.

Tableau 6 Proportion des personnes inscrites au Programme expérimental sur le jeu pathologique selon le montant total misé au jeu dans la semaine précédant l'inscription au programme

Montant misé	Nombre	%
De 0 à 199 \$	759	62,7
Entre 200 et 499 \$	186	15,4
Entre 500 et 999 \$	131	10,8
Entre 1 000 et 4 999 \$	123	10,2
5 000 \$ et plus	11	0,9
Total	1 210	100,0

Source : Fichier du monitoring évaluatif du Programme expérimental sur le jeu pathologique en date du 25 février 2003.

5.2. Les problèmes de jeu des joueurs à l'inscription au programme

Parmi la clientèle inscrite au Programme expérimental sur le jeu pathologique, un peu plus de 71 % jouaient plus d'une fois par semaine aux appareils électroniques de jeux (AÉJ)¹⁶ (tableau 7). Près de 10 % jouaient plus d'une fois semaine à d'autres jeux. Près d'une personne sur cinq (19 %) déclarait jouer moins d'une fois semaine à tout type de jeu.

¹⁶ Les appareils électroniques de jeux regroupent les appareils de loterie vidéo et les machines à sous.

Tableau 7 Proportion des personnes inscrites au Programme expérimental sur le jeu pathologique selon le type et l’intensité du jeu

Type et intensité du jeu	nombre	%
Joue plus d’une fois semaine aux AÉJ	842	71,7
Joue plus d’une fois semaine à d’autres jeux que AÉJ	115	9,8
Joue moins d’une fois semaine à tout type de jeu	218	18,6
Total	1 175	100,0

Source : Fichier du monitoring évaluatif du Programme expérimental sur le jeu pathologique en date du 25 février 2003.

Lors de leur inscription, un peu plus d’une personne sur deux recevant les services de traitement du programme expérimental ont signifié avoir pensé sérieusement au suicide au cours des 12 derniers mois (tableau 8). Les proportions observées sont sensiblement les mêmes chez les hommes et les femmes. L’analyse des données sur les idées suicidaires selon l’âge (tableau 9), révèle que ce sont les adultes de 25-54 ans qui présentaient lors de leur inscription le plus d’idées suicidaires dans une proportion d’environ 55 %. Les personnes de 65 ans et plus sont celles qui ont pensé le moins au suicide avec un pourcentage de 33 %.

Tableau 8 Proportion des personnes inscrites au Programme expérimental sur le jeu pathologique qui ont pensé au suicide au cours des 12 derniers mois selon le sexe

Présence d’idées suicidaires	Femmes		Hommes		Total	
	nombre	%	nombre	%	nombre	%
Oui	228	53,6	462	51,6	690	52,3
Non	197	46,4	433	48,4	630	47,7
Total	425	100,0	895	100,0	1 320	100,0

Source : Fichier du monitoring évaluatif du Programme expérimental sur le jeu pathologique en date du 25 février 2003.

Tableau 9 Proportion des personnes inscrites au Programme expérimental sur le jeu pathologique qui ont pensé au suicide au cours des 12 derniers mois selon l’âge

Groupe d’âge	Pensées suicidaires		Aucune pensée suicidaire		Total	
	nombre	%	nombre	%	nombre	%
18-24 ans	33	44,6	41	55,4	74	100,0
25-34 ans	125	54,8	103	45,2	228	100,0
35-44 ans	225	56,5	173	43,5	398	100,0
45-54 ans	212	56,7	162	43,3	374	100,0
55-64 ans	76	41,5	107	58,5	183	100,0
65 ans et plus	15	32,6	31	67,4	46	100,0

Source : Fichier du monitoring évaluatif du Programme expérimental sur le jeu pathologique en date du 25 février 2003.

Lorsqu’on analyse la proportion des personnes qui ont pensé au suicide en fonction du fait qu’elles ont été admises à des services avec hébergement ou inscrites à des services externes au programme expérimental, on observe des différences importantes entre les deux groupes (tableau 10). La proportion des personnes admises qui ont pensé au suicide en service interne est de 71 % tandis qu’elle est de 49 % pour celles inscrites en service externe. Lorsque l’on regarde la proportion de personnes qui ont pensé au suicide en fonction du type de jeu et de l’intensité du jeu on observe également des différences (tableau 11). Chez les personnes qui jouaient plus d’une fois semaine aux AÉJ, la proportion qui a pensé au suicide est de 58 %. Cette proportion est de 48 % chez celles qui jouaient plus d’une fois par semaine mais à d’autres jeux et elle est de 44 % pour celles qui jouaient moins d’une fois semaine à tout type de jeu.

Tableau 10 Proportion des personnes inscrites au Programme expérimental sur le jeu pathologique qui ont pensé au suicide au cours des 12 derniers mois selon le type de services

Présence d’idées suicidaires	Services externes		Services internes	
	nombre	%	nombre	%
Oui	541	48,8	162	70,7
Non	567	51,2	67	29,3
Total	1 108	100,0	229	100,0

Source : Fichier du monitoring évaluatif du Programme expérimental sur le jeu pathologique en date du 25 février 2003.

Tableau 11 Proportion des personnes inscrites au Programme expérimental sur le jeu pathologique qui ont pensé au suicide au cours des 12 derniers mois

Présence d’idées suicidaires	Type de jeu et intensité					
	Joué plus 1 fois/semaine aux AÉJ		Joué plus 1 fois/semaine à d’autres jeux que les AÉJ		Joué moins 1 fois/semaine tout type de jeu	
	nombre	%	nombre	%	nombre	%
Oui	409	57,7	44	47,8	82	43,9
Non	300	42,3	48	52,2	105	56,1
Total	709	100,0	92	100,0	187	100,0

Source : Fichier du monitoring évaluatif du Programme expérimental sur le jeu pathologique en date du 25 février 2003.

Les problèmes de jeu en terme diagnostique des personnes inscrites ont été évaluées à l’aide de deux outils : le South Oaks Gambling Screen (SOGS)¹⁷ et le DSM-IV¹⁸. Le score moyen au SOGS enregistré chez les femmes est de 11,5 sur une possibilité de 20, diagnostiquant donc un problème de jeu grave ou de grande intensité, et celui chez les hommes est de 11,8 (tableau 12). Des résultats similaires ont été observés au DSM-IV. Le score moyen chez les femmes au DSM-IV est de 7,1 et celui des hommes est de 7,2 sur une possibilité de 10 encore une fois témoignant d’un problème de jeu pathologique. On peut donc conclure que les scores moyens observés sont semblables chez les hommes et chez les femmes.

Tableau 12 Scores moyens au SOGS et au DSM-IV à l’inscription au Programme expérimental sur le jeu pathologique selon le sexe

Sexe	Scores moyens			
	SOGS		DSM-IV	
	Nombre de personnes	Score	Nombre de personnes	Score
Femme	416	11,5	466	7,1
Homme	868	11,8	1 005	7,2

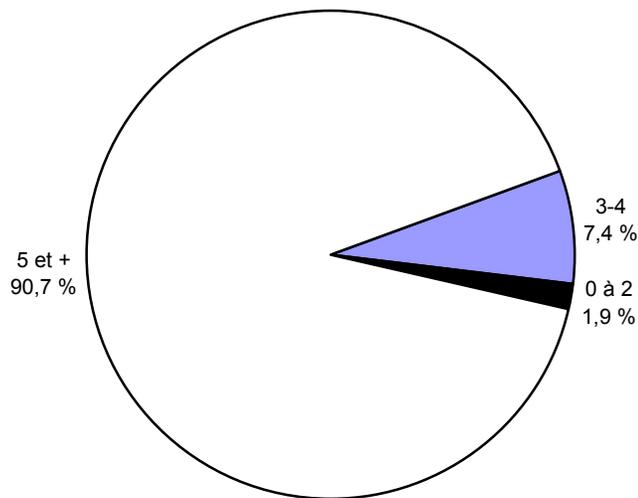
Source : Fichier du monitoring évaluatif du Programme expérimental sur le jeu pathologique en date du 25 février 2003.

¹⁷ Le résultat du SOGS est mesuré sur un total de 20 points. 0 à 2 points font état d’un bon contrôle des habitudes de jeu ; 3 ou 4 points démontrent des difficultés potentielles à l’égard du jeu ; 5 points ou plus, témoignent d’un problème de jeu probable et finalement, 9 points ou plus diagnostiquent un problème de jeu grave ou de grande intensité.

¹⁸ Un problème de jeu est présent lorsqu’une personne répond affirmativement à 5 critères ou plus.

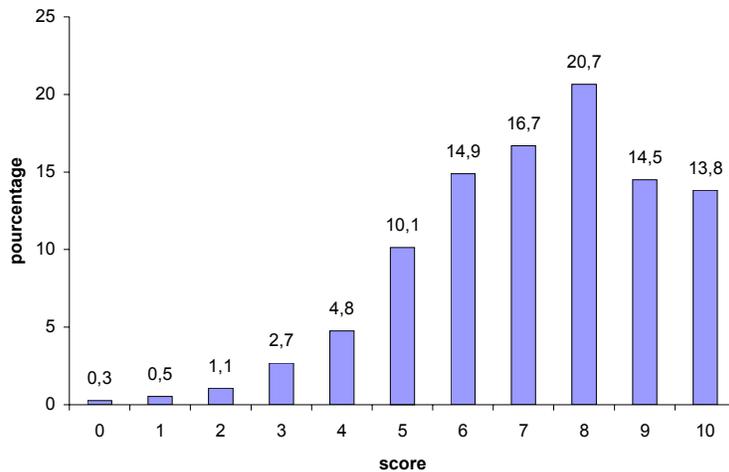
L'étude du score au DSM-IV à l'inscription des personnes qui ont participé au programme expérimental révèle que la majorité des personnes (91 %) (figure 8) ont obtenu un résultat de 5 et plus ce qui les catégorisent joueurs pathologiques. À l'inverse, 9 % des personnes inscrites n'ont pas de problème de jeu pathologique, dont 2 % ont obtenu entre 0 et 2 points sur 10 et 7 %, 3 et 4 points. Une distribution plus détaillée des scores apparaît à la figure 9.

Figure 8 Proportion des personnes inscrites au Programme expérimental sur le jeu pathologique selon les scores au DSM-IV à l'inscription



Source : Fichier du monitoring évaluatif du Programme expérimental sur le jeu pathologique en date du 25 février 2003.

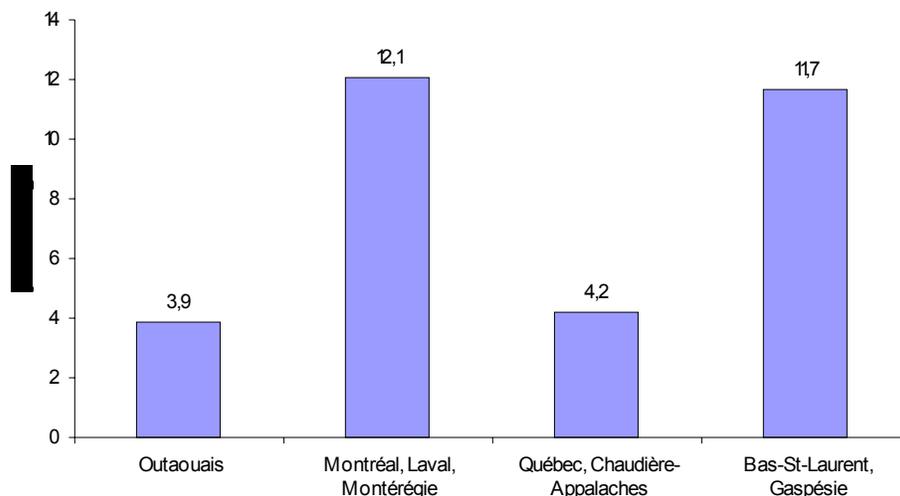
Figure 9 Proportion des personnes inscrites au Programme expérimental sur le jeu pathologique selon leur score au DSM-IV à l’inscription.



Source : Fichier du monitoring évaluatif du Programme expérimental sur le jeu pathologique en date du 25 février 2003.

Par ailleurs, la figure 10 permet d’examiner la proportion des personnes inscrites au programme de traitement qui n’ont pas de problème de jeu pathologique, selon leur score au DSM-IV, au moment de l’inscription pour les quatre sites pilotes où ils ont reçu les services. Nous constatons que 4 % des joueurs que les sites de l’Outaouais de et de Québec et Chaudière-Appalaches ont traités n’avaient pas de problème de jeu pathologique. Pour les sites de Montréal, Laval et Montérégie et Bas-St-Laurent et Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, cette proportion est de 12 %.

Figure 10 Proportion des personnes qui n'ont pas de problème de jeu pathologique à l'inscription au DSM-IV selon les sites pilotes qui participent au Programme expérimental sur le jeu pathologique



Source : Fichier du monitoring évaluatif du Programme expérimental sur le jeu pathologique en date du 25 février 2003.

L'analyse des résultats aux SOGS et au DSM-IV en fonction du type de jeu et de l'intensité du jeu révèle des différences intéressantes (tableau 13). Le score moyen au SOGS est plus élevé chez les personnes qui ont déclaré jouer plus d'une fois par semaine aux AÉJ (12,4) que chez les personnes qui jouent moins d'une fois par semaine à tout type de jeu (9,7). Le score moyen est de 11,4 pour les personnes qui jouent plus d'une fois semaine mais à d'autres types de jeux. Les résultats des scores moyens observés pour le DSM-IV révèlent des différences similaires à ceux du SOGS. Ils sont plus élevés chez les personnes qui jouent plus d'une fois par semaine aux AÉJ (7,4). Ils sont légèrement moins élevés chez ceux qui jouent plus d'une fois par semaine mais à d'autres types de jeux (7,0). On constate un écart important avec les résultats de ceux qui jouent moins d'une fois par semaine à tout type de jeu (6,2) et les deux autres groupes.

