



information



formation



recherche

ÉVALUATION DU PROGRAMME EXPÉRIMENTAL SUR LE JEU PATHOLOGIQUE

MONITORAGE ÉVALUATIF – INDICATEURS D'IMPLANTATION
MAI 2001 – DÉCEMBRE 2003

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC

ÉVALUATION DU PROGRAMME EXPÉRIMENTAL SUR LE JEU PATHOLOGIQUE

MONITORAGE ÉVALUATIF – INDICATEURS D’IMPLANTATION
MAI 2001 – DÉCEMBRE 2003

DIRECTION PLANIFICATION, RECHERCHE ET INNOVATION
UNITÉ CONNAISSANCE-SURVEILLANCE

MARS 2005

AUTEURS

Serge Chevalier	Institut national de santé publique du Québec Direction Planification, recherche et innovation, Unité Connaissance-surveillance
Denis Allard	Institut national de santé publique du Québec Direction Planification, recherche et innovation, Unité Connaissance-surveillance
Marie-Anne Kimpton	Institut national de santé publique du Québec Direction Planification, recherche et innovation, Unité Connaissance-surveillance
Chantale Audet	Institut national de santé publique du Québec Direction Planification, recherche et innovation, Unité Connaissance-surveillance
Denis Hamel	Institut national de santé publique du Québec Direction Planification, recherche et innovation, Unité Connaissance-surveillance
Danielle St-Laurent	Institut national de santé publique du Québec Direction Planification, recherche et innovation, Unité Connaissance-surveillance

RÉFÉRENCE SUGGÉRÉE

Chevalier, S., Allard, D., Kimpton, M-A., Audet, C. Hamel, D., & St-Laurent, D., (2005). Évaluation du programme expérimental sur le jeu pathologique. *Monitorage évaluatif – indicateurs d'implantation, mai 2001-décembre 2003*, Institut national de santé publique du Québec.

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

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

CONCEPTION GRAPHIQUE
MARIE-PIER ROY

MISE EN PAGE
LINE MAILLOUX

DOCUMENT DÉPOSÉ À SANTÉCOM ([HTTP://WWW.SANTECOM.QC.CA](http://www.santecom.qc.ca))
COTE : INSPQ-2005-019

DÉPÔT LÉGAL – 2^e TRIMESTRE 2005
BIBLIOTHÈQUE NATIONALE DU QUÉBEC
BIBLIOTHÈQUE NATIONALE DU CANADA
ISBN 2-550-44242-3
©Institut national de santé publique du Québec (2005)

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.

Michèle Crépin qui a participé à l'organisation de la collecte, à la saisie et au développement de la base de données.

Gaële Côté 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 lors de la collecte de données.

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

Les données de monitoring du présent rapport tentent de cerner la participation et les caractéristiques de la clientèle, et les résultats obtenus par le traitement des joueurs pathologiques dans 23 organismes publics, communautaires et privés subventionnés par le MSSS. Elles couvrent 4 310 inscriptions sur une période allant de mai 2001 à décembre 2003. Les deux tiers des dossiers traités proviennent de la grande région de Montréal. La moyenne mensuelle des inscriptions se situe à 139 joueurs. Cette moyenne a eu tendance à baisser avec le temps. Tous facteurs pris en considération, le taux de couverture (proportion de la clientèle prévue rejointe) se situe aux alentours du 3 % qui avait été fixé comme objectif par le MSSS.

Les caractéristiques des joueurs qui s'inscrivent au traitement sont les suivantes :

- Ce sont des hommes au deux tiers.
- Près de 60 % se situent dans l'intervalle de 35 à 54 ans. En comparaison de la distribution chez les joueurs pathologiques au Québec, les jeunes de 18-24 ans sont fortement sous-représentés dans la clientèle qui a fait appel aux services de traitement alors que les joueurs de 45 ans et plus sont légèrement sur-représentés. Le plus grand nombre de clients masculins se situe dans la catégorie d'âges 35-44 alors qu'il se retrouve dans la catégorie 45-54 pour les femmes.
- Les joueurs qui se présentent au traitement sont mariés ou conjoints de fait dans une proportion d'environ 40 %. La proportion de célibataires est plus élevée chez les hommes que chez les femmes (35 % vs 25 %). Il est exactement l'inverse pour la catégorie des séparés, divorcés et veufs. Comparativement à la population en général, les célibataires sont toutefois proportionnellement plus présents dans les services de traitement.
- Au moment de l'inscription, 71 % des joueurs déclarent occuper un emploi.
- Sur le plan des problèmes concomitants, on observe que près de 50 % des usagers déclarent avoir été traités pour un ou des troubles concomitants (santé mentale, alcoolisme, toxicomanies, autres dépendances) autres que le jeu dans les douze derniers mois est de 49 %.
- À l'inscription, près de 90 % des joueurs ont des scores aux instruments d'évaluation qui les identifient au statut de joueur pathologique probable.
- Les scores au SOGS et au DSM-IV sont significativement plus élevés pour les joueurs inscrits à un traitement en hébergement (traitement interne) comparativement à ceux qui suivent un traitement externe. Cette différence est aussi repérable pour l'intensité du jeu dans la semaine précédant l'inscription et les comportements suicidaires.

Le monitoring a permis d'obtenir un certain nombre de résultats opérationnels et d'effleurer la question des effets sociosanitaires du programme :

- Le taux de complétion du programme est de 44 %. Il varie énormément entre les joueurs qui se font traiter en interne (95 %) et ceux qui se font traiter en externe (35 %). En externe, ce taux augmente avec l'âge, la scolarité et la gravité du problème.
- En moyenne, un traitement interne complété dure 30 jours et se réalise sur 70 rencontres. En comparaison, un traitement externe se déroule sur une période de 19 semaines et implique 27 rencontres. Ce nombre de rencontres, pour l'externe, correspond à ce qui avait été proposé dans la formation du CQEPTJ.
- Plus de 74 % des joueurs qui avaient un score de joueur pathologique probable à l'inscription sont en deçà de ce score au congé. Un peu plus de 16 % de ces joueurs pathologiques le sont toujours au congé. Le score moyen passe de 7,1 à 1,9. Par ailleurs, ce score connaît une légère hausse aux suivis de 3 mois (2,2) et 6 mois (2,4).
- Il y a une diminution de l'intensité moyenne du jeu pour une proportion importante des joueurs entre l'inscription et le congé (93 %), et entre le congé et les suivis de 3 et 6 mois (75 %). Ces résultats sont toutefois limités par le fait que les suivis post-traitement, de même que l'utilisation des outils d'évaluation, ne couvrent qu'un pourcentage limité de clients (entre 10 et 15 % de ceux qui ont complété le traitement), soit parce qu'ils refusent ces suivis, soit parce que les organismes de traitement ou les intervenants n'arrivent pas ou choisissent de ne pas les faire.

Ces résultats indiquent clairement trois défis qui se présentent aux acteurs du programme de traitement des joueurs pathologiques (et problématiques) pour les prochaines années : le maintien et l'amélioration de la couverture, en particulier pour les jeunes adultes; la réduction du taux d'abandon, en particulier dans les services externes; une définition et un travail plus précis sur les suivis post-traitement et les attentes relatives aux effets du programme sur la santé des joueurs.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX	IX
LISTE DES FIGURES.....	XI
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
2.5. L'Iowa	9
3. INDICATEURS DU SYSTÈME PARI	11
4. MÉTHODOLOGIE	15
4.1. Développement des indicateurs	15
4.2. Élaboration des outils de collecte de données	15
4.3. Les instruments de collecte des données reliées aux indicateurs.....	18
4.4. Le processus de collecte et de gestion des données	21
4.5. Constitution de la base de données et saisie	22
4.6. Traitement des données	23
4.7. Considérations éthiques	24
5. RÉSULTATS	25
5.1. Évolution des inscriptions et taux de couverture	25
5.2. Les caractéristiques sociales des joueurs	29
5.2.1. Sexe.....	29
5.2.2. Âge	29
5.2.3. Statut civil	31
5.2.4. Formation académique	31
5.2.5. Emploi.....	32

5.3.	Les problèmes de jeu à l'inscription au programme	33
5.3.1.	SOGS et DSM-IV	33
5.3.2.	L'intensité de jeu	38
5.3.3.	La dette	41
5.3.4.	Les idées suicidaires	42
5.3.5.	Problèmes de santé traités ou actuels	44
5.3.6.	Les relations familiales : le passé et le présent	48
5.4.	Références et participation au programme	49
5.4.1.	Sources et destinations de référence	49
5.4.2.	Complétions, abandons et suivis	51
5.5.	La comparaison des problèmes de jeu entre le pré et le post-traitement	55
5.5.1.	DSM-IV	56
5.5.2.	L'intensité du jeu	57
5.5.3.	Les idées suicidaires	58
6.	CONCLUSION.....	61
6.1.	Évolution des inscription et taux de couverture	61
6.2.	Les caractéristiques sociales des joueurs	62
6.3.	Les problèmes concomitants des joueurs	63
6.4.	Les problèmes de jeu des joueurs	64
6.5.	Durée et complétion du programme	65
6.6.	La variation des problèmes de jeu entre l'inscription et les suivis post-traitement	65
	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 - FEUILLET D'INFORMATION	133
ANNEXE 14 - FORMULAIRE DE CONSENTEMENT	139

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Niveau d'atteinte des objectifs de joueurs traités selon la région	28
Tableau 2	Proportion des personnes inscrites selon l'âge, comparaison avec la population du Québec	30
Tableau 3	Proportion des personnes inscrites selon la scolarité et le sexe (N = 3 889)	32
Tableau 4	Scores moyens au SOGS et au DSM-IV à l'inscription selon le sexe.....	34
Tableau 5	Scores moyens au SOGS et au DSM-IV à l'inscription selon le type de jeu joué et selon l'intensité de jeu	36
Tableau 6	Proportion des personnes inscrites selon le type et l'intensité du jeu à l'inscription	38
Tableau 7	Proportion des personnes inscrites qui ont pensé au suicide au cours des 12 derniers mois selon le type de services (N = 3 282)	42
Tableau 8	Proportion des personnes inscrites qui ont pensé au suicide au cours des 12 derniers mois selon l'âge (N = 3 200)	43
Tableau 9	Proportion des personnes inscrites selon la complétion du traitement et le type de services dispensés (N = 3 903)	52
Tableau 10	Proportion des personnes inscrites selon la complétion du programme et selon la présence d'un problème de jeu au DSM-IV à l'inscription	52
Tableau 11	Proportion des personnes inscrites selon la complétion du programme et selon le type et l'intensité du jeu.....	53
Tableau 12	Nombre moyen de rencontres en thérapie et durée moyenne du traitement selon la complétion au programme expérimental du jeu pathologique (N = 3 903)	54
Tableau 13	Proportion des personnes inscrites selon le score au DSM-IV à l'inscription et au congé (N = 888)	56
Tableau 14	Intensité du jeu à l'inscription, au congé et aux suivis post-traitement	58
Tableau 15	Idées suicidaires et tentatives de suicide à l'inscription, au congé et aux suivis post-traitement	59