Tableau 13 Scores moyens au SOGS et au DSM-IV à l’inscription au Programme expérimental sur le jeu pathologique selon le type de jeu joué et selon l’intensité

Type de jeu joué et intensité du jeu	Scores moyens			
	SOGS		DSM-IV	
	Nombre de personnes	Score	Nombre de personnes	Score
Joué plus 1 fois/semaine aux AÉJ	729	12,4	792	7,4
Joué plus 1 fois/semaine à d’autres jeux	90	11,4	107	7,0
Joué moins 1 fois/semaine à tout type de jeu	181	9,7	207	6,2

Source : Fichier du monitoring évaluatif du Programme expérimental sur le jeu pathologique en date du 25 février 2003.

Lorsque les résultats au SOGS et au DSM-IV sont analysés en fonction des types de services dispensés, soit en interne ou en externe, on observe des différences importantes entre les scores moyens de ceux inscrits à l’un ou l’autre des deux types de services (tableau 14). Ainsi le score moyen observé au SOGS pour les personnes qui reçoivent les services en externe est de 11,3 tandis qu’il est de 14,0 pour les personnes admises en interne. Des résultats similaires sont observés pour le DSM-IV. Le score moyen au DSM-IV est de 6,9 pour les personnes qui reçoivent les services en externe et il est de 8,6 pour celles qui sont admises en interne.

Tableau 14 Scores moyens au SOGS et au DSM-IV à l’inscription au Programme expérimental sur le jeu pathologique selon le type de service

Type de service	Scores moyens			
	SOGS		DSM-IV	
	Nombre de personnes	Score	Nombre de personnes	Score
Services externes	1 092	11,3	1 196	6,9
Services internes	199	14,0	295	8,6

Source : Fichier du monitoring évaluatif du Programme expérimental sur le jeu pathologique en date du 25 février 2003.

Une analyse des scores moyens a été faite également en fonction de la scolarité des personnes inscrites au programme de traitement expérimental (tableau 15). On n’observe pas de réelle différence selon le niveau de scolarité dans les résultats des scores moyens au SOGS tout comme au DSM-IV. Seul les diplômés universitaires affichent un score moyen

différent au DSM-IV. Par contre, cette différence ne s'observe pas dans les résultats des scores moyens au SOGS.

Tableau 15 Scores moyens au SOGS et au DSM-IV à l'inscription au Programme expérimental sur le jeu pathologique selon la scolarité des participants

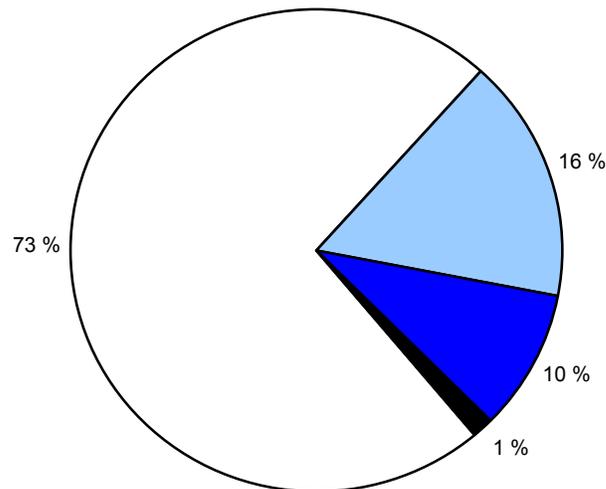
Niveau de scolarité	Scores moyens			
	SOGS		DSM-IV	
	Nombre de personnes	Score	Nombre de personnes	Score
Primaire	91	11,4	98	7,3
Primaire non complété	8	12,3	6	7,3
Secondaire sans diplôme	148	11,8	193	7,3
Secondaire complété avec diplôme	214	11,7	253	7,1
Secondaire non spécifié	410	11,8	415	7,3
Collégial	230	11,7	252	7,0
Diplôme universitaire	122	11,4	134	6,6

Source : Fichier du monitoring évaluatif du Programme expérimental sur le jeu pathologique en date du 25 février 2003.

5.4. Les problèmes de jeu au congé

Dans le cadre du Programme expérimental sur le jeu pathologique, la mesure des problèmes de jeu à l'aide des outils diagnostics est évaluée à différents moments du traitement. Le DSM-IV est utilisé à l'arrivée, au congé et aux suivis post-traitement de 3, 6 et 12 mois alors, que le SOGS est employé à l'arrivée et aux suivis post-traitement de 6 et 12 mois. L'analyse des scores au DSM-IV nous indique que 73 % des personnes qui à l'inscription présentaient un problème de jeu pathologique selon le DSM-IV se retrouvent en deçà de ce seuil lors du congé (figure 11). Par contre 16 % qui présentaient ce problème à l'arrivée l'ont encore au congé. Les 11 % de personnes qui ne présentaient pas un score de joueur pathologique à l'arrivée indique que le programme couvre, à 89 %, la population-cible qu'il est supposé couvrir.

Figure 11 Proportion des personnes inscrites au Programme expérimental sur le jeu pathologique selon le score au DSM-IV à l’inscription et au congé

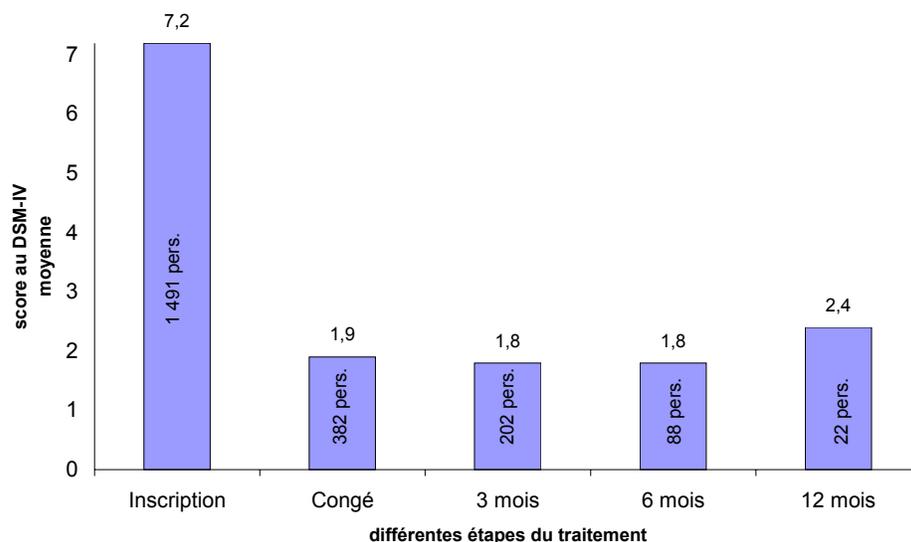


- Personnes qui à l'inscription présentaient des problèmes de jeu selon le DSM-IV et au congé n'ont plus de problème de jeu
- Personnes qui à l'inscription présentaient des problèmes de jeu selon le DSM-IV et au congé ont toujours des problèmes de jeu
- Personnes qui à l'inscription présentaient aucun problème de jeu selon le DSM-IV et au congé n'ont aucun problème de jeu
- Personnes qui à l'inscription ne présentaient aucun problème de jeu selon le DSM-IV et qui au congé présentent des problèmes de jeu

Source : Fichier du monitoring évaluatif du Programme expérimental sur le jeu pathologique en date du 25 février 2003.

L'analyse des résultats des scores moyens au DSM-IV aux différentes étapes de traitement illustre d'une autre façon l'évolution des problèmes de jeu durant le traitement (figure 12). Ainsi le score moyen à l'inscription est de 7,2 et il est de 1,9 au congé. Les scores au suivi post-traitement sont les mêmes à trois mois et à six mois, c'est-à-dire de 1,8. On observe une légère hausse du score au suivi de 12 mois avec un score moyen de 2,4. Lors des suivis post-traitement, on remarque que le nombre de joueurs pour lesquels nous avons des informations diminue. Un certain nombre de ressources de traitement n'ont pas mis sur pied les services de suivis dès le début de leurs services de traitement ; nous ne pouvons pas obtenir de scores pour ces clients. De plus, ce ne sont pas toutes les personnes inscrites ayant complété le traitement qui, au moment de la saisie, en étaient à faire leur suivi post-traitement. Finalement, il est important de signaler que ce ne sont pas la totalité des personnes inscrites qui ont complété le traitement qui acceptent de participer au suivi.

Figure 12 Moyenne des scores au DSM-IV à différentes étapes du Programme expérimental sur le jeu pathologique chez les personnes inscrites au programme



Source : Fichier du monitoring évaluatif du Programme expérimental sur le jeu pathologique en date du 25 février 2003.

5.5. La participation au programme

Lors de leur inscription au Programme expérimental sur le jeu pathologique, il était demandé aux participants de préciser la source de la référence qui était à l'origine de l'orientation vers la ressource thérapeutique où ils s'inscrivaient. La distribution des différentes sources de référence révèle que plus d'une personne sur quatre a reçu l'information de la ligne *Jeu : aide et référence* (tableau 16). Parmi les autres sources rapportées, par ordre d'importance, on retrouve les CLSC (8,3 %), un ami (7,5 %), le personnel d'un centre de traitement du jeu (7,2 %), le personnel d'un centre de traitement pour l'alcoolisme et la toxicomanie (5,7 %) et un parent (4,4 %).

Tableau 16 Fréquence des différentes sources de référence qui sont à l’origine de l’orientation des personnes vers les services dispensant le Programme expérimental sur le jeu pathologique

Référence	Nombre	%
Ligne Jeu : aide et référence	325	27,0
Autres	115	9,5
Personnel d'un CLSC	100	8,3
Ami	90	7,5
Personnel d'un centre de traitement de jeu	87	7,2
Personnel d'un centre de traitement alcool et toxicomanie	69	5,7
Parent	53	4,4
Personnel d'un centre hospitalier	43	3,6
Membre d'un PAE	42	3,5
Conjoint/famille	35	2,9
Conjoint	33	2,7
Employeur ou collègue de travail	26	2,2
Professionnel de la santé	26	2,2
Personnel du secteur santé et services sociaux	25	2,1
Gamblers anonymes/Joueurs anonymes	23	1,9
Industrie du jeu	21	1,7
Personnel d'un centre de crise	17	1,4
Organisme communautaire	17	1,4
Personnel d'une clinique médicale	16	1,3
Policier et judiciaire	11	0,9
Ex-joueur et autres jeux	8	0,7
Employeur/EAP	6	0,5
Inconnus	6	0,5
Fils/fille	5	0,4
Alcooliques anonymes/Narcotiques anonymes	3	0,3
Secteur économique	3	0,3

Source : Fichier du monitoring évaluatif du Programme expérimental sur le jeu pathologique en date du 25 février 2003.

Parmi les personnes qui n’ont pas été référées, certaines ont reçu l’information d’autres sources telles des dépliants et affiches, de la publicité, des reportages ou des conférences. Dans les résultats colligés, on note que 133 personnes ont connu les services de traitement par le biais de publicités.

Parmi les personnes qui sont inscrites au Programme expérimental sur le jeu pathologique pour la période étudiée, une proportion de 42 % a complété le programme, c’est-à-dire un peu plus de quatre personnes sur dix (tableau 17). Donc, plus de la moitié ont abandonné le programme avant la fin du traitement, soit 20 % avec un abandon signifié et 37 % sans

abandon signifié¹⁹. On observe peu de différence entre les hommes et les femmes à ce chapitre (tableau 18). Les proportions sont sensiblement les mêmes tant pour le programme complété que pour les deux types d’abandon.

Tableau 17 Proportion des personnes inscrites au Programme expérimental sur le jeu pathologique selon la complétion au traitement

Complétion au traitement	Nombre	%
Programme complété	855	42,4
Abandon signifié	412	20,4
Abandon non signifié	745	36,9
Statut inconnu	7	0,4
Total	2 019	100,0

Source : Fichier du monitoring évaluatif du Programme expérimental sur le jeu pathologique en date du 25 février 2003.

Tableau 18 Proportion des personnes inscrites au Programme expérimental sur le jeu pathologique selon la complétion au traitement et le sexe

Complétion au traitement	Femme		Homme	
	nombre	%	nombre	%
Programme complété	243	39,4	539	42,3
Abandon signifié	140	22,7	254	19,9
Abandon non signifié	232	37,6	478	37,5
Statut inconnu	2	0,3	4	0,3
Total	617	100,0	1 275	100,0

Source : Fichier du monitoring évaluatif du Programme expérimental sur le jeu pathologique en date du 25 février 2003.

Si on fait l’analyse de la complétion du traitement en fonction de l’âge (tableau 19), on constate que les adultes les plus âgés sont non seulement proportionnellement plus nombreux à avoir complété le programme de traitement mais, lorsqu’ils ont abandonné, ils sont aussi proportionnellement plus nombreux à signifier leur abandon.

¹⁹ Nous avons distingué deux types d’abandon : les abandons signifiés et les abandons non signifiés. Le premier type réfère aux abandons de clients qui font part à leur thérapeute de leur intention de cesser leur thérapie en leur donnant des explications ou à qui le thérapeute suggère, ce qui est plus rare, de quitter le programme. À l’inverse, le deuxième type fait référence aux clients qui abandonnent sans le mentionner à leur thérapeute et sans redonner de nouvelles. Souvent, lorsque le thérapeute tente de communiquer avec le client, ses efforts sont vains et celui-ci ne connaît jamais les raisons qui ont motivé l’abandon du client.

Tableau 19 Proportion des personnes inscrites au Programme expérimental sur le jeu pathologique selon la complétion au traitement et l’âge

Complétion au traitement	Groupe d’âge											
	18-24		25-34		35-44		45-54		55-64		65 et plus	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Programme complété	37	35,2	129	40,2	239	40,2	226	43,0	115	47,9	29	42,7
Abandon signifié	21	20,0	55	17,1	124	20,8	105	20,0	56	23,3	23	33,8
Abandon non signifié	47	44,8	137	42,7	230	38,7	193	36,7	68	28,3	15	22,1
Statut inconnu	---	---	---	---	2	0,3	2	0,4	1	0,4	1	1,5
Total	105	100,0	321	100,0	595	100,0	526	100,0	240	100,0	68	100,0

--- : Aucun cas

Source : Fichier du monitoring évaluatif du Programme expérimental sur le jeu pathologique en date du 25 février 2003.

L’analyse de la complétion du traitement en fonction de la présence ou non de problème de jeu selon le DSM-IV révèle également des différences (tableau 20). Les personnes qui ont un problème de jeu pathologique selon le DSM-IV, sont proportionnellement plus nombreuses à compléter le programme de traitement que les personnes dont le score au DSM-IV n’indique aucun problème de jeu pathologique. Pour le SOGS, il est impossible de tirer des conclusions car la majorité des personnes inscrites au Programme expérimental sur le jeu pathologique sont classées dans la catégorie problème de jeu (tableau 21).

Tableau 20 Proportion des personnes inscrites au Programme expérimental sur le jeu pathologique selon la complétion au programme et selon la présence d’un problème de jeu au DSM-IV à l’inscription

Complétion au traitement	Aucun problème		Problème de jeu	
	nombre	%	nombre	%
Complété	51	37,0	674	50,2
Abandon signifié	40	29,0	245	18,2
Abandon non signifié	47	34,1	420	31,3
Statut inconnu	---	---	5	0,4
Total	138	100,0	1 344	100,0

--- : Aucun cas

Source : Fichier du monitoring évaluatif du Programme expérimental sur le jeu pathologique en date du 25 février 2003.

Tableau 21 Proportion des personnes inscrites au Programme expérimental sur le jeu pathologique selon la complétion au programme et selon la présence d’un problème de jeu au SOGS à l’inscription

Complétion au traitement	Résultat au SOGS					
	Aucun problème		Problème potentiel		Problème de jeu	
	nombre	%	nombre	%	nombre	%
Complété	3	60,0	7	38,9	586	46,5
Abandon signifié	2	40,0	6	33,3	235	18,6
Abandon non signifié	---	---	5	27,8	435	34,5
Statut inconnu	---	---	---	---	5	0,4
Total	5	100,0	18	100,0	1 261	100,0

--- : Aucun cas

Source : Fichier du monitoring évaluatif du Programme expérimental sur le jeu pathologique en date du 25 février 2003.

Si on regarde la complétion au traitement en fonction du type et de l’intensité de jeu (tableau 22), on constate que les personnes qui jouent aux AÉJ plus d’une fois par semaine ont tendance à compléter davantage le traitement que les personnes qui jouent moins d’une fois semaine à tout type de jeu. Par contre, peu importe le type de jeu ou l’intensité du jeu, on observe les mêmes proportions dans les abandons non signifiés.

Tableau 22 Proportion des personnes inscrites au Programme expérimental sur le jeu pathologique selon la complétion au programme et selon le type et l’intensité du jeu

Complétion au traitement	Type et intensité du jeu					
	Joué plus 1 fois/semaine aux AÉJ		Joué plus 1 fois/semaine à d’autres jeux que les AÉJ		Joué moins 1 fois/semaine à tout type de jeu	
	nombre	%	nombre	%	nombre	%
Complété	407	49,6 ²⁰	52	45,6 ¹⁵	94	43,7 ¹⁵
Abandon signifié	154	18,4	24	21,1	51	23,7
Abandon non signifié	271	32,3	38	33,3	70	32,6
Total	832	100,0	114	100,0	215	100,0

Source : Fichier du monitoring évaluatif du Programme expérimental sur le jeu pathologique en date du 25 février 2003.

²⁰ Le nombre d’inconnus explique la différence des proportions observées dans le tableau 16 en comparaison avec celles obtenues lorsque croisées avec la variable type et intensité de jeu.

Lorsque l’on compare la complétion au programme selon le fait que les services reçus ont été dispensés en interne ou en externe (tableau 23), on observe des différences importantes dans les résultats. Les personnes qui ont reçu les services en interne ont complété dans une proportion de 95 % le programme de traitement comparativement à 32,5 % chez les personnes ayant reçu les services en externe.

Tableau 23 Proportion des personnes inscrites au Programme expérimental sur le jeu pathologique selon la complétion au traitement et le type de services dispensés

Complétion au traitement	Type de service dispensé			
	Externe		Interne	
	nombre	%	nombre	%
Complété	552	32,5	303	95,0
Abandon signifié	403	23,7	9	2,8
Abandon non signifié	739	43,5	6	1,9
Statut inconnu	6	0,4	1	0,3
Total	1 700	100,0	319	100,0

Source : Fichier du monitoring évaluatif du Programme expérimental sur le jeu pathologique en date du 25 février 2003.

Un autre élément intéressant à analyser au regard de la complétion au traitement est le nombre moyen de rencontres en thérapie et la durée moyenne de traitement (tableau 24). En moyenne, un traitement en interne dure 32 jours pendant lesquels les usagers ont, toujours en moyenne, 45 rencontres thérapeutiques. Le nombre de personnes ayant abandonné ce type de traitement est trop restreint pour permettre une analyse approfondie de la durée et du nombre de rencontres de thérapies de celles-ci.

Les traitements en externe présentent un profil tout à fait différent. Les personnes qui complètent le traitement auront participé à 21 séances de thérapies dans un intervalle moyen de 122 jours (17½ semaines). Comme nous pouvions nous y attendre, les personnes qui ont entamé un traitement mais qui ne l’ont pas conclu ont vécu un nombre moindre de rencontres thérapeutiques (6,3 dans le cas des personnes qui ont signifié leur abandon et 5,5 pour ceux à ne pas l’avoir signifié). Ceci n’est pas sans lien avec la durée du traitement qui, aussi, est de plus courte durée (74 jours en moyenne quant à ceux qui signifient leur abandon et 64 pour ceux qui abandonnent sans le signifier).

Bien qu’il y ait des personnes qui abandonnent en tout début de parcours, nous observons que, dans l’ensemble, les personnes qui délaissent leur traitement ont quand même assisté à plusieurs rencontres et auront pu se faire une idée dépassant les attentes préalables et les préjugés.

Il est aussi important de constater que le nombre moyen de rencontres thérapeutiques auxquelles ont assisté les personnes qui ont complété le traitement s’élève à 21, environ 5 ou 6 de plus que le protocole originel ne le prévoyait (étalées sur deux semaines de plus que proposées). Nous pouvons émettre l’hypothèse que cette utilisation de services correspond aux adaptations que les différents organismes de traitement ont dû apporter au traitement proposé pour satisfaire aux besoins des usagers (voir Allard et al., 2003).

Tableau 24 Nombre moyen de rencontres en thérapie et durée moyenne du traitement selon la complétion au Programme expérimental sur le jeu pathologique

Complétion au traitement	Interne				Externe			
	Nombre de rencontres en thérapie		Durée du traitement		Nombre de rencontres en thérapie		Durée du traitement	
	Nombre de personnes	Moyenne	Nombre de personnes	Durée moyenne (jours)	Nombre de personnes	Moyenne	Nombre de personnes	Durée moyenne (jours)
Complété	178	44,9	302	32,1	550	20,7	550	121,5
Abandon significatif	6	44,2	9	11,8	401	6,3	401	74,1
Abandon non significatif	2	3,5	6	7,5	733	5,5	734	63,9

Source : Fichier du monitoring évaluatif du Programme expérimental sur le jeu pathologique en date du 25 février 2003.

6. DISCUSSION

Nous allons reprendre les résultats que nous avons obtenus et les comparer, lorsque cela est possible, à ceux d’autres études que nous avons brièvement présentées dans la revue de littérature.

Tout d’abord, toutefois, nous allons nous arrêter sur les données dont nous disposons sur le niveau d’atteinte des objectifs des joueurs traités selon la région. Rappelons que le site du Bas-St-Laurent et la Gaspésie – Îles-de-la-Madeleine ainsi que celui de Montréal, Laval et Montérégie affiche une proportion de joueurs moindre que celle estimée et qu’à l’opposée, les sites de Québec et Chaudière-Appalaches et de l’Outaouais affichent une proportion plus élevée.

Il ressort de ces résultats qu’un taux national unique ne semble pas réaliste. Les données correspondent assez bien aux résultats subjectifs énoncés par les responsables régionaux. Nous pouvons soumettre des hypothèses pour tenter d’expliquer les valeurs extrêmes. En Outaouais, les services de traitement destinés aux joueurs pathologiques étaient déjà implantés longtemps avant l’avènement du programme expérimental dans la région. Les ressources offrant les services dans cette région étaient bien connus. Dans le cas de l’Outaouais, la notoriété du service ainsi que son intégration au réseau global de la santé expliqueraient assez bien, selon nous, les résultats obtenus. Dans le cas du site pilote du Bas-St-Laurent et de la Gaspésie – Îles-de-la-Madeleine, nous pensons que la notoriété a joué mais en sens inverse. Dans ces deux méta régions, une seule des quatre ressources offraient des services destinés aux joueurs avant l’implantation du programme expérimental. Il faut aussi noter que la première année, le nombre de points de services d’une des ressources s’élevait à deux, pour ensuite passer à onze l’année suivante et ainsi augmenter d’autant l’accessibilité aux services.

Globalement donc, nous pensons qu’il faille continuer de suivre cet indicateur tout en fixant des objectifs régionaux plutôt que nationaux.

6.1. Les caractéristiques sociales des joueurs

La proportion des personnes inscrites au Programme expérimental sur le jeu pathologique selon le sexe est de 67 % chez les hommes et de 32 % chez les femmes. Ces proportions se rapprochent de celles publiées dans l’étude ontarienne qui sont de 66 % pour les hommes et 34 % pour les femmes. Elles se démarquent des résultats obtenus au Minnesota, en Oregon et à Victoria qui varient de 54 % à 58 % pour les hommes et de 42 % à 46 % pour les femmes. Compte tenu des résultats préliminaires que nous présentons, il nous est toutefois impossible, à ce stade-ci, d’expliquer les raisons de la différence entre les résultats québécois et ontariens d’une part et ceux, d’autre part, des trois dernières études mentionnées. Des détails sur la prévalence du jeu chez les hommes et les femmes nous

seraient ici d’une grande utilité : pourquoi les hommes sont-ils plus présents dans les services de traitement ? Sont-ils plus nombreux à être aux prises avec un problème de jeu ? Les chercheurs de Victoria soulevaient, de leur côté, des interrogations concernant une différence dans les comportements de recherche d’aide entre les femmes et les hommes et sur les services offerts. Est-ce que les services de traitement présentement offerts réussissent davantage à rejoindre les hommes ? Sont-ils plus facilement diagnostiqués par leur médecin ? Plusieurs autres interrogations pourraient être soulevées. Plus d’informations sont nécessaires pour interpréter ces données.

Nous constatons un phénomène imprévu concernant la relation entre le sexe et l’âge : plus les femmes avancent en âge, plus elles sont présentes dans les services de traitement. Elles composent 15 % des personnes en traitement pour les 18 à 24 ans et représentent 50 % de ces personnes dans le groupe des 55 à 64 ans. Cela confirme le fait, largement observé ailleurs, qu’en avançant en âge, les femmes sont proportionnellement plus affectée par le jeu.

Si l’on étudie l’état civil des clients québécois, on remarque que 42 % des hommes et des femmes sont mariés ou conjoints de faits. Cette situation se rapproche de celle du Minnesota où 46 % des personnes en traitement étaient en couple. L’on sait déjà que 57 % de la population québécoise âgée de 15 ans et plus vit avec un conjoint ou une conjointe (marié ou conjoint de fait)²¹. Nous constatons que les personnes qui vont en traitement pour le jeu sont proportionnellement moins nombreuses à bénéficier d’un soutien à la maison d’autant plus que plusieurs personnes gardent secrète leur démarche thérapeutique pour un problème de jeu. Le soutien conjugal peut être l’un des facteurs importants qui influe sur la réussite du traitement. Même si ce n’est pas la totalité des 42 % des clients qui vivent en couple qui jouissent de ce soutien, il en reste que ces personnes pourraient bénéficier d’un soutien notable.

Le niveau de scolarité majoritaire des joueurs qui ont participé au programme de traitement expérimental est du niveau secondaire (72 %). En comparaison, 58 %²² de la population québécoise est de niveau secondaire. Les personnes qui vont en traitement pour le jeu sont donc proportionnellement plus nombreuses à détenir un diplôme d’études secondaires. Il s’agit aussi d’une tendance constatée ailleurs qui fait des joueurs des « dépendants » plus instruits, ce qui n’est pas sans lien avec le revenu qui leur donne accès à cette dépendance.