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Pourcentage cumulatif des dossiers traités selon le rang des organismes de traitement (N = 4 310)	3
Figure 2	Liste des indicateurs	12
Figure 3	Les outils de monitoring utilisés selon les étapes du processus de traitement	20
Figure 4	Proportion des personnes inscrites au programme expérimental de traitement du jeu pathologique selon les régions (N = 4 310).....	25
Figure 5	Provenance régionale de la clientèle (N = 3 650)	26
Figure 6	Évolution des inscriptions (N = 4 310)	27
Figure 7	Proportion des personnes inscrites selon le sexe (N = 4 238).....	29
Figure 8	Proportion des personnes inscrites selon l'âge et le sexe (N = 4 125)	30
Figure 9	Proportion des personnes inscrites selon l'état civil et le sexe, comparaison avec la population du Québec (N = 3 924)	31
Figure 10	Proportion des personnes inscrites selon l'occupation principale au cours des 12 derniers mois (N = 3 608).....	32
Figure 11	Taux d'emploi au cours des 12 derniers mois par sexe. Comparaison avec la population du Québec (N = 3 593)	33
Figure 12	Proportion des personnes inscrites selon leur score au DSM-IV à l'inscription (N = 3 521)	34
Figure 13	Proportion des personnes inscrites selon leur score au DSM-IV à l'inscription.	35
Figure 14	Scores moyens au SOGS (N = 2 797) et au DSM-IV (N = 3 511) à l'inscription selon le type de services	37
Figure 15	Scores moyens au SOGS (N = 2 748) et au DSM-IV (N = 3 443) à l'inscription selon l'âge	38
Figure 16	Mises moyennes durant la semaine précédant l'inscription selon la région (\$) (N = 3 090).....	39
Figure 17	Mise moyenne dans la semaine précédant l'admission selon le type de services (\$) (N = 3 060)	40
Figure 18	Participation aux jeux de hasard et d'argent, en nombre de fois, dans la semaine précédant l'admission, par région (N = 3 114).....	40

Figure 19	Participation moyenne aux jeux de hasard et d'argent, en heures, dans la semaine précédant l'admission (heures) (N = 3 060)	41
Figure 20	Dette de jeu à l'inscription (N = 2 462).....	42
Figure 21	Idées suicidaires en fonction des scores au DSM-IV (N = 3 044) et au SOGS (N = 2 341) à l'admission.....	43
Figure 22	Problèmes traités à vie, traités dans les douze derniers mois et problèmes concomitants actuels, déclarés par les clients	44
Figure 23	Proportion d'utilisateurs qui déclarent avoir été traités pour un ou des problèmes de santé autres que le jeu dans les douze mois précédant leur inscription (N = 2 595).....	45
Figure 24	Proportion d'utilisateurs qui déclarent avoir un trouble concomitant au moment de l'inscription, par types de service interne et externe (N = environ 2 000).....	46
Figure 25	Proportion d'utilisateurs qui déclarent avoir été traités pour un ou des troubles concomitants autres que le jeu dans les douze mois précédant leur inscription, par sexe (N = environ 2 000)	47
Figure 26	Proportion d'utilisateurs qui déclarent avoir un trouble concomitant au moment de l'inscription selon le sexe (N = environ 2 000)	47
Figure 27	DSM-IV à l'admission pour les personnes traitées pour différents problèmes dans les 12 mois précédant l'admission (N = environ 1 100).....	48
Figure 28	Problème de jeu des parents (N = 2 615).....	48
Figure 29	Taux d'utilisateurs qui estiment avoir mis en danger ou perdu une relation affective importante (N = 2 939)	49
Figure 30	Fréquence des différentes sources de référence qui sont à l'origine de l'orientation des personnes vers les services dispensant le programme expérimental de traitement du jeu pathologique	50
Figure 31	Fréquence des différentes destinations de transfert des services dispensant le programme expérimental de traitement du jeu pathologique vers d'autres services (N = 3 518)	51
Figure 32	Proportions des suivis post-traitement.....	55
Figure 33	Moyenne des scores au DSM-IV à différentes étapes du traitement chez les personnes inscrites au programme	57

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. Une enquête récente de prévalence nous indique un taux de 0,8 % de la population adulte (Ladouceur et al., 2004). 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, la 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).

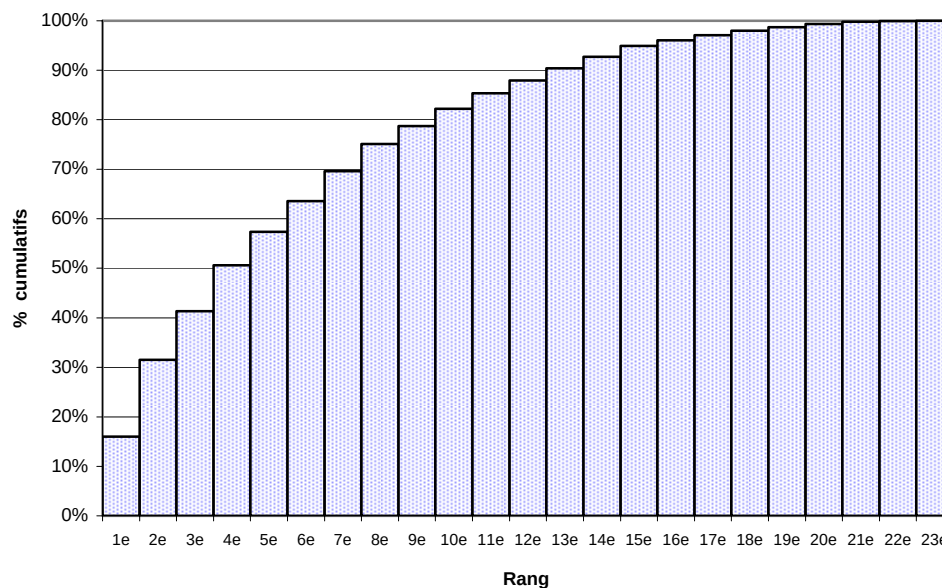
Il fallait donc développer un système d'indicateurs permettant de rendre compte à la fois de la demande et de l'offre de services, et de leurs variations dans le temps. Puisque le MSSS demandait que le mandat d'évaluation se réalise dans un cadre partenarial, une proposition

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

d'indicateurs fut développée pour servir à une consultation auprès des organismes de traitement et de coordination régionale (Agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux). 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 du monitoring évaluatif du programme expérimental québécois de traitement des joueurs pathologiques. La collecte de données réalisée via les intervenants et à l'aide de nos outils a débuté à l'automne 2002. Une partie des données relève d'une collecte dite « rétrospective » qui a nécessité la compilation de données à partir de mai 2001. Pour cette période, nous avons révisé 2 168 dossiers. Une seconde partie, dite « prospective » touche 2 142 dossiers additionnels ouverts de mai 2001 à décembre 2003. Notre base de données est donc constituée de 4 310 inscriptions dans les 23 centres de traitement du programme. Les quatre premiers organismes de traitement en termes de nombre de dossiers couvrent plus de 50 % des dossiers; les dix premiers, plus de 80 % (voir figure 1). Depuis le lancement de celui-ci, deux centres qui avaient couvert un nombre très limité de clients, se sont retirés du projet. La presque totalité de nos données relève par conséquent de 21 organismes de traitement.

Figure 1 Pourcentage cumulé des dossiers traités selon le rang des organismes de traitement (N = 4 310)



Après une revue de littérature des systèmes de monitoring de programmes de traitement pour le jeu pathologique (section 2), nous allons présenter les indicateurs du système PARI (section 3), détailler la méthodologie employée (section 4) et faire l'analyse des résultats obtenus (section 5).

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). Depuis, les résultats de celui de l'Iowa ont paru. Le critère qui différencie le plus ces études entre elles 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. Au-delà des données sur les caractéristiques sociosanitaires des participants au programme, ces systèmes diffèrent aussi beaucoup sur la profondeur avec laquelle ils ont pu cerner les résultats du programme. Dans tous les cas, le traitement et l'analyse des données sont assurés par une équipe de chercheurs.

2.1. L'Ontario

Ce qui est disponible du système de l'Ontario (Rush et *al.*, 2001; Rush et *al.* 2002) touche 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. 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, 2 200 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 socio-démographiques, 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, touchant les données de juillet 1999 à juin 2000, nous donne un profil de la clientèle des centres de traitement. Alors que dans les deux années précédentes le nombre de femmes à se faire traiter pour le jeu étant légèrement supérieur à celui des hommes, la dernière année montre qu'il y a 51 % d'hommes (76 % des clients de ces centres viennent pour se faire traiter pour le jeu, l'autre quart vient pour apprendre à vivre avec le problème d'un conjoint, d'un parent ou d'un ami; pour ce quart de la clientèle, la proportion de femmes s'élève à 72 %). Les femmes demeurent toutefois 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 (82 % pour les hommes, 64 % pour les femmes). 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 intrapersonnels.

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 5 000 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 de 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 questionnaire 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 les 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.

2.5. L'Iowa

Le système de monitoring de l'Iowa rend compte des activités et des résultats de l'Iowa Gambling Treatment Program (IGTP) pour une période de quatre ans de juillet 1997 à juin 2001. Les données sont recueillies par le personnel de 13 organismes de traitement et sont analysées par le Harvard Medical School's Division on Addictions. Les instruments de collecte sont un formulaire de contact-admission-référence, un formulaire de services qui comptabilise le nombre et les minutes de séances de traitement et un formulaire de congé et de suivis. Le système de monitoring couvre tous les contacts effectués pour des problèmes de jeu, que ceux-ci se limitent à de l'information ou de la référence, pour des joueurs ou des proches, ou qu'ils conduisent à l'inscription à un programme de traitement. Sur les quelques 5 000 contacts, la moitié s'est concrétisée en une telle inscription. Les données qui suivent ne concernent que ces joueurs inscrits à un programme de traitement. Mentionnons toutefois que pour l'ensemble des contacts, les chercheurs ont observé que les régions où il y avait le plus d'endroits de jeu sont aussi les régions où il y a eu le plus de contacts (résultat ajusté pour la population).

À l'inscription aux programmes de traitement, il y a en gros six hommes pour quatre femmes. Les femmes commencent à jouer plus tard et vont plus rapidement en traitement que les hommes. Elles ont moins de chances d'être célibataires et plus d'être parents. Elles perdent plus d'argent sur les machines à sous et moins au casino. L'âge moyen des joueurs qui s'inscrivent au traitement est de 43 ans. Il y a 48 % de joueurs mariés, 20 % de célibataires et 22 % de séparés-divorcés. Les trois-quarts ont un emploi à temps plein ou à temps partiel. Près du quart ont déjà eu un traitement pour toxicomanie. La dette de jeu moyenne est de 14 000 \$ et la dépense hebdomadaire moyenne pour le jeu dans les derniers six mois, de 522 \$. L'argent joué l'est en majorité dans les machines à sous (58 %), les vidéo pokers (10 %) et les jeux de table au casino (14 %). En moyenne, dans les trente derniers jours précédant l'inscription, 17 % des joueurs n'ont pas joué, 21 % moins d'une fois, 30 % de 1 à 2 fois, 23 % de 3 à 6 fois.

Les modèles de traitement sont établis en fonction des types de séances de traitement. Près de 50 % des joueurs ont participé à un traitement individuel-groupe, 32 % à un traitement individuel seulement, 8 % à un traitement individuel-groupe-famille, 7 % à un traitement de groupe seulement. Sur le plan des résultats opérationnels, 28 % ont complété ou presque complété le programme de traitement; 67 % ont abandonné. Seulement 9 % des joueurs en traitement ont pu être rejoints pour un suivi. Ils ne sont pas représentatifs de la cohorte des joueurs traités, ce qui pose un problème pour la généralisation des résultats sur les changements observés suite au traitement. Pour ces personnes, entre le congé de traitement et 6 mois, on constate une abstention de jouer chez 74 % de ceux qui ont complété le traitement, 49 % de ceux qui l'ont complété partiellement, 36 % des autres. La même tendance se remarque pour ce qui est de la réduction des pertes monétaires hebdomadaires liées au jeu.

L'examen de ces 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 SYSTEME 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 expérimental sur le jeu pathologique. Dans le présent projet, cette collecte était 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.

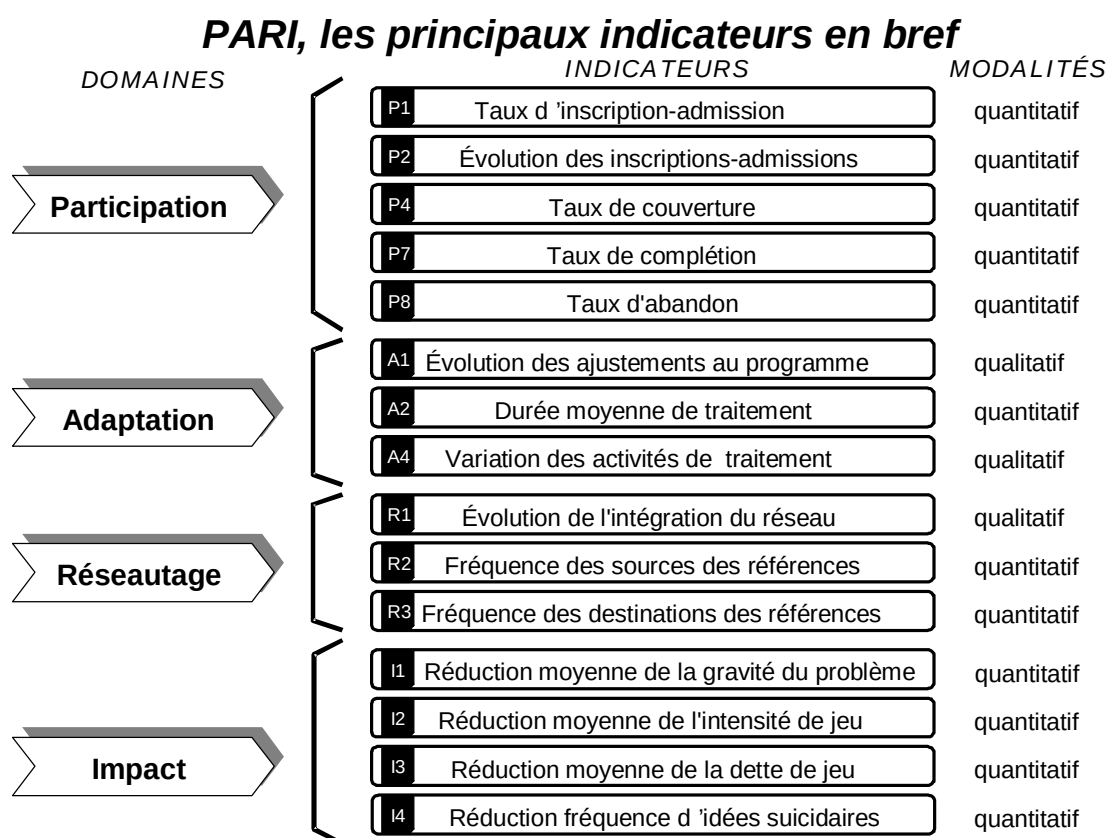
Si les indicateurs veulent appuyer une réflexion d'évaluation, il faut d'abord décider sur quoi doit porter l'évaluation. Après avoir effectué une revue de littérature sur les systèmes existants et consulté les responsables cliniques des organismes de traitement et les coordonnateurs régionaux, nous 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) :

- **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 de ces quatre questions. Pour chacune de ces questions, des indicateurs prioritaires ont été retenus lors de notre consultation. Ils sont présentés dans le tableau suivant.

Figure 2 Liste des indicateurs



La sélection de ces indicateurs repose sur quelques principes généraux :

- 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. 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*² (Ladouceur, 2000). Dans le cas contraire, des outils de collecte ont été proposés. La collecte des données est conçue pour être réalisée en présence ou en lien avec les intervenants des organismes de traitement.

On notera que le tableau précédent identifie des indicateurs quantitatifs et qualitatifs. Le présent rapport ne traite que des indicateurs quantitatifs. Les indicateurs qualitatifs sont construits à partir de données d'entrevues avec les directions, les intervenants et les utilisateurs des services. Les résultats les concernant sont présentés dans des rapports spécifiques.

2 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.

4. METHODOLOGIE

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.

Le monitoring évaluatif du programme expérimental sur le jeu pathologique s'est défini dès le départ comme projet impliquant les acteurs de terrain. Ainsi, 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

À partir d'une revue de systèmes de monitoring, nous avons d'abord élaboré une proposition d'indicateurs. Par la suite, nous avons 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. 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 traitement. Nous avons tenté de demeurer le plus fidèle possible à ces outils, mais pour des questions de validité ou d'intérêt pour des données nouvelles, nous avons eu à modifier ou ajouter quelques questions.

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. Elle 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 services³. 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 allaient en découler.

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. Après chacune des six premières rencontres, nous avons intégré les suggestions en modifiant les grilles de collecte des données. 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 de l'outil « Feuille de route du participant » en un formulaire intitulé « Bilan de participation du client ».

Après la sixième rencontre, nous n'avons pas modifié les outils pour la suite du processus consultatif. Nous avons consigné les commentaires et suggestions dans des journaux de bord. 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 permettant de les reconnaître facilement. Ce détail apparemment trivial ne l'est aucunement : le code couleur s'est avéré

3 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.

particulièrement facilitant dans nos échanges avec les intervenants et les responsables cliniques. L'INSPQ a fourni 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. 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, permettait 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 a varié d'hebdomadaire dans certains cas à trimestrielle dans d'autres cas (suivant la fin des groupes de thérapie dans quelques établissements). Nous tenions également à discuter du mode de transfert des données. La majorité des établissements nous ont transmis leurs données par courrier recommandé. Certains nous les ont envoyé 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.

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 parvenir⁴. D'autres équipes cliniques ont préféré nous contacter individuellement mais nous ont assurés qu'ils transmettraient les informations reçues aux autres membres. Dans un contexte où la participation à cette étude n'est pas l'initiative directe des intervenants, il était 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 permettaient.

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 était responsable du transfert des données 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 leur équipe.

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'admission⁵, la date de départ avec la mention de « programme complété⁶ » ou « d'abandon ». Dans les cas d'un abandon signifié

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

5 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.

6 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-

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 avons recueilli 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 sommes passés en mode d'utilisation de nos instruments. Par conséquent, la base de données constituée en rétrospective ne contient pas les données de certaines variables ajoutées dans nos instruments pour la phase dite « prospective ». Il s'agit principalement des données sur l'appartenance ethnique et religieuse des clients, de même que celles sur les problèmes préalables au traitement (voir à l'annexe 8 le Guide d'accompagnement des formulaires).

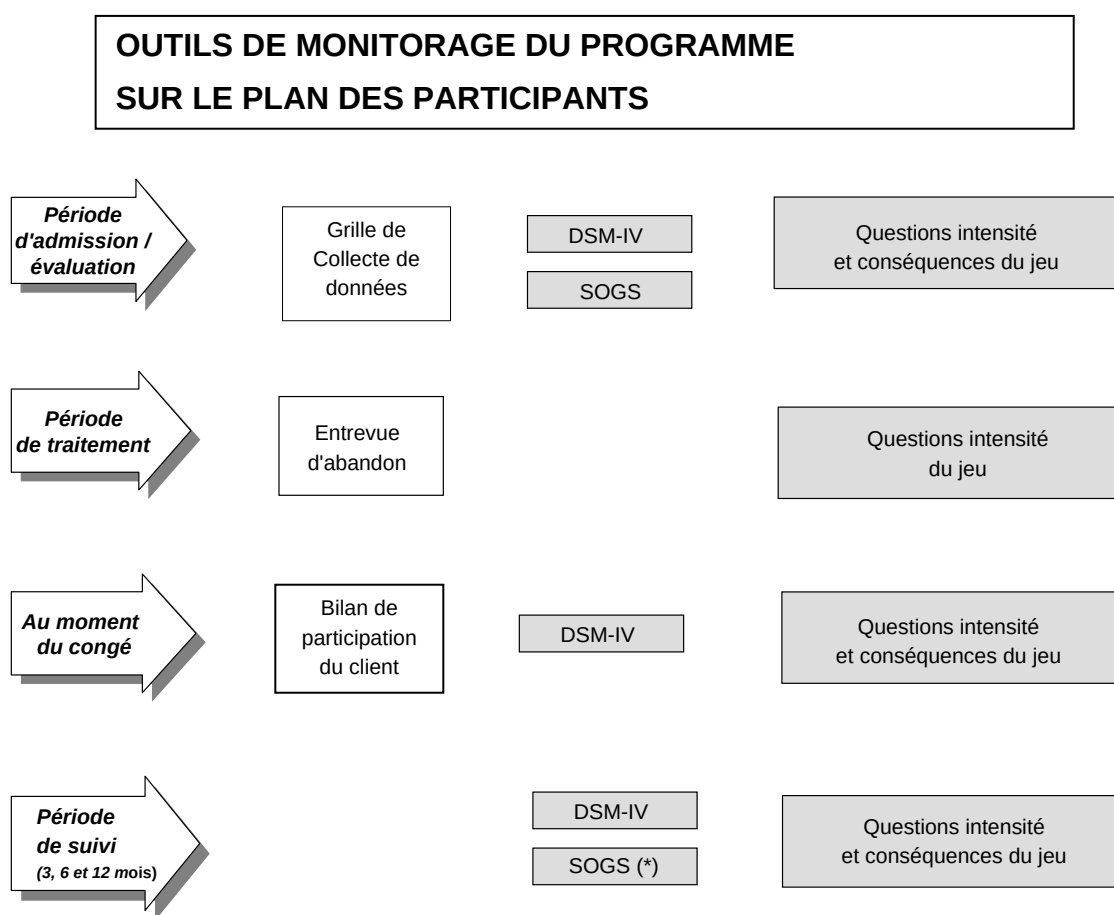
Les **indicateurs d'impact** sont construits à partir de deux instruments de mesure de la gravité du problème qui sont le SOGS et le DSM-IV (annexe 4), et de questions relatives à l'intensité du jeu et aux conséquences du jeu (dettes, idées suicidaires). Ces informations sont déjà colligées avec les instruments inclus dans la formation du CQEPTJ pour poser un diagnostic initial et effectuer les suivis post traitement. Comme les différentes questions qui nous donnent ces informations étaient dispersées dans les outils du CQEPTJ, nous les avons regroupées sur un même outil que nous avons intitulé « Intensité et conséquences du jeu » (annexe 5). Ces informations sont fournies par les participants en réponse à un questionnaire auto-administré ou aux questions du thérapeute selon le choix de celui-ci dans le cadre de l'inscription. En plus de ce moment, nous demandons que ces données nous soient fournies au congé de traitement et aux suivis de 3, 6 et 12 mois, pour pouvoir mesurer s'il y a 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 rempli par le client au moment de l'inscription. Les variables des caractéristiques sociales ont été calquées sur celles d'une étude de prévalence pour le Québec (Ladouceur et al., 2002) dans le but de permettre éventuellement une comparaison de la clientèle du traitement avec la population des joueurs pathologiques. Les rectangles grisés de la figure 3 indiquent les outils qui n'utilisent que les données déjà recueillies par les instruments du CQEPTJ.

traitement. Ceux-ci ne font pas partie du traitement et un client qui n'y participe pas n'est pas considéré comme ayant abandonné.