Nous avons vu que les joueurs québécois qui se sont présentés en traitement préfèrent, dans une proportion de 71 %, les appareils électroniques de jeu. La répartition des jeux favoris dans les cinq études que nous avons recensées a été réalisée différemment. Nous pouvons constater, cependant, que les appareils de loterie vidéo et dans d’autres cas les machines à sous figurent majoritairement comme les jeux favoris. Il s’agit ici d’une variable déterminante qu’il est malheureusement impossible de comparer. Tout ce que nous pouvons

²¹ Source : Statistique Canada, recensement de 2001.

²² Source : Institut de la statistique du Québec, 1996.

constater c’est que les AÉJ semblent également être parmi les jeux les plus nocifs. L’offre de jeu influence l’attraction à ceux-ci. Il faudrait en connaître davantage sur cet aspect dans les autres juridictions avant d’effectuer de plus amples parallèles.

L’étude du score au DSM-IV à l’arrivée est une indication, sans en être l’unique, de la gravité du problème de jeu des joueurs inscrits. Les résultats préliminaires indiquent que 91 % des personnes inscrites présentent un problème de jeu pathologique. À l’inverse, 9 % des joueurs qui se sont inscrits à des services de traitement n’avaient pas, selon leur score au DSM-IV, de problème de jeu pathologique. Il s’agit d’une proportion importante pour laquelle nous ne disposons pas de toutes les informations permettant d’expliquer ce constat. Il faut, à prime abord, souligner que l’utilisation des dix critères du DSM-IV n’est pas uniforme. Le CQEPTJ suggère de l’utiliser au moment de l’inscription, mais nous avons observé que ce n’est pas toujours le cas. Le moment d’utilisation du test peut influencer le résultat obtenu. Plusieurs raisons peuvent faire en sorte que le test n’est utilisé qu’à la deuxième ou troisième rencontre et, dans quelques cas, encore plus tard dans la démarche de traitement. Les clients qui se présentent en situation de crise, par exemple, ne complètent pas nécessairement le test dès leur première rencontre ; telle n’est pas la priorité. Dans d’autres cas, il n’y a pas forcément de situation de crise mais le thérapeute peut décider d’espacer la série de tests qui sont forts nombreux et remettre celui du DSM-IV à plus tard. Il arrive souvent que les clients qui doivent attendre quelques semaines ou mois sur une liste d’attente diminuent leur fréquence de jeu et intensité de jeu de sorte que lorsqu’ils répondent aux questions du test, le score en est affecté. Bref, ce ne sont ici que quelques exemples de nombreux facteurs pouvant biaiser le score du DSM-IV à l’inscription.

De plus, nous avons observé, par le biais nos échanges et observations avec la majorité des thérapeutes des organismes impliqués dans le monitoring évaluatif, que leur compréhension du mode d’application de ce test n’étaient pas homogène. Certains l’appliquent de façon très stricte en lisant les dix critères à leurs clients sans déborder du contenu, en restant très fidèles à la période de temps à laquelle se réfèrent les questions (qui est « dans les derniers 12 mois ») et sans questionner les réponses des clients. D’autres s’en servent comme outil clinique leur permettant de creuser plus en détails les réponses de leurs clients : plusieurs thérapeutes affirment qu’un « non » devient souvent un « oui » après quelques minutes d’échange. Finalement, dans quelques cas, une copie du test est remise aux clients pour qu’ils la remplissent par eux-mêmes (sur place ou à la maison). Ces pratiques disparates témoignent d’un manque d’uniformité qui ne peut qu’influencer les scores obtenus.

Il ne faut toutefois pas écarter la possibilité que certains joueurs peuvent être acceptés en dépit du fait que leur score au DSM-IV ne diagnostique pas de problème de jeu. Quelles sont alors les raisons de ces inscriptions ? Existe-t-il d’autres raisons cliniques justifiant ces inscriptions ? Un score élevé au SOGS mais pas au DSM-IV ? Peut-on supposer que dans un contexte où les clients sont peu nombreux, certains organismes acceptent quiconque affirmant avoir un problème de jeu ? Nous n’avons pas pour l’instant les réponses à ces questions. Il sera essentiel de les investiguer plus profondément dans les prochains mois.

Nous devons, dans le cadre de notre rapport final, étudier plus en détails le parcours des joueurs qui ne présentent pas un problème de jeu en considérant notamment leur statut au moment de la fin du traitement, c’est-à-dire s’ils ont complété ou abandonné, et ce, après combien de rencontres.

Les lignes d’aide téléphonique semblent être la source de référence vers les ressources de traitement qui est privilégiée. Au Québec, 27 % des personnes référées l’ont été par la ligne *Jeu : Aide et référence* (incluant la ligne 1-866-SOS-JEUX) ce qui correspond à la source de référence la plus citée dans l’étude de l’Oregon. À Victoria, en Australie, la ligne d’aide a orienté 35 % des clients.

L’examen de la proportion des clients qui ont complété nous indique que 42 % des clients inscrits ont complété leur thérapie, 58 % l’ont donc abandonnée. Il n’existe pas de norme ou de standard nous permettant d’évaluer ou de qualifier un taux de complétion. Sommes-nous en présence d’une excellente, acceptable ou médiocre proportion de complétion du traitement ? Impossible de le déterminer pour le moment. Même si nous disposions d’un barème permettant de comparer ce taux, serait-il réellement possible de le qualifier compte tenu de la multiplicité de facteurs pouvant influencer le parcours d’un client en thérapie ? Le degré de motivation (les raisons de consultation sont-elles internes ou externes au client ? Vient-il pour satisfaire les exigences de sa conjointe ou de son employeur ? Parce qu’il y est sommé par la cour ? Parce qu’il souhaite réellement se défaire de son problème de jeu ?, etc.), la facilité à contrer les rechutes (ou de reprendre le traitement), le soutien des proches²³ (ses proches sont-ils au courant de sa démarche ? Le soutiennent-ils ?), le type de traitement (groupe, individuel, groupe et individuel combinés, avec ou sans hébergement), la qualité du lien thérapeutique avec le clinicien (d’autres facteurs dont notamment le nombre de tentatives de thérapie entreprises par le client avant celle-ci), les approches thérapeutiques utilisées, leur pertinence pour chacun des clients, la gravité du problème de jeu, l’ampleur des répercussions des problèmes de jeu sur la vie du client, la présence ou non de comorbidités, la durée du traitement²⁴ et même les lieux physiques de la ressource de traitement (où sont situés les locaux de la ressource de traitement ? Sont-ils à proximité de la résidence du client ? La confidentialité ou la protection de l’anonymat sont-elles assurées ?) sont tous des facteurs qui peuvent, à des degrés divers, avoir un impact considérable sur l’issue de la démarche thérapeutique.

Il faut par ailleurs nuancer entre le fait de compléter une thérapie et celui de la compléter avec succès. Les objectifs thérapeutiques varient d’un établissement à l’autre. Certains prônent l’abstinence totale alors que d’autres visent la réduction des méfaits. Le jugement clinique concernant la complétion ou non du traitement est donc alors modulé par les objectifs de départ. Les ressources de traitement qui participent au monitoring n’ont pas

²³ Voir à ce propos le rapport 8 intitulé « Les services de traitement – le point vue des usagers », (Chevalier, S. et al., 2003).

²⁴ La durée des thérapies varie d’un programme à l’autre et d’un thérapeute à l’autre. Pour certains des dossiers que nous avons reçus, en thérapie externe, le programme avait été complété après 7 ou 8 rencontres alors que d’autres clients ont complété leur thérapie après 35 ou 40 rencontres.

toutes la même orientation. En outre, nous notons parfois des différences à l'intérieur des organismes selon les intervenants.

Par ailleurs, le taux de complétion varie notablement entre les services offerts à l'externe et ceux offerts à l'interne, 33 % contre 95 %. Ces taux corroborent ce que nous avons déjà vu ailleurs : la rétention des clients est facilitée par l'hébergement et l'intensité du traitement.

Les études que nous avons examinées ont obtenu des résultats différents. Au Minnesota, le taux de clients qui ont complété se situe autour de 70 %, ce qui est très au-dessus de ce qui est observé au Québec. Les auteurs de cette dernière étude affirment que la rétention semble plus forte plus le programme est court, s'il est donné à l'interne, en milieu urbain et s'il est d'orientation familiale. Par ailleurs, en Oregon, 32 % des clients ont complété leur thérapie ce qui est en deçà de ce qu'on obtient ici. Il faudrait connaître en détail le processus de sélection des clients pour pouvoir donner un sens à d'aussi grandes différences. Il est possible que dans certains États, il faille avec le temps travailler à renforcer les facteurs de rétention de la clientèle.

La proportion des clients québécois qui ont abandonné leur thérapie en avisant ou non leur thérapeute est de 58 %. Tout comme pour la complétion d'un programme, l'abandon peut être influencé par de multiples facteurs. Ces facteurs sont, dans certains cas, l'inverse de ceux qui agissent positivement sur la complétion : le manque de motivation, les rechutes, un soutien défaillant, les difficultés dans le lien thérapeutique avec le clinicien, une approche ou des approches thérapeutiques inadéquates, le type de traitement, la gravité du problème, la présence de comorbidités ou d'autres problèmes associés, le lieu de la ressource de traitement. À ces facteurs s'ajoutent des raisons d'abandon plus organisationnelles telles un déménagement, un nouvel emploi avec un horaire conflictuel avec les disponibilités de traitement. Les clients affirment parfois qu'ils ont retiré ce dont ils avaient besoin de la thérapie et ne voient plus la nécessité de poursuivre.

Au Minnesota, le taux d'abandon est de 30 % alors qu'en Oregon il est de 68 %. Encore une fois, une grande variabilité dans les programmes de traitement est entre autres à l'origine de ces taux. Les programmes de traitement ne sont pas uniformes, ils sont de types différents (interne, externe, en groupe, en individuel), ils poursuivent des objectifs différents et sont d'orientations thérapeutiques variées. Il faut également noter que ces programmes ont été mis sur pied depuis quelques années et bénéficient donc déjà d'une certaine expérience. Par exemple, le programme de l'Australie existe depuis 1996. Les approches et stratégies ont donc pu être modifiées afin de favoriser la diminution de l'abandon des clients.

Plusieurs des données que nous présentons ici seront plus complètes dans notre rapport final alors que nous serons en mesure d'analyser plus longuement certaines des variables. Le tableau 25 ci-dessous présente une synthèse des résultats obtenus pour certaines variables dans les 5 études que nous avons examinées ainsi que pour l'étude québécoise.

Tableau 25 Synthèse des résultats des systèmes de monitoring

	Minnesota 1 (États Unis)	Minnesota 2 (États Unis)	Oregon (États Unis)	Victoria (Australie)	Ontario (Canada)	Québec (Canada)
Caractéristiques sociales						
Sexe	61 % hommes 39 % femmes	58 % hommes 42 % femmes	55 % hommes 45 % femmes	54 % hommes 46 % femmes	66 % hommes 34 % femmes	67 % hommes 33 % femmes
Âge	Âge moyen de 39 ans	Âge moyen autour de 39 ans	Âge moyen autour de 43 ans, plus élevé chez les femmes (44 ans) que chez les hommes (41 ans)	Âge moyen autour de 38 ans, plus élevé chez les femmes (40 ans) que chez les hommes (36 ans)	Âge moyen autour de 41 ans, plus élevé chez les femmes (44 ans) que chez les hommes (39 ans)	
État civil	46 % marié et conjoint de fait 26 % séparé et divorcé 25 % célibataire 2 % veuf		45 % marié 23 % divorcé 17 % célibataire	30 % hommes mariés 43 % femmes mariées 42 % hommes célibataires 20 % femmes célibataires		42 % marié et conjoint de fait (pour les hommes et pour les femmes) 34 % séparées (divorcées/veuves, femmes) 25 % pour les hommes 24 % célibataire (femmes) et 33 % pour les hommes
Scolarité	93 % ont un diplôme d'études secondaires	92 % de clients ont 12 ans de scolarité ou plus	Plus élevée chez les hommes (moyenne de 12,8 années)			72 % ont un diplôme de niveau secondaire
Problèmes et conséquences du jeu						
Répartition des jeux préférés	44 % numéros-loteries 43 % machines à sous 34 % cartes 30 % pull tabs	49 % ALV 35 % numéros-loteries 28 % cartes 23 % "pull tabs"	80 % ALV Ensuite différences : hommes (cartes, sports, dés) femmes (bingos, machines à sous)	81 % ALV 16 % paris hors piste	35 % loteries Ensuite différences : hommes (cartes, sports, roulette, dés) femmes (machines à sous, loteries instantanées et bingo)	

	Minnesota 1 (États Unis)	Minnesota 2 (États Unis)	Oregon (États Unis)	Victoria (Australie)	Ontario (Canada)	Québec (Canada)
Dette de jeu	Dette moyenne de \$ 10 000 six mois avant	Dette moyenne de \$ 24 000 50 % avec dette de plus de \$ 10 000 Ratio de la dette au revenu est de 4,5 pour les moins de \$ 10 000 alors qu'il est de 0,7 pour les \$ 40 000 et plus	Dette moyenne de jeu = \$ 20 000			85 % ont entre 0 et 24 999 \$ de dette de jeu
Problèmes et conséquences du jeu						
Score DSM-IV à l'admission				73 % potentiellement pathologiques (5 items et plus)		Score moyen à l'admission : hommes 7,2 femmes 7,1
Score SOGS à l'admission	97 % ont un score de 5 et plus				90 % ont un score de 5 et plus i.e. joueur pathologique probable	Score moyen à l'admission : hommes 11,8 femmes 11,5
Pensées et comportements suicidaires			40 % idées suicidaires 18 % tentatives de s'infliger blessures			Présence d'idées suicidaires dans les 12 derniers mois : hommes 52 % femmes 54 %
Résultats opérationnels						
Sources de référence			28 % ligne d'aide 12 % famille-amis	35 % ligne d'aide 11 % organismes de santé 10 % famille-amis		27 % ligne d'aide 18 % famille-amis 8 % personnel d'un CLSC

	Minnesota 1 (États Unis)	Minnesota 2 (États Unis)	Oregon (États Unis)	Victoria (Australie)	Ontario (Canada)	Québec (Canada)
Taux de complétion	70 % avec une moyenne de 28 rencontres 46 % ont assisté à rencontres GA	71 % (variation de 29 % à 87 %) Rétention semble plus forte si programme plus court (4 à 6 semaines), interne, urbain et d'orientation familiale	32 % pour les joueurs et 36 % pour les membres de la famille en 2001 Variation de 0 à 70 % entre les centres de traitement			42 % ont complété
Taux d’abandon	30 % avec une moyenne de 14 rencontres	29 %	68 % pour les joueurs en 2001			20 % pour les abandons signifiés 37 % pour les abandons non signifiés
Durée du traitement			Moyenne de 185 jours en 2000-01 (208 pour les femmes et 173 pour les hommes) Moyenne de 283 pour joueurs qui ont complété Moyenne de 20 heures en 2000-01 (37 heures pour ceux qui ont complété)			Durée moyenne Externe : 122 jours pour ceux qui ont complété 74 jours pour les abandons signifiés 64 jours pour les abandons non signifiés Interne : 32 jours pour ceux qui ont complété 12 jours pour les abandons signifiés et 8 jours pour les abandons non signifiés

6.2. Et pour la suite ?

Bien que les résultats que nous présentons soient préliminaires, certains éléments d’importances s’en dégagent.