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 de collecte de données en précisant 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 en conservaient une copie dans chaque dossier et pouvaient ainsi garder le fil de ce qu'ils nous faisaient parvenir et de ce qu'il leur restait à nous transmettre.

Figure 3 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 des manifestations de l'intégration qui est le processus de référence. Le formulaire « Grille de collecte de données pour le monitoring des services de traitement des joueurs pathologiques – Caractéristiques sociales » (annexe 7) contient une question qui

demande par qui le participant a été référé à l'organisme de traitement, ce qui nous donne un 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 sur le jeu qui nous donne un 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 décembre 2003, nous avons reçu et saisi la totalité des données 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'agissait en fait de recueillir les données de façon courante au fur et à mesure que les clients se présentaient. 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 s'est faite par l'entremise des intervenants qui, comme nous l'avons déjà mentionné, ont complété certains formulaires⁷ et ont veillé à ce que les clients remplissent le formulaire des caractéristiques sociales. Nous avons produit un guide d'accompagnement des outils de collecte à l'usage des intervenants (annexe 8).

Quatre outils de gestion interne ont été élaborés afin de faciliter ce travail rendu complexe en raison du nombre élevé d'établissements et d'acteurs impliqués dans la collecte de données. Comme mentionné plus tôt, nous avons tenu un journal de bord pour chacun des établissements dans lequel nous avons consigné les commentaires et suggestions qui nous ont été formulés lors des consultations. Le journal de bord visait aussi à garder une trace des

⁷ 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.

ententes que nous avons conclues avec les établissements (annexe 9). Nous avons également gardé à jour un journal des communications avec les établissements dans lequel sont résumés tous les appels et messages envoyés et reçus. 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 (annexe 10) a permis de noter les conseils, les avis et les décisions importants. Chacun des ces membres pouvant être contacté en tout temps, il était essentiel de prévoir un outil auquel chacun d'entre eux pouvait facilement se référer pour connaître la nature des derniers échanges. Le journal des communications s'est donc avéré un outil très important pour la coordination de la collecte de données. De plus, nous avons utilisé une fiche « Réception des données » pour prendre en note les informations suivantes : la date de l'arrivée, la provenance, le mode d'envoi, le nombre de dossiers et la nature des dossiers selon qu'il s'agit de données rétrospectives, prospectives ou de suivis post-traitement (annexe 11). Finalement, nous avons également élaboré une fiche pour la gestion d'envoi de 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. Nous portions 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 concordance), 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 plupart 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. Dans quelques cas, à l'aide d'ordinateurs portatifs, nous avons également procédé à une saisie des données directement dans les lieux de traitement. Finalement,

deux établissements nous ont fourni leurs données par le biais de base de données informatisées, un établissement n'ayant fourni que des données partielles⁸. 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 pouvions 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, si possible, sur les copies papiers des instruments. 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 avons mis 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. Le nombre total de cas (N) varie énormément d'un tableau à l'autre essentiellement pour deux raisons. La première tient à ce que les données rétrospectives ne couvrent pas toutes les variables pour lesquelles nous avons recueilli des données avec le nouveau formulaire utilisé en prospective. La seconde repose sur le fait que, pour certaines variables, la collecte de données a été faible, entre autres pour les suivis post-traitement. Les différences significatives observées dans les résultats reposent sur des tests de χ^2 .

8 Une base ACCESS et l'autre EXCEL.

4.7. Considérations éthiques

Chaque client qui s'inscrivait dans un organisme de traitement participant au monitoring était invité à participer à la recherche. Les intervenants expliquaient la démarche et chaque client qui acceptait devait signer un formulaire de consentement (annexe 13) en deux copies. Celui-ci stipulait que le client acceptait que des informations dénominalisées soient transmises à l'INSPQ. L'intervenant conservait une copie dans le dossier du client et lui remettait la deuxième. Les coordonnées de deux des chercheurs se trouvaient sur le formulaire et le client pouvait ainsi les contacter s'il souhaitait obtenir des détails supplémentaires sur la recherche.

Le devis de recherche de ce volet quantitatif du monitoring a été évalué par le comité d'éthique de l'hôpital Maisonneuve-Rosemont qui a accepté la démarche proposée par l'INSPQ. Il a demandé cependant l'ajout d'un feuillet d'information à remettre au client au moment de la signature du formulaire de consentement. On le trouvera en 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 touchant la conservation de données.

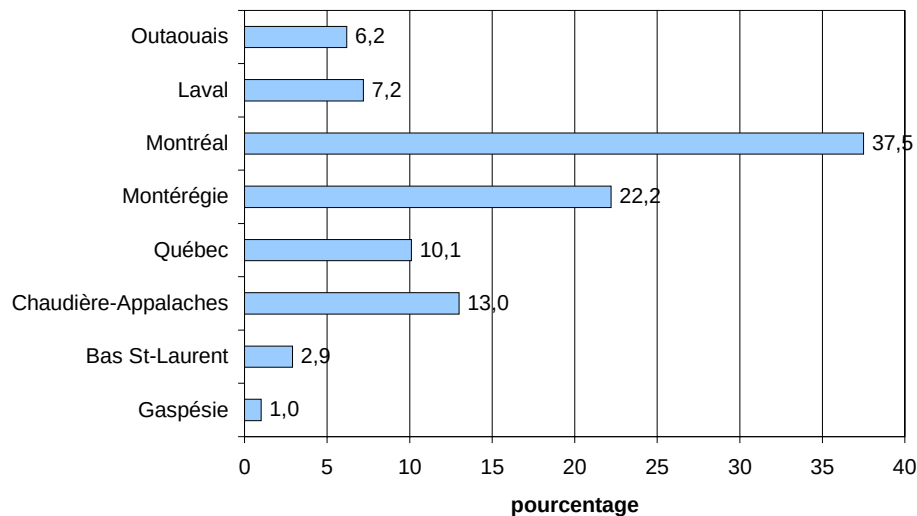
5. RESULTATS

La présentation des résultats suit l'ordre logique suivant. Une première section donne le portrait de la répartition régionale et temporelle des inscriptions, et discute de l'atteinte de la couverture populationnelle qui était prévue. Suit une description des caractéristiques sociales des joueurs qui se sont faits traiter ainsi que des problèmes avec lesquels ils se présentent dans les établissements. Une autre section décrit le fonctionnement et les résultats opérationnels (complétion et abandon) du programme. Nous complétons avec des données comparatives pré et post traitement sur les problèmes exprimés au congé et dans les suivis.

5.1. Évolution des inscriptions et taux de couverture

Le nombre total de dossiers analysés est de 4 310. La figure 4 présente la proportion de dossiers en fonction des régions impliquées dans le programme⁹.

Figure 4 Proportion des personnes inscrites au programme expérimental de traitement du jeu pathologique selon les régions (N = 4 310)

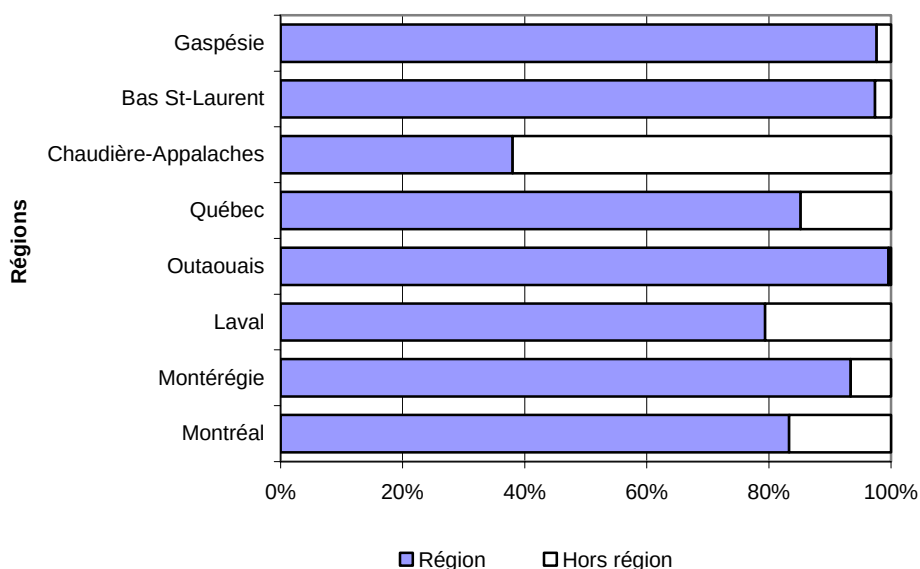


Ce sont les organismes de traitement de la région de Montréal qui ont reçu le plus de joueurs suivis de près par ceux de la région montréaléenne. On y retrouve près de 60 % des joueurs. Les régions de Chaudière-Appalaches et de Québec viennent ensuite avec près du quart des joueurs en traitement. Le dernier 15 % se répartit en les régions de Laval, de

⁹ Le fonctionnement du programme en sites pilotes regroupant plusieurs régions s'est atténué avec le temps. Des échanges et des collaborations ont été maintenus entre les régions mais chacune d'entre elles a récupéré son autorité de gestion sur ses ressources. Pour cette raison, nous avons décidé d'utiliser le découpage des régions et non celui des sites pilotes pour présenter, lorsque cela est pertinent, les résultats du monitoring.

l'Outaouais, du Bas St-Laurent et de la Gaspésie. Ces deux dernières couvrent environ 4 % de la clientèle. Le pourcentage plus élevé de la région de Chaudière-Appalaches que celui de la région de Québec peut être associé principalement au fait que la première a un centre résidentiel (traitement interne) dont une fraction importante de la clientèle est en provenance des autres régions. Le graphique suivant, qui donne la proportion de clientèle qui provient de sa propre région en comparaison de celle venant de l'extérieur, renforce cette interprétation.

Figure 5 Provenance régionale de la clientèle (N = 3 650)



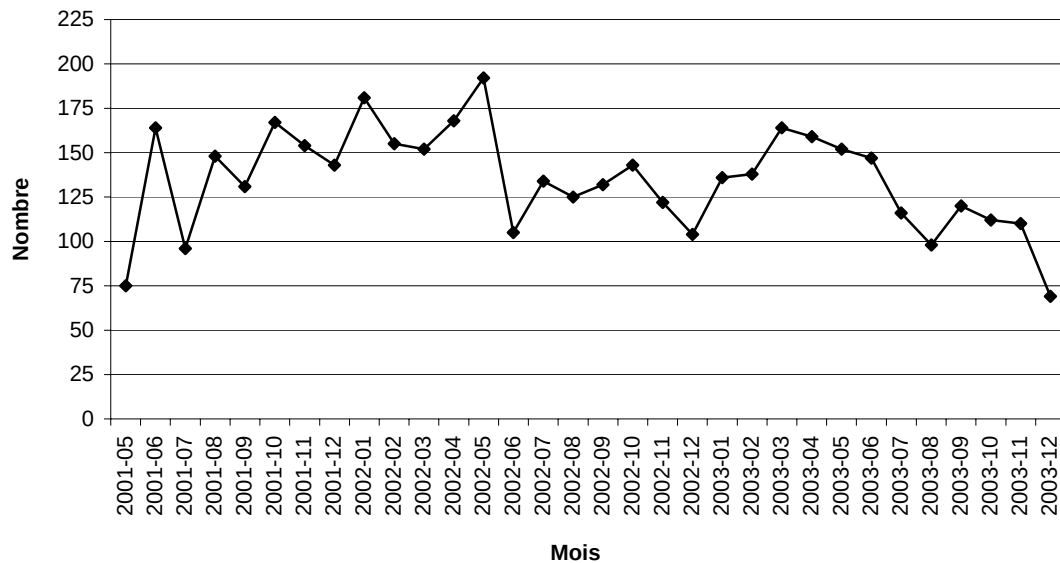
On y constate que plus de 60 % de la clientèle de la région Chaudière-Appalaches a un lieu de résidence en dehors de la région. Le contraste est frappant si on regarde la région de l'Outaouais dont la clientèle vient à près de 100 % de la région même.

La moyenne mensuelle des inscriptions se situe à 139 joueurs pour la période de juin 2001 à novembre 2003¹⁰. Dans le graphique de la figure 6, on peut voir que les inscriptions diminuent avec le temps. Si on compare la moyenne des trimestres septembre-octobre-novembre des trois années, on constate qu'elle passe respectivement de 151 à 132 et 114, autrement dit une baisse d'environ 18 clients par mois. Cette diminution doit être interprétée avec prudence parce que la première année représente la réponse à une demande accumulée dans la période précédente où de tels services n'étaient pas disponibles et identifiés comme tels. La baisse d'inscription pour les dix-huit mois qui suivent ne peut pas être interprétée comme une tendance. Il faudrait au minimum une année supplémentaire de

10 Nous excluons le premier et le dernier mois de la série pour le calcul de cette moyenne.

données pour voir si cette baisse se maintient et l'examiner à la lumière des ajustements du programme de traitement et de ses répercussions sur l'offre de services.

Figure 6 Évolution des inscriptions (N = 4 310)



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 l'ensemble des données dont nous disposons couvre la période des 30 mois d'implantation du programme, nous pouvons estimer que cette prévision, qui était aussi un objectif de couverture de la clientèle, était adéquate. Le tableau 1 nous présente les résultats pour les différentes régions.

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

	Population de 18 ans plus (2002)	Prévalence 2002	Estimation ¹¹ joueurs pathologiques	Total clientèle 30 mois	Moyenne/ 12 mois	Taux de couverture %	Ratio atteint/ prévu (3 %) ¹²
Gaspésie - Îles-de-la-Madeleine	80 711	0,9	726	44	17,6	2,4	0,8
Bas-St-Laurent	163 894	0,9	1 475	122	48,8	3,3	1,1
Chaudière-Appalaches	308 357	0,9	2 775	535	214,0	7,7	2,6
Québec	529 501	0,9	4 766	397	158,8	3,3	1,1
Montérégie	1 034 400	0,9	9 310	926	370,4	4,0	1,3
Montréal	1 465 157	1,3	19 047	1 589	635,6	3,3	1,1
Laval	278 404	0,9	2 506	302	120,8	4,8	1,6
Outaouais	250 579	0,9	2 255	253	101,2	4,5	1,5
Total des sites	4 111 003	0,96	42 860	4 168	1 667,2	3,9	1,3

En estimant le nombre de joueurs pathologiques des régions à partir de leurs taux de prévalence et en appliquant la prévision de 3 %, on obtient le nombre annuel théorique de joueurs qui devraient se présenter dans les services de traitement. En divisant ce nombre théorique par le nombre réel de joueurs inscrits, on obtient une proportion qui correspond au degré d'atteinte des prévisions. Une seule région n'atteint pas le seuil visé mais s'en rapproche¹³ : la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine. Toutes les autres régions obtiennent des résultats supérieurs à ceux attendus. Une région atteint des résultats très supérieurs à ceux prévus : Chaudière-Appalaches. Or on l'a vu plus haut, 60 % de la clientèle de cette région provient de l'extérieur. Un calcul du taux de couverture, excluant le nombre de clients qui proviennent des autres régions, la situerait plus près de la moyenne provinciale.

Retenons globalement que la couverture provinciale est près de 4 % et dépasse ce qui avait été prévu. Il faut toutefois demeurer prudent et considérer que ce résultat doit être nuancé par l'examen de trois facteurs importants. Le premier est le phénomène de l'inscription de joueurs qui ne répondent pas aux critères de joueurs pathologiques, le second est celui des

11 La prévalence du jeu pathologique (prévalence actuelle – 12 mois) est la prévalence réelle pour Montréal à partir de sorties spéciales de l'Enquête sur la Prévalence des habitudes de jeu et du jeu pathologique de 2002. La prévalence des autres régions est unique à cause des effectifs restreints de l'échantillon. Elle est calculée sur les données du Québec moins celles de Montréal.

12 Nous n'avons pas annualisé ces résultats obtenus sur une période totale de 16 mois parce 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.

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

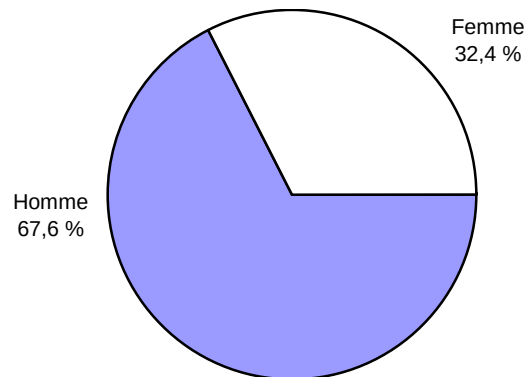
réinscriptions et le troisième, celui des abandons. Nous allons jeter un œil sur ces trois phénomènes dans les sections suivantes et nous pourrions revenir sur le sens à donner à ce taux de couverture en conclusion du rapport.

5.2. Les caractéristiques sociales des joueurs

5.2.1. Sexe

L'analyse des données sur les caractéristiques sociales des joueurs admis au programme expérimental de traitement du jeu pathologique (figure 7) révèle qu'un peu plus de deux personnes sur trois sont des hommes, soit un résultat similaire à celui obtenu pour les joueurs pathologiques en général.

Figure 7 Proportion des personnes inscrites selon le sexe (N = 4 238)



5.2.2. Âge

Environ 95 % des joueurs inscrits à ce programme sont des adultes âgés de 25 à 64 ans, (tableau 2). Le groupe d'âge le plus représenté est celui des 35-44 ans (30,3 %) suivi de près par celui des 45-54 ans (28,8 %). Les jeunes de moins de 25 ans et les personnes de 65 ans et plus représentent respectivement 5,1 % et 18,1 % des personnes qui ont bénéficié du programme.

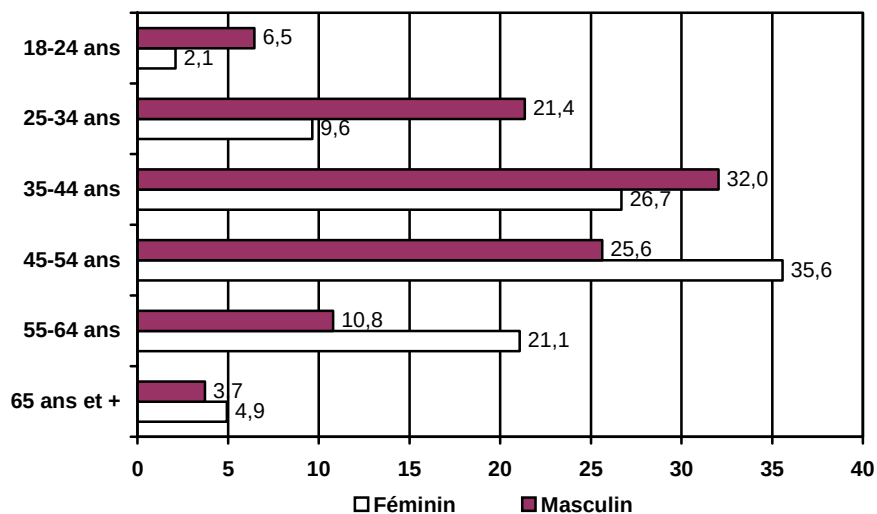
L'analyse devient plus intéressante lorsqu'on compare cette distribution à celle des joueurs pathologiques dans la population.

Tableau 2 Proportion des personnes inscrites selon l'âge, comparaison avec la population du Québec

JP	% JP Qc	% JP traités	Ratio traités / Qc
18-24	12	5,1	0,43
25-34	21	17,6	0,84
35-44	31	30,3	0,98
45-54	23	28,8	1,25
55+	13	18,1	1,39
Total	100	100,0	

Les plus jeunes sont, toutes proportions gardées, peu susceptibles de se faire traiter pour leur problème de jeu. Les personnes âgées de 25 à 34 ans sont aussi moins susceptibles de le faire que leur poids parmi les joueurs pathologiques dans la population ne le laisserait présager. De manière plus générale, on constate que plus un joueur pathologique est âgé, plus il est probable qu'il aille se faire traiter pour ce problème.