La différence notable entre les taux de complétion des services internes et externes nous amènent à soulever quelques questions. Il est bien certain que plusieurs facteurs doivent être considérés car la nature de ces deux types de services diffère grandement. L’intensité du traitement combinée à la diversification des approches thérapeutiques jouent certainement un rôle important dans la capacité de rétention des clients jusqu’à la fin de leur thérapie. Il faut également considérer le fait que les clients à l’interne sont en retrait de leur vie pendant 21 à 28 jours et qu’ils n’ont aucune opportunité de jouer pendant cette période. Par ailleurs, il semble que l’attente avant de recevoir des services est déterminante. Il n’y a presque aucune attente pour les joueurs qui désirent et peuvent obtenir des services internes alors que ce n’est pas nécessairement le cas pour les services externes. Plusieurs établissements ont une liste d’attente qui peut varier en durée de quelques semaines à quelques mois et dans d’autres organismes, il y a le moment d’attente nécessaire pour rassembler le nombre suffisant de joueurs pour démarrer un groupe.

En dépit des quelques nuances et explications qui peuvent éclairer les résultats sur les taux de complétion, il est essentiel de les examiner encore plus en détails car la majorité des clients reçoivent des services externes. De plus, il n’est pas toujours possible pour tous les joueurs que ce soit pour des raisons familiales, professionnelles ou économiques d’aller en cure fermée. Aussi, il est indispensable de se pencher sur les raisons qui expliquent le taux d’abandon observé pour les services externes, les données que nous présentons n’étant pas suffisantes. Nous recommandons la mise sur pied d’un mécanisme de réflexion réunissant des experts qui réfléchiront sur les modifications à apporter aux services externes pour assurer une meilleure rétention de la clientèle. Il est évident que des données supplémentaires seront nécessaires pour nourrir les réflexions de ces experts. Il faudra encore en savoir plus sur les motifs d’abandons des clients (voir Chevalier et *al.*, 2003) et sur le parcours du client après son abandon.

Les données sur le score à l’arrivée au DSM-IV des clientèles génèrent également plusieurs interrogations. Comme nous l’avons déjà souligné, 9% des clients qui se sont inscrits ne présentaient pas de problème de jeu pathologique à l’arrivée selon ce test diagnostique. Nous avons noté un problème concernant l’utilisation de ce test (et par conséquent les autres tests à utiliser dans l’approche du CQEPTJ) car plusieurs intervenants nous ont consulté pour des questions qui étaient plutôt d’ordre clinique. Il semble que peu de consignes aient été données lors des formations aux intervenants sur l’importance et le mode d’utilisation de ce test. Aussi, comme nous l’avons auparavant expliqué, nous avons vu des différences importantes dans son application ce qui peut entraîner des variations significatives aux scores obtenus. Il faut donc que les formateurs, lors des formations destinées aux

intervenants, en plus de présenter l'approche thérapeutique, donnent des consignes claires quant l'utilisation des questionnaires tel le DSM-IV. Les formations doivent offrir les outils nécessaires aux intervenants afin qu'ils soient en mesure d'appliquer adéquatement les tests prescrits.

Par ailleurs, toujours concernant l'utilisation du DSM-IV, il apparaît peu opportun de l'utiliser à la fin de la thérapie, dans le cas de clients ayant été traités en services internes, comme il est prescrit par l'approche thérapeutique du CQEPTJ. Les clients ont séjourné pendant 21 ou 28 jours sans sortir de la maison de thérapie et n'ont donc eu aucune occasion de jouer. Il est d'une grande importance d'obtenir un score au congé car cette mesure nous permet de constater s'il y a eu amélioration ou non de la situation du client au moment où il termine son traitement. Il est primordial de développer une méthode ou un outil permettant d'évaluer les clients en interne qui obtiennent leur congé pour évaluer leur situation.

Si l'on examine le pourcentage de personnes qui, selon les dix critères du DSM-IV, n'étaient pas des joueurs pathologiques, il y a lieu de s'interroger. Est-ce qu'il s'agit de clients dont le score au SOGS détectait un problème de jeu pathologique à l'opposé de leur résultat au DSM-IV? Le SOGS serait-il un outil plus sensible? Comment expliquer ce résultat? Comme il s'agit d'une sur-couverture de clientèle alors que certains organismes sont aux prises avec une liste d'attente, cette question doit être investiguée par le biais de recherche qui viserait à mieux cerner la situation en déterminant qui est cette clientèle, pourquoi a-t-elle été admise et quels sont ses besoins réels.

Finalement, la source de référence des joueurs vers les ressources de traitement nous indique que la source la plus mentionnée est la ligne *Jeu : Aide et référence*. Bien que le rôle de la première ligne soit notable, il nous apparaît essentiel de l'impliquer davantage, de l'en informer des services offerts pour qu'elle soit mieux en mesure de référer les joueurs vers les services adéquats et éventuellement de favoriser une meilleure concertation entre celle-ci et la ligne d'aide téléphonique.

7. CONCLUSION

Les résultats que nous présentons dans ce document, au risque de nous répéter, sont préliminaires. La collecte de donnée se poursuit dans les ressources de traitement jusqu'à la fin de l'année 2003. À ce moment, nous aurons en main des données beaucoup plus complètes reliées à chacun des indicateurs.

Nous sommes présentement en mesure de décrire en partie les personnes qui se sont inscrites au Programme expérimental sur le jeu pathologique de mai 2001 à l'automne 2002, nous connaissons mieux l'ampleur de leur problème de jeu pathologique au moment de leur inscription au programme et nous pouvons détailler la participation des joueurs au programme de traitement. Il s'agit d'informations, quoique parfois encore incomplètes, particulièrement nouvelles en ce qui concerne le Québec, voire à l'échelle mondiale. Car, comme nous l'avons vu, il existe encore peu de systèmes de monitoring de programmes de traitement du jeu pathologique dans le monde. Les données et informations que nous retirons de ce travail pourront servir à améliorer les services déjà en place en plus de nous informer sur les joueurs pathologiques qui se rendent vers les services de traitement.

8. RÉFÉRENCES

- Abbot, J., et Guijt, I. (1998). *Changing Views on Change : Participatory Approaches to Monitoring the Environment*. London, SARL Discussion Paper No.2., International Institute for Environment and Development.
- Chen, H.-T. (1990). *Theory-driven evaluation*. Newbury Park, Sage.
- Chevalier, S. et Allard, D. (2001) *Jeu pathologique et joueurs problématiques – Le jeu à Montréal*. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Direction de la santé publique, Montréal, 2001.
- Conrad, K. J., Conrad, K. M. (1994). Reassessing validity threats in experiment: Focus on construct validity. *New Directions for Program Evaluation* 63, 5-27
- Crisp, B.R., Thomas, S.A., Jackson, A.C., Thomason, N., Smith, S., Borrell, J., Ho, W., Holt, T.A. (2000). Sex differences in the treatment needs and outcomes of problem gamblers. *Research on Social Work Practice*, 10, 229-242.
- Herbert & Louis, LLC. (2001). *Gambling participant monitoring system (GPMS)*. Wilsonville, Herbert & Louis LLC.
- Institute of Development Studies. (1998). *Participatory Monitoring and Evaluation : Learning from Change*. Brighton, University of Sussex, IDS Policy Briefing
- Jackson, A.C., Thomas, S.A., Ross, L., Kearney, E. (2000). *Analysis of clients presenting to problem gambling services, July 1999 to June 2000*. Client & Service Analysis Report No.6. Melbourne: Victorian Department of Human Services
- Jackson, A.C., Thomason, N., Ryan, V., Smith, S. (1997). *Analysis of clients presenting to problem gambling services from July 1, to June 30, 1996*. Client & Service Analysis Report No.1. Problem Gambling Research Program, University of Melbourne, School of Social Work.
- Jackson, A.C., Thomason, N., Ryan, V., Smith, S. (1997). *Analysis of clients presenting to problem gambling services from 1 July 1996 to 30 June 1997*. Client & Service Analysis Report No.2. Problem Gambling Research Program, University of Melbourne, School of Social Work.
- Ladouceur, R., Boutin, C., Lachance, S., Doucet, C., and Sylvain, C. (2000). *Programme d'évaluation et de traitement des joueurs excessifs*. Québec, Centre pour la prévention et le traitement du jeu, Université Laval.
- Ladouceur, R., Chevalier, S., Allard, D., Jacques, C. (2002). *Prévalence du jeu excessif au Québec*, Québec, Centre québécois d'excellence pour la prévention et le traitement du jeu de l'Université Laval et Institut national de santé publique du Québec
- Moore, T. L. (2000). *Gambling treatment programs evaluation update - July 1, 1998 through June 30, 2000*. Wilsonville, Herbert & Louis LLC.

- Moore, T. L. (2001). Gambling treatment programs evaluation update - July 1, 2000 through June 30, 2001. Wilsonville, Herbert & Louis LLC.
- Owen J. M., Rogers, P. J. (1999). Program evaluation – Forms and models. London, Sage.
- Rhodes, William, Norman, Jon, Langenbahn, Stacia, Harmon, Patricia, and Deal, David. (1997). Evaluation of the Minnesota state-funded compulsive gambling treatment programs - Final report. Cambridge, Abt Associates Inc.
- Rush, B. and Moxam, R. S. (2001). Treatment of problem gambling in Ontario: Service utilization and client characteristics. Ontario, Center for Addiction and Mental Health.
- Rush, B., Moxam, R. S., and Urbanoski, K.A. (2002). Characteristics of people seeking help from specialized programs for the treatment of problem gambling in Toronto. *eGambling* 1-22.
- Stinchfield, R. and Winters, K. C. (1996). Treatment effectiveness of six state-supported compulsive gambling treatment programs in Minnesota. Minnesota, Minnesota Department of Human Services.

ANNEXE 1

LISTE ET CARACTÉRISTIQUES DES ORGANISMES DE TRAITEMENT

ANNEXE 1. LISTE ET CARACTÉRISTIQUES DES ORGANISMES DE TRAITEMENT

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

ANNEXE 2

LES OUTILS DE LA COLLECTE DE DONNÉES : « BILAN DE PARTICIPATION DU CLIENT »

ANNEXE 3

LES OUTILS DE LA COLLECTE DE DONNÉES : « L'ENTREVUE D'ABANDON »

Questions d’entrevue

1. On a constaté votre absence aux rencontres précédentes [préciser au besoin]. S’agit-il d’une absence temporaire ou d’un abandon du traitement ?

1. Absence temporaire

2. Abandon du traitement → PASSER À LA QUESTION 1C

1a. Pensez-vous reprendre le traitement ?

1. Oui → 1b. Quand ? _____

2. Non → 1c. Quelles raisons vous ont décidé à mettre fin à votre traitement ? _____

2. Depuis votre dernière participation au traitement, est-ce que vous avez joué ?

1. Oui

2. Non → PASSER À LA QUESTION 7

3. À quelle fréquence avez-vous joué ?

1. Au moins une fois par jour

2. Au moins une fois par semaine

3. Moins d’une fois par semaine

4. En moyenne, combien de temps jouez-vous à chaque fois ? _____ heure(s)

5. Combien d’argent, excluant les gains, avez-vous misé en moyenne à chaque fois ? _____ \$

6. À quel jeu avez-vous joué le plus souvent ?

7. Avez-vous présentement une dette de jeu ?

1. Oui → 7a. Quel est le montant approximatif de cette dette ? _____ \$

2. Non

8. Depuis que vous avez quitté le programme, avez-vous eu recours à d’autres services de traitement ?

1. Oui

2. Non → PASSER À LA QUESTION 9

8a. Lesquels ?

9. Participez-vous à des rencontres des Gamblers Anonymes ou des Joueurs Anonymes ?

1. Oui

2. Non → PASSER À LA QUESTION 10

9a. À quelle fréquence ? _____ fois par _____

10. Dans votre participation aux activités de traitement, qu'est-ce que vous avez trouvé le plus utile ou le plus aidant ?