Figure 8 Proportion des personnes inscrites selon l'âge et le sexe (N = 4 125)

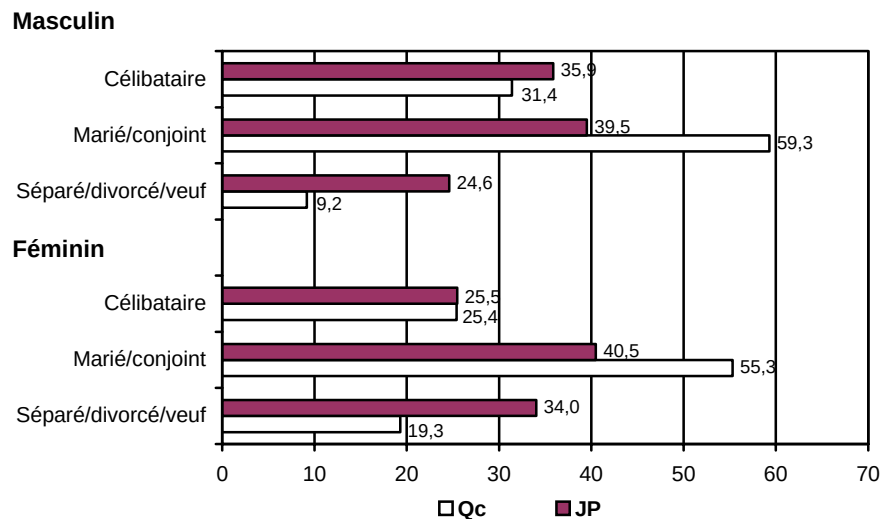


Les femmes en traitement sont plus âgées que les hommes en traitement, possiblement à cause de l'âge à laquelle les uns et les autres ont commencé à jouer à des jeux toxicomanogènes. Lorsqu'on analyse la proportion des hommes et des femmes inscrites au programme expérimental pour chaque groupe d'âge, on observe des différences (figure 8). Ainsi, plus les joueurs avancent en âge, plus les femmes composent une part importante de la clientèle recevant des services au programme expérimental de traitement du jeu pathologique, tout en étant toujours moins nombreuses.

5.2.3. Statut civil

Parmi les personnes inscrites au programme expérimental de traitement du jeu pathologique, autour de 40 % sont mariées ou conjointes de fait, tant chez les hommes que chez les femmes (figure 9). 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. Les personnes seules (veuves) ou avec des problèmes de couple (séparées et divorcées) sont donc proportionnellement plus nombreuses à se présenter en traitement. On peut supposer que les personnes avec conjoint sont moins nombreuses à se présenter en traitement car elles ont, soit plus d'obligations à rencontrer qui les rendent moins disponibles, soit des ressources financières plus substantielles, soit finalement un réseau familial permettant plus facilement le support et l'autoguérison.

Figure 9 Proportion des personnes inscrites selon l'état civil et le sexe, comparaison avec la population du Québec (N = 3 924)



Féminin N = 1 272; masculin N = 2 652.

5.2.4. Formation académique

Chez les personnes inscrites au programme expérimental de traitement du jeu pathologique, près de 70 % possèdent l'équivalent d'un diplôme secondaire ou moins, environ 19 % ont un diplôme d'études collégiales et 11 % un diplôme d'étude universitaire (tableau 3). Lorsqu'on regarde la distribution de la scolarité au regard du sexe, on n'observe pas de réelle différence entre les hommes et les femmes. Il apparaît que plus on est instruit, moins on a de chance d'être inscrit en traitement, ceci étant peut-être attribuable au fait que certaines personnes mieux nanties préfèrent consulter en clinique privée.

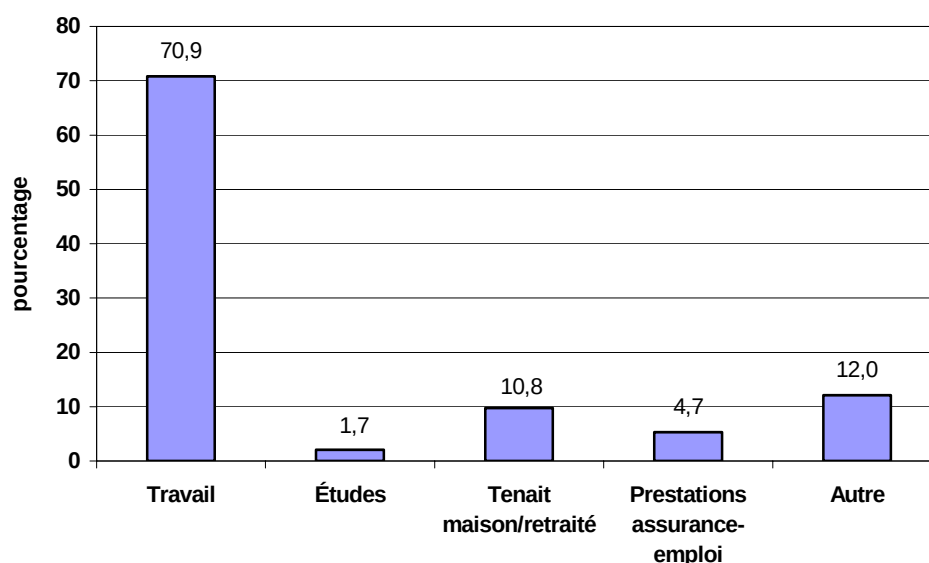
Tableau 3 Proportion des personnes inscrites selon la scolarité et le sexe (N = 3 889)

	% pop. Qc	% JP traités	Ratio JP/Qc
Total			
Aucun certificat secondaire	24,4	34,6	1,42
Études secondaires	25,4	35,3	1,39
Collège	28,5	18,7	0,66
Études universitaires	21,6	11,4	0,53
Féminin			
Aucun certificat secondaire	23,7	32,7	1,38
Études secondaires	27,0	37,6	1,39
Collège	27,6	19,5	0,71
Études universitaires	21,7	10,2	0,47
Masculin			
Aucun certificat secondaire	25,2	35,5	1,41
Études secondaires	23,8	34,2	1,44
Collège	29,5	18,3	0,62
Études universitaires	21,5	12,0	0,56

5.2.5. Emploi

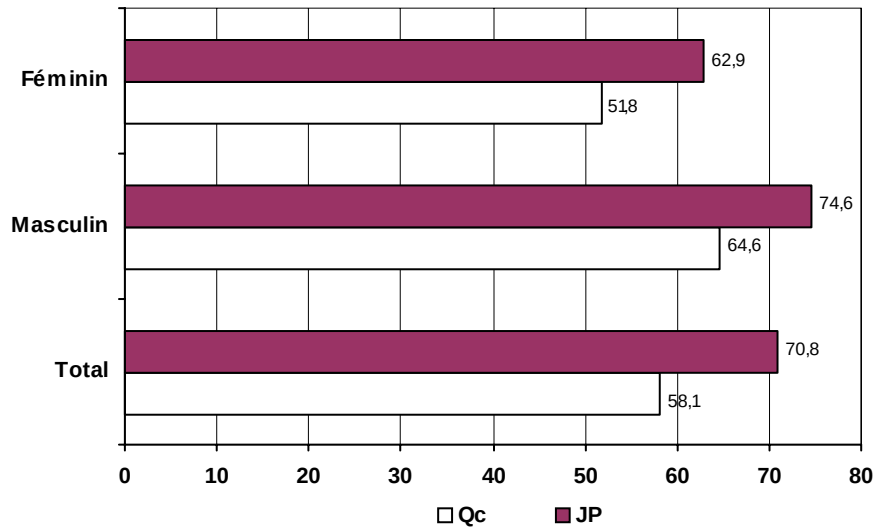
L'analyse du statut d'activité chez les personnes qui ont reçu les services de traitement du jeu pathologique révèle que 71 % des joueurs occupent un emploi (figure 10). Les autres joueurs sont soit retraités ou tiennent maison (11 %), soit prestataires d'assurance emploi (5 %), soit étudiants (2 %) ou encore sont classés dans la catégorie autre (12 %).

Figure 10 Proportion des personnes inscrites selon l'occupation principale au cours des 12 derniers mois (N = 3 608)



Relativement à la population générale, les joueurs pathologiques en traitement sont plus nombreux à occuper un emploi (figure 11). Nous connaissons cette relation par la littérature. Si cela peut surprendre, l'explication réside dans le fait que l'emploi est la principale source de revenu des joueurs et que le maintien d'un emploi leur permet de continuer de jouer.

Figure 11 Taux d'emploi au cours des 12 derniers mois par sexe. Comparaison avec la population du Québec (N = 3 593)



Féminin n = 1 148; masculin n = 2 445.

5.3. Les problèmes de jeu à l'inscription au programme

5.3.1. SOGS et DSM-IV

Les problèmes de jeu des personnes inscrites au programme ont été évalués à l'aide de deux instruments : le South Oaks Gambling Screen (SOGS)¹⁴ et le DSM-IV¹⁵. Le score moyen au SOGS chez les femmes est de 11,7 sur une possibilité de 20 et celui chez les hommes est de 11,8 (tableau 4). Des résultats similaires sont observés au DSM-IV. Le score moyen chez les femmes et les hommes est identique, à 7,1 sur une possibilité de 10. Pour les deux outils, les scores moyens observés témoignent d'un problème de jeu pathologique, et il n'y a pas de différence entre les hommes et les femmes.

14 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 identifient le joueur pathologique probable.

15 Une situation de jeu pathologique est probable lorsqu'une personne répond affirmativement à 5 critères ou plus.

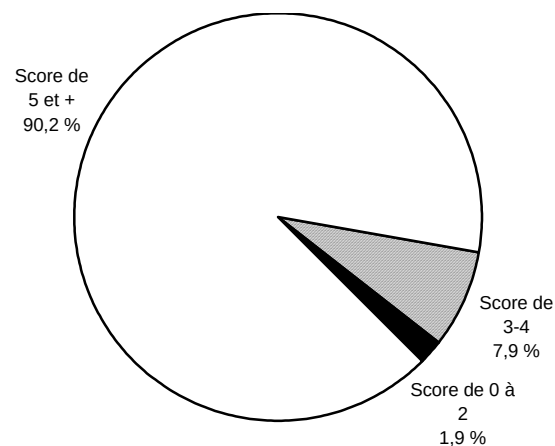
Tableau 4 Scores moyens au SOGS et au DSM-IV à l'inscription selon le sexe

Sexe	Scores moyens	
	SOGS	DSM-IV
Femme	11,7	7,1
Homme	11,8	7,1

SOGS N = 2 784; DSM-IV N = 3 497.

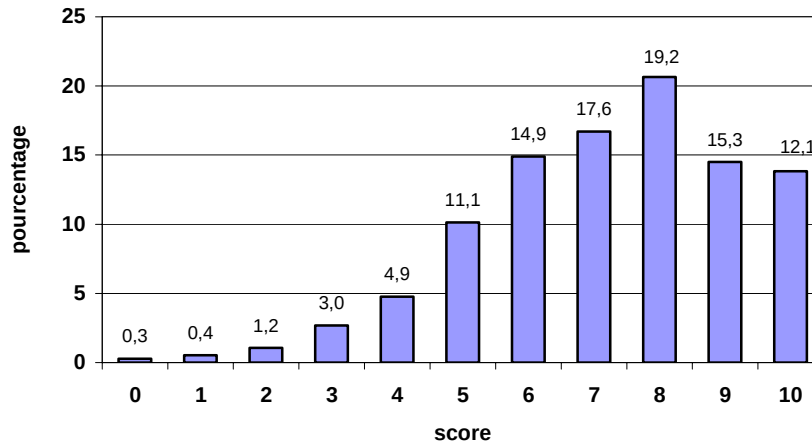
L'analyse de la répartition des scores au DSM-IV au moment de l'inscription au programme montre que la majorité des personnes (90 %) (figure 12) ont obtenu un résultat de 5 et plus, ce qui les identifie comme joueurs pathologiques probables. Ce qui signifie, à l'inverse, que 10 % des personnes inscrites ne le sont pas. Il y a tout de même 8 % de ces personnes qui ont un score de 3 ou 4. Elles sont probablement à risque.

Figure 12 Proportion des personnes inscrites selon leur score au DSM-IV à l'inscription (N = 3 521)



La figure suivante nous donne la distribution détaillée.

Figure 13 Proportion des personnes inscrites selon leur score au DSM-IV à l'inscription.



S'il est vrai qu'on peut interpréter le 10 % de joueurs inscrits ayant un score de 4 ou moins comme la couverture d'une population non éligible, il faut tout de même tenir compte des points suivants :

- Le DSM-IV n'est pas infallible et peut laisser échapper des problématiques spécifiques. Les thérapeutes du programme nous ont mentionné au Forum sur les résultats préliminaires, tenu en septembre 2003, que les items du DSM-IV cernaient mal à la réalité problématique des femmes âgées vivant seules.
- Les instruments d'évaluation ne sont pas nécessairement utilisés à la première rencontre et le retard à les utiliser peut manifester une situation courante moins problématique.
- La démarche de demande d'aide manifeste la prise de conscience d'un problème réel ou potentiel grave. Il est difficile de se limiter aux seuls outils d'évaluation qui ne prennent pas en considération les craintes et les difficultés anticipées par certains joueurs. Là aussi, au Forum de septembre 2003, les thérapeutes nous ont mentionné l'importance de ne pas négliger la perception subjective chez le joueur de l'importance de son problème.
- Un taux de surcouverture, s'il est vraiment de 10 %, demeure relativement peu élevé. Cela signifie que la population cible est bien cernée par l'offre de services et que, somme toute, le programme fait œuvre de prévention, la rationalité étant qu'il vaut mieux traiter le joueur lorsqu'il se présente, que de le refuser et de le voir revenir plus tard avec un problème plus grave et après avoir vécu des conséquences plus importantes de son jeu excessif.

- Finalement, il faudrait voir le type de traitement donné à ces personnes. Est-ce qu'elles reçoivent un traitement complet ou non? Est-ce qu'elles reçoivent un traitement spécifique ou non? Le programme expérimental de traitement a été conçu, entre autres, pour le traitement des joueurs pathologiques, mais n'y a-t-il pas de place pour le développement d'un palier intermédiaire de traitement pour les joueurs qui craignent de se faire happer par le tourbillon du jeu pathologique et qui ne demandent qu'un soutien temporaire pour les guider (rencontres d'évaluation, conseils, lectures, vidéos, références, suivi téléphonique) dans un processus d'auto-contrôle? Les expériences de groupes d'information et de discussion ouverts semblent aller dans ce sens, mais doit-on aussi envisager un programme de soutien individuel? La question est ouverte.

L'analyse des résultats aux SOGS et au DSM-IV en fonction du type et de l'intensité du jeu révèle des différences intéressantes (tableau 5). Le score moyen au SOGS est plus élevé chez les personnes qui ont déclaré jouer plus d'une fois par semaine aux AÉJ (12,5). Le score moyen est de 11,2 pour les personnes qui jouent plus d'une fois par semaine à d'autres types de jeux. Il est de 10,2 pour celles qui jouent moins d'une fois par semaine à tout type de jeu. 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 (7,3). Ils sont légèrement moins élevés chez ceux qui jouent plus d'une fois par semaine à d'autres types de jeux (6,8). Et on constate la baisse continue pour celles qui jouent moins d'une fois par semaine à tout type de jeu (6,3). Le fait que les personnes jouant aux AÉJ plus d'une fois par semaine présentent des scores plus élevés que ceux qui jouent à d'autres jeux tend à confirmer l'aspect plus particulièrement dommageable de ce genre de jeu.

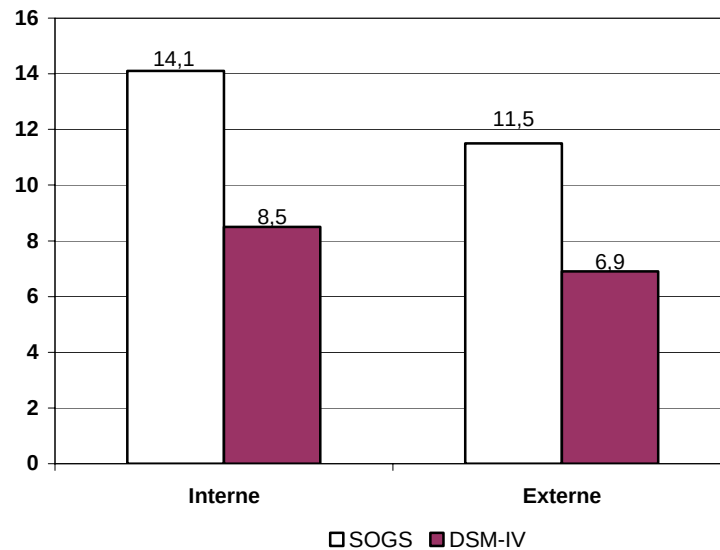
Tableau 5 Scores moyens au SOGS et au DSM-IV à l'inscription selon le type de jeu joué et selon l'intensité de jeu

Type de jeu joué et intensité du jeu	Scores moyens	
	SOGS	DSM-IV
Joué plus 1 fois/semaine aux AÉJ	12,5 (N = 1 418)	7,3 (N = 1 737)
Joué plus 1 fois/semaine à d'autres jeux	11,2 (N = 739)	6,8 (N = 298)
Joué moins 1 fois/semaine à tout type de jeu	10,2 (N = 431)	6,3 (N = 546)

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 (figure 14). Ainsi le score moyen observé au SOGS pour les personnes qui reçoivent les services en externe est de 11,5 tandis qu'il est de 14,1 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

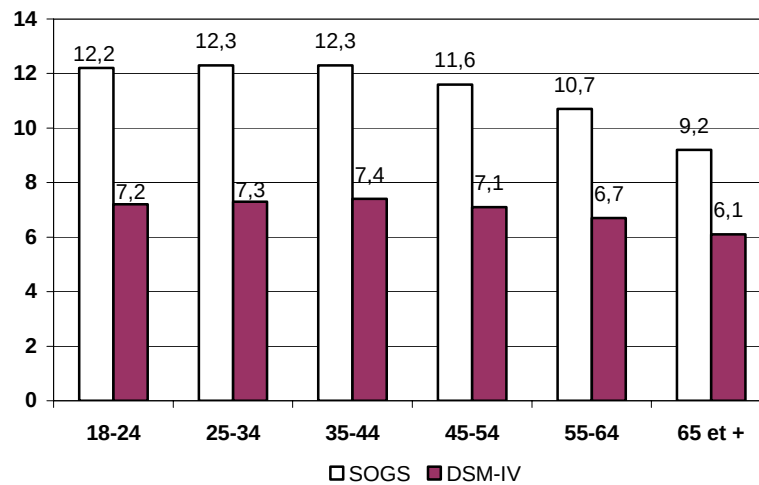
pour les personnes qui reçoivent les services en externe et il est de 8,5 pour celles qui sont admises en interne.

Figure 14 Scores moyens au SOGS (N = 2 797) et au DSM-IV (N = 3 511) à l'inscription selon le type de services



On observe aussi des différences du score au DSM-IV à l'inscription selon l'âge (voir figure 15). Le score est constant jusqu'à 54 ans (autour de 7,2). Ensuite, la moyenne diminue pour s'établir à 6,7 chez les 55-64 ans et à 6,1 chez les personnes âgées de 65 ans et plus. L'interprétation pourrait être que les personnes les plus âgées saisissent plus vite qu'elles ont un problème pour lequel elles ont besoin d'aide, ou que, n'ayant plus ou étant près de ne plus avoir de revenu, le péril économique lié au jeu pathologique leur apparaît plus menaçant. L'autre hypothèse a été avancée par certains intervenants lors du Forum de septembre 2003 : la proportion grandissante de femmes vivant seules, retraitées, avec des économies, qui s'adonnent au jeu de façon problématique peuvent présenter des scores bas ou en deçà des barèmes du joueur pathologique. Les questions 5, 8, 11 à 16 du questionnaire SOGS ne s'appliquent en effet pas à une personne vivant seule et encore autonome financièrement. La même remarque s'applique aux questions 18 à 24 des critères diagnostiques du DSM-IV telles que présentées dans l'entrevue diagnostique.

Figure 15 Scores moyens au SOGS (N = 2 748) et au DSM-IV (N = 3 443) à l'inscription selon l'âge



Nous n'avons par ailleurs pas trouvé de différences significatives entre les scores au DSM-IV et au SOGS relativement au sexe, au niveau de scolarité, à l'état civil et à l'occupation.

5.3.2. L'intensité de jeu

Parmi la clientèle inscrite au programme expérimental de traitement du jeu pathologique, un peu plus de 67 % jouent plus d'une fois par semaine aux appareils électroniques de jeux (AÉJ)¹⁶ (tableau 6). Près de 12 % jouent plus d'une fois semaine à d'autres jeux. Plus d'une personne sur cinq (21 %) déclare jouer moins d'une fois semaine à tout type de jeu.