Commenter : _____

11. Dans votre participation aux activités de traitement, qu'est-ce qui vous a paru inutile ou nuisible ?

Commenter : _____

12. Est-ce que vous avez des commentaires ou des suggestions à faire qui pourraient aider à améliorer le programme ?

Merci de votre collaboration!

ANNEXE 4

LES OUTILS DE LA COLLECTE DE DONNÉES : LE SOUTH OAKS GAMBLING SCREEN – SOGS ET LE DSM-IV

<i>À L’USAGE EXCLUSIF DE L’INSPQ</i>
Région :
Ressource :

À L’USAGE EXCLUSIF DE L’INTERVENANT
Nom de l’organisme de traitement :
Point de service (s’il y a lieu) :
Numéro de dossier du client dans votre établissement :

Ce questionnaire a été rempli:

<input type="checkbox"/> À l’arrivée	/	/	
<input type="checkbox"/> Lors du suivi de 6 mois	/	/	
<input type="checkbox"/> Lors du suivi de 12 mois	/	/	
	jour	mois	année

South Oaks Gambling Screen - SOGS

1. Indiquez quel(s) types de jeu vous avez déjà pratiqué au cours de votre vie et, pour chaque jeu, spécifiez combien de fois vous avez participé à cette activité au cours des 12 derniers mois.

	Au cours de votre vie		Au cours des 12 derniers mois				
	Oui	Non	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Plus d'une fois par semaine
	a) Acheter des billets de loterie	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>
b) Jouer au casino (légal ou illégal)	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>
c) Jouer au bingo pour de l'argent (pas à la Loto-bingo)	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>
d) Jouer aux cartes pour de l'argent	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>
e) Parier sur des courses de chevaux, de chiens ou d'autres animaux	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>
f) Jouer au marché boursier ou sur des marchés à termes	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>
g) Jouer aux machines à sous, poker vidéo ou à d'autres types de machines pour de l'argent	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>
h) Jouer aux quilles, au billard, au golf ou à d'autres jeux d'adresse pour de l'argent	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>
i) Jouer aux dés pour de l'argent	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>
j) Parier sur les sports	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>
k) Jouer à tout autre jeu pour de l'argent	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>

2. Quel est le plus gros montant d'argent que vous avez perdu en une journée? _____ \$
3. Est-ce que vos parents ont ou ont eu un problème de jeu?
1. Mes deux parents jouent (ou jouaient) trop
 2. Mon père joue (ou jouait) trop.....
 3. Ma mère joue (ou jouait) trop.....
 4. Aucun des deux ne joue (ou jouait) trop.....
4. Lorsque vous avez joué au cours des douze derniers mois, combien de fois êtes-vous retourné(e) au jeu un autre jour pour vous refaire, c'est-à-dire pour regagner l'argent perdu auparavant?
1. Jamais
 2. Quelquefois (moins de la moitié des fois où j'ai perdu).....
 3. La plupart des fois où j'ai perdu.....
 4. Chaque fois que j'ai perdu
5. Avez-vous prétendu, au cours des douze derniers mois, avoir gagné de l'argent en jouant alors qu'en réalité vous en aviez perdu?
1. Jamais (ou je n'ai jamais joué).....
 2. Oui, moins de la moitié des fois où j'ai perdu.....
 3. Oui, la plupart du temps
6. Pensez-vous avoir eu un problème de jeu au cours des douze derniers mois?
1. Non
 2. Oui, il y a quelques mois, mais pas actuellement
 3. Oui.....
7. Au cours des douze derniers mois, avez-vous déjà joué ou parié plus que vous en aviez l'intention?
1. Oui.....
 2. Non
8. Est-ce que des personnes ont déjà critiqué vos habitudes de jeu au cours des douze derniers mois?
1. Oui.....
 2. Non
9. Au cours des douze derniers mois, vous êtes-vous déjà senti(e) coupable à cause de la façon dont vous jouez ou à cause de ce qui se produit lorsque vous jouez?
1. Oui.....
 2. Non
10. Au cours des douze derniers mois, avez-vous envisagé d'arrêter de jouer mais pensiez-vous que vous en étiez incapable?
1. Oui.....
 2. Non
11. Au cours des douze derniers mois, avez-vous caché des billets de loterie, de l'argent de jeu ou d'autres signes de jeu loin de votre conjoint(e), vos enfants ou d'autres personnes importantes dans votre vie?
1. Oui.....
 2. Non

<p>12. Au cours des douze derniers mois, vous êtes-vous disputé(e) avec des personnes vivant avec vous à propos de la manière dont vous gérez votre argent?</p> <p>1. Oui..... <input type="checkbox"/> 2. Non <input type="checkbox"/></p>	
<p>13. (Si vous avez répondu oui à la question 12): Est-ce que ces disputes concernaient vos habitudes de jeu?</p> <p>1. Oui..... <input type="checkbox"/> 2. Non <input type="checkbox"/></p>	
<p>14. Au cours des douze derniers mois, avez-vous emprunté de l'argent et n'avez pas remboursé cet emprunt en raison de votre jeu?</p> <p>1. Oui..... <input type="checkbox"/> 2. Non <input type="checkbox"/></p>	
<p>15. Au cours des douze derniers mois, vous êtes-vous absenté(e) de votre travail (ou de l'école) en raison du jeu?</p> <p>1. Oui..... <input type="checkbox"/> 2. Non <input type="checkbox"/></p>	
<p>16. Avez-vous emprunté de l'argent au cours des douze derniers mois pour jouer ou pour payer des dettes de jeu?</p> <p>1. Oui..... <input type="checkbox"/> 2. Non <input type="checkbox"/></p>	
<p>Si OUI, d'où provenait cet argent?</p>	
a) De votre budget familial	1. Oui.. <input type="checkbox"/> 2. Non <input type="checkbox"/>
b) De votre conjoint(e), ami(e) « de cœur »	1. Oui.. <input type="checkbox"/> 2. Non <input type="checkbox"/>
c) De membres de votre famille ou de votre belle-famille	1. Oui.. <input type="checkbox"/> 2. Non <input type="checkbox"/>
d) De banques, sociétés de crédits ou institutions de prêts	1. Oui.. <input type="checkbox"/> 2. Non <input type="checkbox"/>
e) De cartes de crédit	1. Oui.. <input type="checkbox"/> 2. Non <input type="checkbox"/>
f) De prêts usuriers (Shylocks)	1. Oui.. <input type="checkbox"/> 2. Non <input type="checkbox"/>
g) De vente d'actions, de bons d'épargne ou d'autres valeurs	1. Oui.. <input type="checkbox"/> 2. Non <input type="checkbox"/>
h) De vente de propriétés personnelles ou familiales	1. Oui.. <input type="checkbox"/> 2. Non <input type="checkbox"/>
i) En faisant de faux chèques	1. Oui.. <input type="checkbox"/> 2. Non <input type="checkbox"/>
j) Vous avez (ou avez eu) une marge de crédit avec un preneur aux livres (bookmaker)	1. Oui.. <input type="checkbox"/> 2. Non <input type="checkbox"/>
k) Vous avez (ou avez eu) une marge de crédit avec un casino	1. Oui.. <input type="checkbox"/> 2. Non <input type="checkbox"/>
COMPILATION DES RÉSULTATS	Total : <input style="width: 100px;" type="text"/>

<i>À L'USAGE EXCLUSIF DE L'INSPQ</i>	<i>À L'USAGE EXCLUSIF DE L'INTERVENANT</i>
Région :	Nom de l'organisme de traitement :
Ressource :	Point de service (s'il y a lieu) :
	Numéro de dossier du client dans votre établissement :

Ce questionnaire a été rempli:

- À l'arrivée _____ / _____ / _____
- Au moment du congé _____
- Lors du suivi de 3 mois _____
- Lors du suivi de 6 mois _____ / _____ / _____
- Lors du suivi de 12 mois _____ / 1.1.1. / _____
- jour mois année

Critères diagnostiques du DSM-IV

Vous devez lire chacun des critères tels qu'ils sont écrits ici. Après une première lecture, si la personne ne comprend pas bien, vous pouvez le reformuler afin qu'il soit bien compris. Pour chacun des dix critères du DSM-IV, vous devez pouvoir dire très clairement si OUI ou NON la personne rencontre le critère. En cas de doute, sous-questionnez davantage.

1. Vous arrive-t-il d'être préoccupé(e) par le jeu (par exemple, préoccupation par rappel d'expériences de jeu passées ou par la prévision de tentatives prochaines, ou par des moyens de se procurer de l'argent pour jouer)?

1. Oui..... 2. Non.....

2. Avez-vous besoin de jouer avec des sommes d'argent croissantes pour atteindre l'état d'excitation désiré?

1. Oui..... 2. Non.....

2a. Si oui, êtes-vous porté à augmenter votre mise ou jouez-vous toujours le montant maximal?

1. Oui..... 2. Non.....

3. Avez-vous déjà fait des efforts répétés mais infructueux pour contrôler, réduire ou arrêter la pratique du jeu?

1. Oui..... 2. Non.....

3a. Si oui, commentez : _____

4. Avez-vous ressenti de l'agitation ou de l'irritabilité lors des tentatives de réduction ou d'arrêt de jeu?

1. Oui..... 2. Non.....

5. Est-ce que vous jouez pour échapper aux difficultés ou pour soulager une humeur dysphorique (p.ex.: des sentiments d'impuissance, de culpabilité, d'anxiété, de dépression)?

1. Oui..... 2. Non.....

6. **Après avoir perdu de l'argent au jeu, retournez-vous souvent jouer un autre jour pour recouvrer vos pertes (pour « vous refaire »)?**

1. Oui 2. Non

7. **Vous arrive-t-il de mentir à votre famille, à votre thérapeute ou à d'autres personnes pour dissimuler l'ampleur réelle de vos habitudes de jeu?**

1. Oui 2. Non

8. **Avez-vous commis des actes illégaux tels que falsifications, fraudes, vols ou détournements d'argent pour financer la pratique du jeu?**

1. Oui 2. Non

8a. Si oui, quel(s) acte(s) illégal(aux) et combien de fois?

		Nombre de fois
1. Faux chèques	<input type="checkbox"/>	_____
2. Fraudes	<input type="checkbox"/>	_____
3. Vols	<input type="checkbox"/>	_____
4. Détournements de fonds	<input type="checkbox"/>	_____
5. Autre (spécifiez en 8a1)	<input type="checkbox"/>	_____ → 8a1. Spécifiez : _____

8b. Avez-vous des problèmes / démêlés avec la justice présentement? Si oui, expliquez :

9. **Avez-vous mis en danger ou perdu une relation affective importante, un emploi ou des possibilités d'étude ou de carrière à cause du jeu?**

1. Oui 2. Non

9a. Si oui, s'agit-il de ...?

1. Relations familiales
2. Relations conjugales
3. Relations de travail
4. Emploi
5. Relations amicales
6. Études

9b. Expliquez: _____

10. **Comptez-vous sur les autres pour obtenir de l'argent et vous sortir de situations financières désespérées dues au jeu?**

1. Oui 2. Non

Compilation des résultats au DSM-IV	Total :	
--	----------------	--

ANNEXE 5

LES OUTILS DE LA COLLECTE DE DONNÉES : « INTENSITÉ ET CONSÉQUENCES DU JEU »

À L’USAGE EXCLUSIF DE L’INSPQ
Région : _____
Ressource : _____

**Intensité
et conséquences du jeu**

Numéro de dossier du client dans votre établissement : _____

Nom de l’organisme de traitement : _____

Nom du point de service (s’il y a lieu) : _____

Ce formulaire a été complété :

- À l’arrivée _____ / _____ / _____
- Au moment du congé (questions sur l’intensité et les dettes de jeu seulement) _____ / _____ / _____
- Lors du suivi de 3 mois _____ / _____ / _____
- Lors du suivi de 6 mois _____ / _____ / _____
- Lors du suivi de 12 mois _____ / _____ / _____
jour mois année

INTENSITÉ DU JEU (CPTJ, questionnaire 3.3.2, Q3a, b et c)

1. Combien de fois avez-vous joué au cours de la dernière semaine ? _____ fois

2. Combien de temps (heures et minutes) avez-vous passé à jouer pendant la dernière semaine ? _____ h. _____ m.

3. Combien d’argent avez-vous misé au jeu pendant la dernière semaine ? _____ \$

DETTES DE JEU (CPTJ Q44)

4. Actuellement, avez-vous des dettes de jeu ?
Oui
Non

5. Quel est le montant approximatif de vos dettes occasionnées par le jeu ? _____ \$

IDÉES ET COMPORTEMENTS SUICIDAIRES (CPTJ Q26 et 29)

6. Au cours des 12 derniers mois, vous est-il déjà arrivé de penser sérieusement à vous suicider ?
Oui
Non

7. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fait une tentative de suicide ?
Oui
Non

ANNEXE 6

AIDE-MÉMOIRE SUR L'UTILISATION DES DIFFÉRENTS FORMULAIRES DE CUEILLETTE DE DONNÉES

Monitoring évaluatif du Programme expérimental sur le jeu pathologique

Aide-mémoire sur l’utilisation des différents formulaires de cueillette de données

Voici les questionnaires et formulaires à utiliser lors des diverses étapes de cheminement d’un client en thérapie.

	✓	DATE D’ENVOI À L’INSPQ (jj/mm/aaaa)
À l’admission :		
• Formulaire de collecte de données (formulaire vert)	<input type="checkbox"/>	_____
• Questionnaire sur l’Intensité et les conséquences du jeu (formulaire orange au complet)	<input type="checkbox"/>	_____
• SOGS	<input type="checkbox"/>	_____
• DSM-IV	<input type="checkbox"/>	_____
Après un abandon non signifié (lors de la relance, au maximum 90 jours après l’abandon) :		
• Entrevue d’abandon (formulaire bleu)	<input type="checkbox"/>	_____
Après un abandon, signifié ou non :		
• Bilan de participation du client (formulaire jaune)	<input type="checkbox"/>	_____
Au moment du congé :		
• Bilan de participation du client (formulaire jaune)	<input type="checkbox"/>	_____
• DSM-IV	<input type="checkbox"/>	_____
• Formulaire Intensité et conséquences du jeu (formulaire orange : questions 1 à 5 incl. seulement)	<input type="checkbox"/>	_____

Lors des suivis post-traitement de 3, 6 et 12 mois :

Outil	Suivi 3 mois (date d’envoi)	Suivi 6 mois (date d’envoi)	Suivi 12 mois (date d’envoi)
• SOGS (aux suivis de 6 et 12 mois)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• DSM-IV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Formulaire Intensité et conséquences du jeu (formulaire orange au complet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

RAPPEL : Avez-vous pensé à inscrire sur le SOGS et le DSM-IV les dates auxquelles ils ont été remplis ?

ANNEXE 7

LES OUTILS DE LA COLLECTE DE DONNÉES : « GRILLE DE COLLECTE DE DONNÉES POUR LE MONITORAGE DES SERVICES DE TRAITEMENT DES JOUEURS PATHOLOGIQUES – CARACTÉRISTIQUES SOCIALES »

3b. Si vous n’avez pas été référé, comment avez-vous connu nos services?

- 1. Dépliant / Affiche.....
- 2. Publicité (presse écrite ou électronique, Internet)
- 3. Reportage / Documentaire (presse écrite ou électronique, Internet)
- 4. Conférence / Kiosque de présentation, de renseignement
- 5. Autre..... → 3bb. Préciser : _____

4. De quel sexe êtes-vous?

- 1. Féminin
- 2. Masculin

5. Quelle est votre date de naissance? / /
 jour mois année

6. Quel est votre état civil?

- 1. Célibataire.....
- 2. Marié(e)
- 3. Conjoint(e) de fait.....
- 4. Séparé(e).....
- 5. Divorcé(e).....
- 6. Veuf(ve).....

7. Combien d’enfants avez-vous? _____

7a. Parmi ceux-ci combien vivent encore avec vous? _____

8. Quel est le plus haut niveau de scolarité que vous avez complété?

- 1. Primaire.....
- 2. Études secondaires sans diplôme
- 3. Secondaire complété avec diplôme.....
- 4. Diplôme d’un programme ou certificat obtenu au cégep
- 5. Diplôme universitaire obtenu.....

9. Quel est le revenu annuel de votre ménage avant impôt pour la dernière année fiscale?

- 1. Moins de 15 000 \$.....
- 2. Entre 15 000 et 25 000 \$
- 3. Entre 25 000 et 35 000 \$
- 4. Entre 35 000 et 50 000 \$
- 5. Entre 50 000 et 75 000 \$
- 6. Entre 75 000 et 100 000 \$
- 7. Entre 100 000 et 150 000 \$
- 8. 150 000 \$ et plus

10. Au cours des 12 derniers mois, quelle était votre occupation habituelle? (Ne sélectionner qu'une seule réponse)

- 1. Je travaillais
- 2. Je fréquentais l'école
- 3. Je tenais maison
- 4. Je recevais des prestations de l'assurance-emploi
- 5. J'étais à la retraite
- 6. J'avais une autre occupation → 10a. Préciser : _____

11. Au cours des 2 dernières semaines, quelle était votre occupation habituelle? (Ne sélectionner qu'une seule réponse)

- 1. Je travaillais
- 2. Je fréquentais l'école
- 3. Je tenais maison
- 4. Je recevais des prestations de l'assurance-emploi
- 5. J'étais à la retraite
- 6. J'avais une autre occupation → 11a. Préciser : _____

12. Si vous travailliez, quel genre de travail faisiez-vous? Donnez-en une description complète, par exemple : vendeur dans un magasin de chaussures, ouvrier dans une usine de camions, comptable à mon propre compte, enseignant à l'école secondaire, concierge dans un édifice à appartements, installateur de piscines, etc.

13. Où êtes-vous né ?

- 1. Au Québec
- 2. Autre province du Canada
- 3. À l'extérieur du Canada → 13a. Préciser : _____

14. Si la réponse à la question précédente est « à l'extérieur du Canada », en quelle année êtes-vous venu(e) vous établir au Canada ?

15. Où votre mère est-elle née ?

- 1. Au Québec
- 2. Autre province du Canada
- 3. À l'extérieur du Canada → 15a. Préciser : _____

16. Où votre père est-il né ?

- 1. Au Québec
- 2. Autre province du Canada.....
- 3. À l'extérieur du Canada

→ 16a. Préciser : _____

17. Quelle est la première langue que vous avez apprise ?

- 1. Français
- 2. Anglais
- 3. Italien
- 4. Grec.....
- 5. Espagnol.....
- 6. Portugais
- 7. Chinois
- 8. Vietnamien.....
- 9. Arabe.....
- 10. Autre

→ 17a. Préciser : _____

18. Quelle est la principale religion de votre enfance ?

- 1. Catholique romaine..
- 2. Église Unie.....
- 3. Anglicane
- 4. Grecque orthodoxe...
- 5. Juive.....
- 6. Islamique.....
- 7. Autre

→ 18a. Préciser : _____

19. Quelle est votre appartenance religieuse actuelle ?

- 1. Catholique romaine..
- 2. Église Unie.....
- 3. Anglicane
- 4. Grecque orthodoxe...
- 5. Juive.....
- 6. Islamique.....
- 7. Autre

→ 19a. Préciser : _____

Problèmes de santé

20. Au cours de votre vie, vous êtes-vous déjà fait traiter pour un problème...			
a) de jeu?	1. Oui <input type="checkbox"/>	→ dans les 12 derniers mois?	1. Oui..... <input type="checkbox"/>
	2. Non..... <input type="checkbox"/>		2. Non..... <input type="checkbox"/>
b) d'alcool?	1. Oui <input type="checkbox"/>	→ dans les 12 derniers mois?	1. Oui..... <input type="checkbox"/>
	2. Non..... <input type="checkbox"/>		2. Non..... <input type="checkbox"/>
c) de drogues?	1. Oui <input type="checkbox"/>	→ dans les 12 derniers mois?	1. Oui..... <input type="checkbox"/>
	2. Non..... <input type="checkbox"/>		2. Non..... <input type="checkbox"/>
d) d'une autre dépendance (consommation, sexe)?	1. Oui <input type="checkbox"/>	→ dans les 12 derniers mois?	1. Oui..... <input type="checkbox"/>
	2. Non..... <input type="checkbox"/>		2. Non..... <input type="checkbox"/>
e) de santé mentale?	1. Oui <input type="checkbox"/>	→ dans les 12 derniers mois?	1. Oui..... <input type="checkbox"/>
	2. Non..... <input type="checkbox"/>		2. Non..... <input type="checkbox"/>
21. Croyez-vous souffrir présentement d'un problème...			
a) de jeu?	1. Oui <input type="checkbox"/>		
	2. Non..... <input type="checkbox"/>		
b) d'alcool?	1. Oui <input type="checkbox"/>		
	2. Non..... <input type="checkbox"/>		
c) de drogues?	1. Oui <input type="checkbox"/>		
	2. Non..... <input type="checkbox"/>		
d) d'une autre dépendance (consommation, sexe)?	1. Oui <input type="checkbox"/>		
	2. Non..... <input type="checkbox"/>		
e) de santé mentale?	1. Oui <input type="checkbox"/>		
	2. Non..... <input type="checkbox"/>		

**NOTE : Joindre à cette grille de collecte des données
une copie dûment datée du SOGS et du DSM-IV**

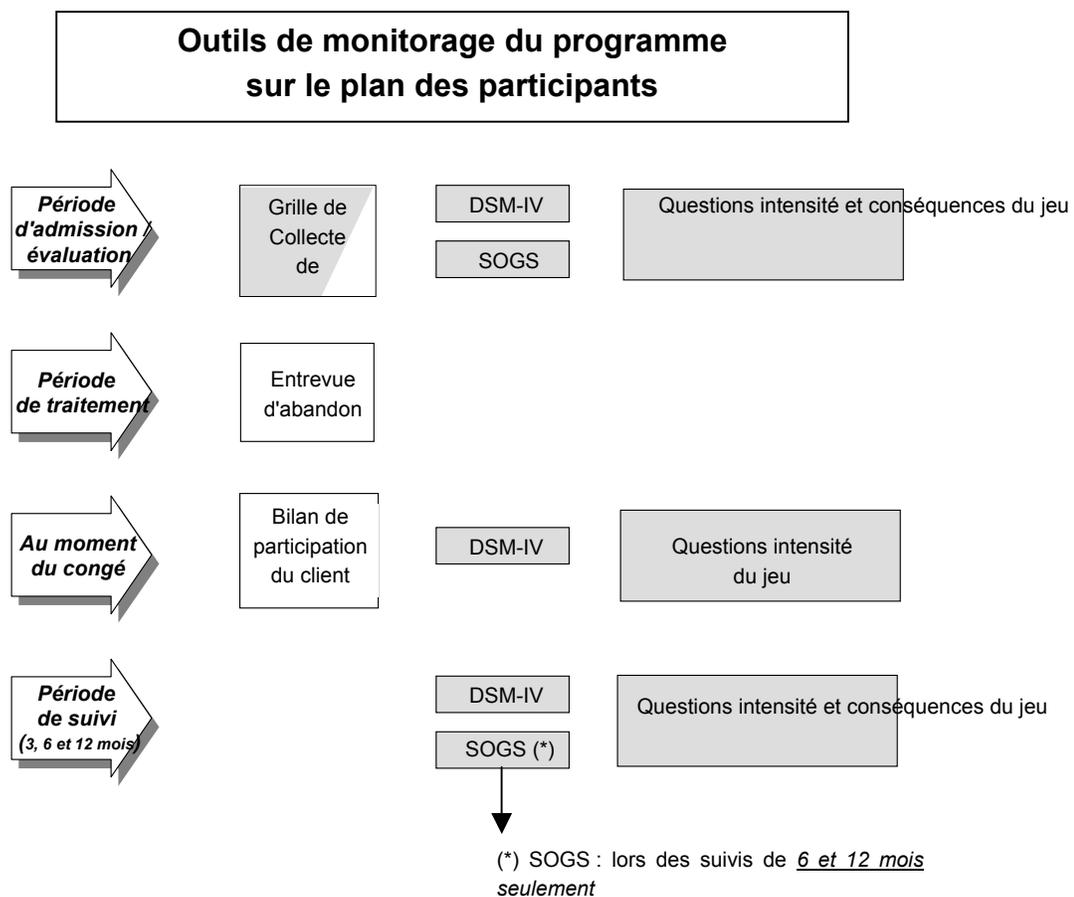
ANNEXE 8

GUIDE D'ACCOMPAGNEMENT DES FORMULAIRES À UTILISER POUR LA COLLECTE DE DONNÉES

INTRODUCTION

Ce guide d'accompagnement couvre les quatre formulaires de la collecte de données du monitoring du Programme expérimental sur le jeu pathologique. L'objectif de ce guide est d'expliquer les questions qui pourraient susciter des interrogations aux intervenants.

Le numéro de dossier du client dans votre établissement est le numéro que vous donnez au client inscrit ou admis. Ce numéro doit se retrouver sur tous les formulaires transmis à l'INSPQ. Il s'agit du numéro qui sert à faire le lien entre ces formulaires. Dans le cas d'une réinscription ou d'une réadmission, ce même numéro devrait être utilisé.



**Grille de collecte des données pour le monitoring
des services de traitement des joueurs pathologiques
CARACTÉRISTIQUES SOCIALES**

Il existe deux façons de remplir ce questionnaire :

*par le client lui-même,
par vous.*

L’encadré au haut de la première page à droite est pour votre usage exclusif. Assurez-vous qu’il soit complété avant de nous faire parvenir les documents.

Nom de l’organisme de traitement

Vous inscrivez le nom de votre organisme.

Point de service, s’il y a lieu

Vous inscrivez le nom du point de service où vous donnez le traitement.

1. Ce questionnaire a été rempli en date du :

Il s’agit de la date à laquelle le questionnaire est rempli.

2. Quel est le code postal de votre résidence?

Le monitoring ne nécessite d’obtenir que le code postal du lieu de résidence du client. Nous avons besoin de cette information pour étudier la répartition géographique de votre clientèle

3. Est-ce que vous avez été référé à nos services ?

« Référé » signifie que quelqu’un a suggéré à votre client d’avoir recours à vos services. Si la réponse est oui, la question 3a fournit une liste de références. Si la réponse est non, la question 3b vise à savoir comment la personne qui n’a pas été référée a connu l’existence de vos services.

Les questions 4 à 19, inclusivement, portent sur les caractéristiques sociales de vos clients. Quelques précisions sont nécessaires pour les questions suivantes :

8. Quel est le plus haut niveau de scolarité que vous avez complété?

À noter : les catégories de réponse de cette question ne sont plus les mêmes que dans les versions antérieures de ce questionnaire. Il ne s’agit donc plus de la question provenant de l’entrevue diagnostique du CPTJ.

9. Quel est le revenu annuel de votre ménage avant impôt pour la dernière année fiscale?

Nous reprenons les catégories du CPTJ que nous interprétons de la façon suivante :

moins de 15 000 \$ = 14 999 \$

entre 15 000 \$ et 25 000 \$ = entre 15 000 \$ et 24 999 \$

entre 25 000 \$ et 35 000 \$ = entre 25 000 \$ et 34 999 \$, etc.

10. Au cours des 12 derniers mois, quelle était votre occupation habituelle? (Ne sélectionner qu’une seule réponse)

La réponse « J’avais une autre occupation » peut faire référence, notamment, aux personnes qui reçoivent de l’aide sociale, qui étaient en congé de maladie ou de maternité.

Pour les clients qui ont plus d’une occupation, il s’agit de sélectionner la catégorie qui définit le mieux leur statut d’emploi.

11. Au cours des 2 dernières semaines, quelle était votre occupation habituelle? (Ne sélectionner qu’une seule réponse)

Voir les explications de la question précédente.

12. Si vous travailliez, quel genre de travail faisiez-vous? Donnez-en une description complète, par exemple : vendeur dans un magasin de chaussures, ouvrier dans une usine de camions, comptables à mon propre compte, enseignant à l’école secondaire, concierge dans un édifice à appartements, installateur de piscine, etc.

Décrire le travail effectué en incluant le type d’entreprise ou d’organisation.

Les questions 13 à 19, inclusivement, servent à obtenir des informations sur des caractéristiques socioculturelles non recueillies par les instruments du CPTJ. Elles visent à préciser l’origine ethnique et l’appartenance religieuse des joueurs. Elles ont été reprises de l’étude de prévalence en réalisation à l’automne 2002 et à l’hiver 2003 auprès de la population adulte du Québec (il s’agit d’une étude conjointe INSPQ et CPTJ).

PROBLÈMES DE SANTÉ

20. Au cours de votre vie, vous êtes-vous fait traiter pour un problème de...

Par « traiter », on entend « Avez-vous déjà participé à des activités de traitement ou de soutien ? ».

- a. de jeu ?
- b. d’alcool ?
- c. de drogues ?
- d. d’une autre dépendance ?

Des exemples d’autres dépendances sont la consommation (achat compulsif), le sexe compulsif, la dépendance amoureuse, la dépendance à des médicaments, etc.

- e. de santé mentale ?

Toute référence à une situation d’aide ou de soutien pour faire face à certaines difficultés de la vie.

**NOTE : Joindre à cette grille de collecte des données
une copie du DSM-IV et du SOGS dûment datées.**

**Intensité
et conséquences du jeu**

Les questions de ce formulaire sont reprises intégralement de l'entrevue diagnostique du Centre de prévention et du traitement du jeu (CPTJ) de l'université Laval ainsi que de l'autonotation quotidienne du CPTJ pour les suivis post-traitement.

Bilan de participation du client

1. Date d’admission ou d’inscription

La date d’admission correspond à la date d’ouverture du dossier du client en traitement externe.

La date d’inscription correspond à la date d’entrée en hébergement dans le cas d’un traitement interne.

2. Date de départ (ou de congé)

Cette date correspond à la date de la dernière activité réalisée par le joueur dans le cadre du processus de traitement, qu’il ait complété ou abandonné le programme.

À combien de rencontres ou de sessions, telles qu’elles sont définies dans votre programme, le client a-t-il participé?

Il s’agit de comptabiliser les rencontres ou sessions qui sont spécifiques à votre programme de traitement, allant de l’accueil jusqu’à la fin du traitement, en passant par l’évaluation, le traitement proprement dit et la prévention de la rechute.

→ *Les rencontres de suivi post-traitement ne doivent pas être incluses dans ce décompte.*

3. Avez-vous référé le client à d’autres services ou professionnels au début, pendant ou à la fin du traitement?

4. Lesquels?

Préciser, s’il y a lieu, les références à d’autres services ou à d’autres professionnels pour toute problématique soulevée dans le cadre du traitement. Il peut s’agir également d’une référence à des services internes autres que ceux du programme de traitement pour le jeu. Les références aux GA, JA, AA, NA, etc. doivent également être incluses.

5. Quel était le statut du client à son départ?

Cocher si le joueur a complété le programme tel qu’il est défini dans votre établissement, s’il l’a abandonné après entente avec son thérapeute (abandon signifié), ou s’il l’a abandonné sans en faire part à ce dernier (abandon non signifié). Dans le cas d’un abandon signifié, inscrire les raisons de l’abandon. S’il s’agit d’un abandon non signifié, contacter le client au maximum 90 jours après son départ pour une entrevue. Utiliser **l’Entrevue d’abandon**.

ENTREVUE D'ABANDON

Remplir la première section pour toutes les personnes qui font l'objet d'une relance, qu'elles aient été contactées ou non, et qu'elles aient accepté ou non de répondre aux questions.

ANNEXE 9

JOURNAL DE BORD

(Nom de l'organisme)
JOURNAL DE BORD - MONITORAGE

Numéro du compte rendu:

Description de l'événement:

Date(s) de l'événement :

Contexte ou commentaires sur l'événement :

Documents distribués :

Documents reçus :

Participants (individus ou groupes) :

Nom	Fonction	Organisation

Sujets d'intérêts traités :

#	Sujet
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	

Sujet #1	
Description <i>Interprétations</i>	
Suivis	

Sujet #2	
Description <i>Interprétations</i>	
Suivis	

Sujet #3	
Description <i>Interprétations</i>	
Suivis	

Sujet #4	
Description <i>Interprétations</i>	
Suivis	

Autres informations :

Commentaires:

Questions :

ANNEXE 10

FORMULAIRE DE GESTION : JOURNAL DES COMMUNICATIONS

ANNEXE 11

FORMULAIRE DE GESTION : RÉCEPTION DES DONNÉES

ANNEXE 12

FORMULAIRE DE GESTION : ENVOI DES FORMULAIRES VIÈRGES AUX RESSOURCES DE TRAITEMENT

Organisme de traitement	TRANSMISSION (version, mode, nombre, date)					COMMENTAIRES
	Grille collecte	Intens./Cons.	Feuille route / Bilan particip.	Abandon	Consentement	
	Nombre de copies et date de l'envoi.					

ANNEXE 13

ÉVALUATION DU PROGRAMME EXPÉRIMENTAL SUR LE JEU PATHOLOGIQUE



Feuille d'information
Projet de monitoring évaluatif du Programme expérimental sur le jeu pathologique

Ce projet est réalisé par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Le ministère de la Santé et des Services sociaux commandite cette étude et il a choisi l'INSPQ parce qu'il s'agit d'un organisme indépendant dont l'un des mandats est d'évaluer la qualité des services de santé offerts à la population québécoise.

Notre étude vise à observer dans le temps (c'est ce que veut dire le mot « monitoring ») comment s'implantent les services de traitement pour le jeu pathologique, quelle clientèle ils rejoignent et comment ils réussissent à répondre à ses besoins. Cette évaluation des services conduira à un ensemble de recommandations pour en améliorer la qualité. Le MSSS a désigné et financé 23 organismes de traitement dans quatre régions-pilotes du Québec (Montréal-Laval-Montérégie, Québec-Chaudière-Appalaches, Outaouais, Bas-St-Laurent-Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine) pour implanter ces services et participer à notre projet d'évaluation.

Nous recueillons des informations auprès des groupes de personnes suivants :

- **Clients**
Informations tirées des dossiers pour pouvoir identifier les caractéristiques des clients et de leurs problèmes de jeu. Ces informations sont recueillies par le thérapeute lors d'une entrevue initiale, lorsque le client termine son traitement et lors des suivis prévus sur une période d'un an. La collecte des données couvre tous les clients du programme pour la période de mai 2001 à décembre 2003.
- **Intervenants**
Entrevues réalisées avec un échantillon (30) d'intervenants pour savoir comment ils implantent leur programme de traitement et quels ajustements ils y ont apportés depuis les débuts. Cette collecte aura lieu au printemps et à l'été 2003. Les entrevues dureront en moyenne 90 minutes.
- **Directeurs des organismes de traitement et coordonnateurs régionaux du programme**
Entrevues réalisées avec les directeurs des organismes (23 personnes) de traitement et les coordonnateurs des régions-pilotes (4 personnes) pour obtenir des informations sur l'évolution du réseau de services mis en place pour le traitement du jeu pathologique. Une entrevue aura lieu à l'automne-hiver 2002-2003 et une autre à l'automne 2003. Les entrevues dureront en moyenne 90 minutes.

La participation à la collecte de données ne présente pas d'autres inconvénients que ceux reliés au temps qui est consacré à cette activité. Dans les cas des clients, ce temps est déjà le même que celui accordé à fournir au thérapeute les données nécessaires à son travail de diagnostic du problème et de bilan de la démarche de traitement. Il va de soi que les thérapeutes sont déjà habilités à être à l'écoute et aider les clients qui pourraient ressentir de l'inconfort face à certaines questions. Cela fait partie de leur travail quotidien.

Par ailleurs, cet effort demandé à chacun pour fournir des données de recherche conduira à une analyse et des recommandations visant l'amélioration du programme de traitement. Les clients, les intervenants et les gestionnaires d'un programme ont peu souvent un tel avantage de pouvoir participer à l'évaluation d'un programme en plein développement et de pouvoir influencer collectivement l'évolution des services pour la clientèle future. Un rapport préliminaire de cette évaluation est prévu pour mars 2003 et le rapport final sera remis en mars 2004. Ces rapports pourront être fournis sur demande lorsque publiés.

Pour toutes les informations recueillies dans ce projet nous avons prévu, en respect des exigences du comité d'éthique de l'hôpital Maisonneuve-Rosemont qui a évalué et autorisé notre projet, favoriser un consentement libre et éclairé de chaque participant, assurer la confidentialité et la protection des données.

- En plus de ce feuillet d'information, la personne qui fait les entrevues demande de lire et signer un formulaire de consentement à la participation à cette étude. Elle en remet une copie signée à la personne sollicitée. Cette signature n'implique pas que cette personne ait à renoncer à ses droits légaux à d'éventuels recours en justice.
- Les noms des personnes ne seront jamais indiqués sur les feuilles de données ou les transcriptions d'entrevues. Les analyses (données statistiques regroupées ou synthèses d'entrevues) seront toujours présentées de sorte à éviter toute identification possible d'un individu.
- Les données écrites seront conservées sous clé aux bureaux de l'INSPQ à Québec. Les fichiers informatiques seront protégés par des mots de passe. Seuls les membres de l'équipe de recherche auront accès à ces données. Des organismes prévus par la loi et le comité d'éthique de la recherche de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont pourraient avoir accès aux données pour vérifier si l'équipe de recherche respecte ses engagements éthiques.
- Toutes les données écrites sur papier, les bandes magnétiques et les bases de données informatiques seront détruites à la fin du projet, en mars 2004.
- Toutes les modifications apportées au projet de recherche, en particulier toute collecte d'informations nouvelles, seront soumises au comité d'éthique pour approbation.

L'équipe de recherche est composée des personnes suivantes :

- Denis Allard, co-chercheur principal (Institut national de santé publique du Québec et Direction de santé publique Montréal-Centre)
- Chantale Audet (Institut national de santé publique du Québec)
- Serge Chevalier, co-chercheur principal (Institut national de santé publique du Québec et Direction de santé publique Montréal-Centre)

- Michèle Crépin (Institut national de santé publique du Québec)
- Danielle St-Laurent (Institut national de santé publique du Québec)

Pour toute information concernant ce projet, vous pourrez contacter :

- Denis Allard à Montréal au (514) 528-2400, poste 3539
OU
- Chantale Audet à Québec au (418) 650-5115, poste 5713

Si vous avez des questions sur vos droits en tant que participant à un projet de recherche, vous pouvez contacter :

- Jocelyne Tessier, M.D.
présidente du comité d'éthique de la recherche (CH Maisonneuve-Rosemont) au (514) 252-3400,
poste 3373

INSPQ021203

ANNEXE 14

FEUILLET D'INFORMATION PROJET DE MONITORAGE ÉVALUATIF DU PROGRAMME EXPÉRIMENTAL SUR LE JEU PATHOLOGIQUE

Logo ou nom et coordonnées de l'établissement

ÉVALUATION DU PROGRAMME EXPÉRIMENTAL SUR LE JEU PATHOLOGIQUE

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

- Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a mandaté l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) pour réaliser l'évaluation du programme de traitement auquel vous allez participer. Les résultats de cette évaluation visent à apporter des améliorations à ce programme.
- À cette fin, l'INSPQ désire qu'on lui transmette certaines informations provenant de votre dossier. Ces informations concernent les caractéristiques sociales (telles que votre sexe, votre âge, votre niveau de scolarité, etc.), les habitudes de jeu, les comportements et autres problèmes associés.
- À aucun moment votre nom, ni aucune information permettant de vous identifier, ne seront transmis. Ces informations seront traitées pour produire des statistiques pour l'ensemble des participants.
- Ces informations seront uniquement utilisées pour l'étude ci-haut mentionnée et ne seront accessibles qu'aux chercheurs du projet. Les données transmises seront détruites après publication du rapport final.
- Vous êtes entièrement libre d'accepter ou non que l'on transmette ces informations sans préjudice aucun pour votre participation au programme de traitement. Si vous acceptez, vous serez libre de retirer votre consentement en tout temps.

J'accepte que les informations de mon dossier soient transmises à l'INSPQ pour des fins de recherche et d'évaluation sur le programme de traitement des joueurs pathologiques.

Nom de la personne en lettre moulée

Signature de la personne

Date

Signature de l'intervenant(e)

Numéro de dossier : _____