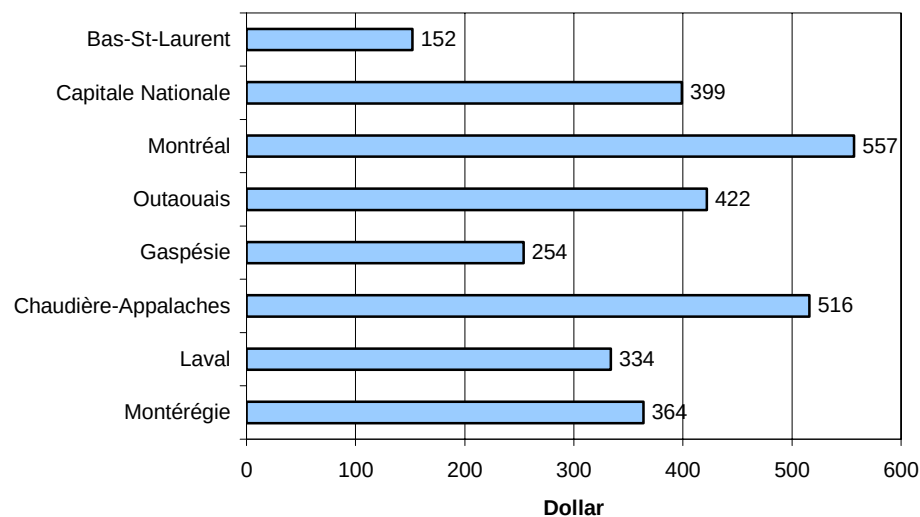
Tableau 6 Proportion des personnes inscrites selon le type et l'intensité du jeu à l'inscription

Type et intensité du jeu	nombre	%
Joue plus d'une fois semaine aux AÉJ	1 827	67,3
Joue plus d'une fois semaine à d'autres jeux que AÉJ	317	11,7
Joue moins d'une fois semaine à tout type de jeu	570	21,0
Total	2 714	100,0

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

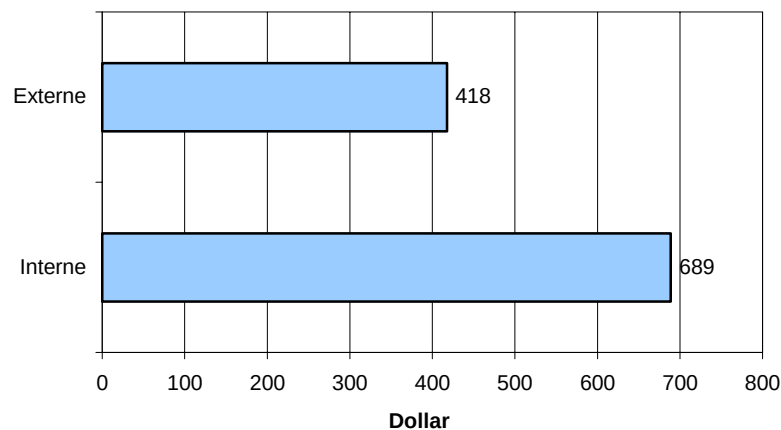
Les mises moyennes durant la semaine précédant l'inscription varient selon la région (voir figure 16). Deux facteurs peuvent jouer sur ces différences : le revenu moyen selon la région et la disponibilité des jeux. Le montant moyen plus élevé de la région de Chaudière-Appalaches n'est aberrant qu'en apparence puisque, on l'a vu plus tôt, 60 % de sa clientèle provient de l'extérieur de son territoire, dont la grande majorité des régions urbaines (Montréal, Montréal et Québec).

Figure 16 Mises moyennes durant la semaine précédant l'inscription selon la région (\$) (N = 3 090)



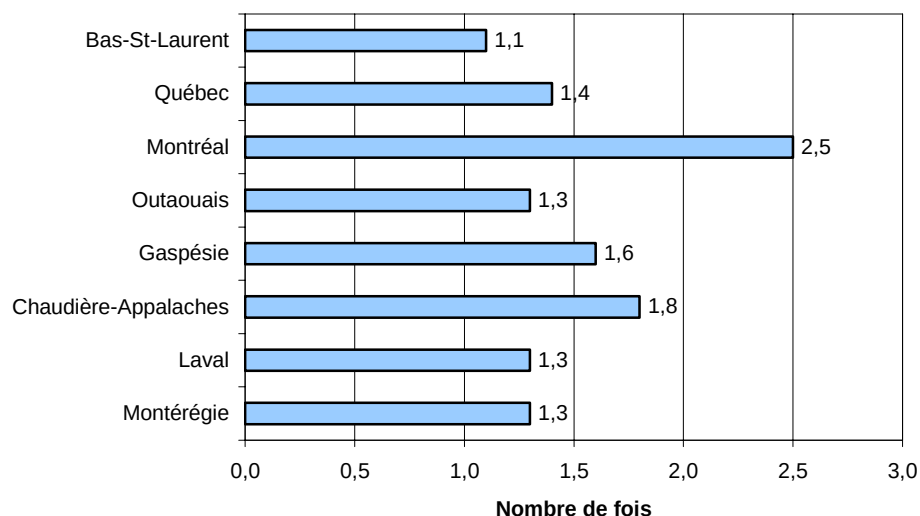
Et, comme on peut le voir dans le graphique suivant (figure 17), le montant moyen dépensé au jeu dans la semaine précédant l'inscription est de beaucoup supérieur chez les joueurs admis en interne. La différence est de l'ordre de 300 \$, ce qui suggère une plus grande gravité des problèmes chez cette clientèle.

Figure 17 Mise moyenne dans la semaine précédant l'admission selon le type de services (\$) (N = 3 060)



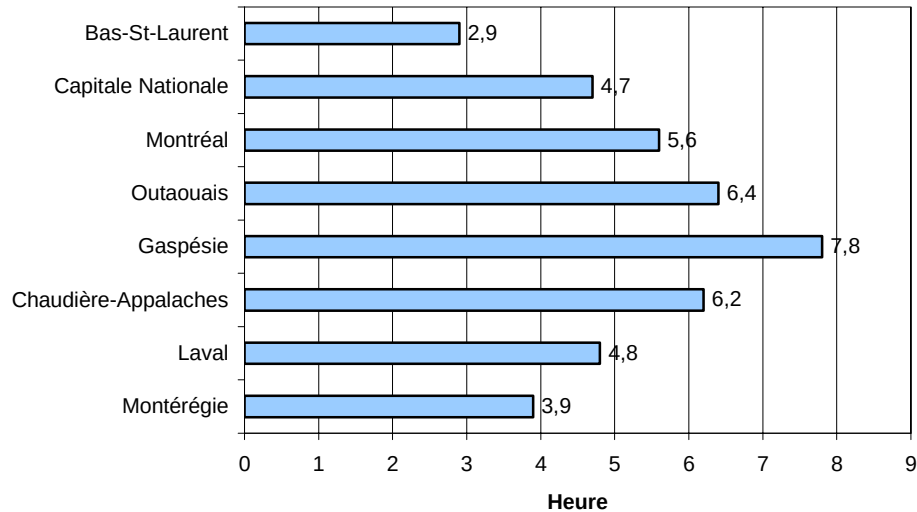
Quarante-cinq pour cent des joueurs qui se présentent en traitement n'ont pas joué dans la semaine précédant le traitement et il n'existe pas de différence significative entre les hommes et les femmes concernant cet indicateur. Cependant, les usagers de la région de Montréal (voir figure 18) jouent significativement plus souvent et ceci est peut-être dû à la plus grande disponibilité des AÉJ dans la région montréalaise.

Figure 18 Participation aux jeux de hasard et d'argent, en nombre de fois, dans la semaine précédant l'admission, par région (N = 3 114)



Par contre, on constate une différence interrégionale entre le nombre moyen d'heures jouées durant la semaine précédant l'inscription (voir figure 19), la Gaspésie se démarquant notablement des autres régions. Il est possible que cette différence soit influencée par le taux de chômage élevé et le manque d'occupations alternatives.

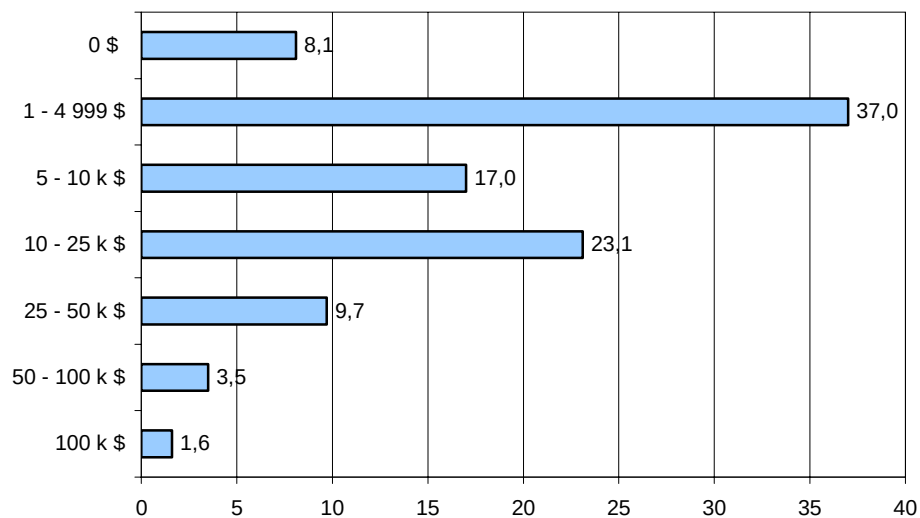
Figure 19 Participation moyenne aux jeux de hasard et d'argent, en heures, dans la semaine précédant l'admission (heures) (N = 3 060)



5.3.3. La dette

La très vaste majorité des joueurs (92 %) sont aux prises avec une dette de jeu lors de leur inscription au programme (figure 20). Environ 37 % d'entre eux ont une dette de moins de 5 000 \$, 17 % une dette de 5 000 à 9 999 \$ et un peu moins d'une personne sur quatre (23 %) une dette de 10 000 à 24 999 \$. Les autres cumulent une dette de plus de 25 000 \$. Sur l'ensemble des joueurs en traitement, la dette moyenne s'élève à 10 194 \$ (médiane = 2 800 \$); sur les seuls joueurs qui ont une dette, la moyenne atteint 14 805 \$ (médiane = 6 000 \$). Il n'existe pas de différence significative entre les hommes et les femmes, selon le type de services, ni non plus en fonction de la région.

Figure 20 Dette de jeu à l'inscription (N = 2 462)



5.3.4. Les idées suicidaires

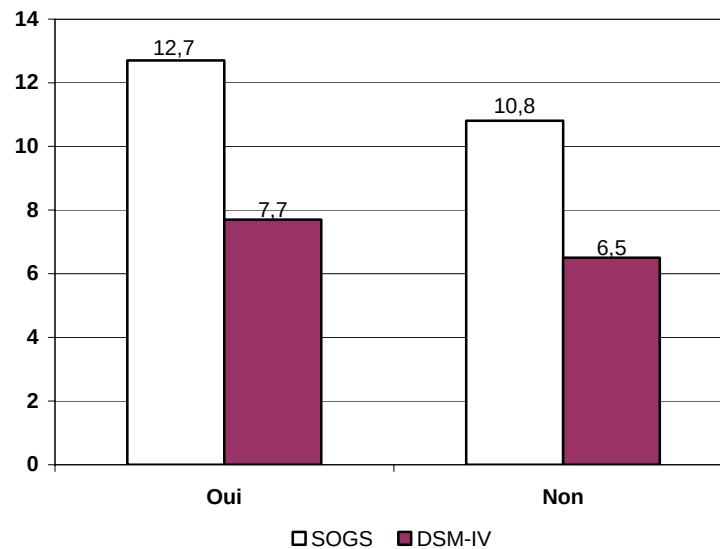
Lors de l'inscription, un peu plus d'une personne sur deux signifie avoir pensé sérieusement au suicide au cours des 12 derniers mois (tableau 7). Lorsqu'on analyse la proportion des personnes qui ont pensé au suicide en fonction du fait qu'elles ont été admises à des services internes ou inscrites à des services externes, on observe des différences importantes entre les deux groupes. En services internes, la proportion est de 73,1 % tandis qu'elle est de 44,7 % en services externes.

Tableau 7 Proportion des personnes inscrites qui ont pensé au suicide au cours des 12 derniers mois selon le type de services (N = 3 282)

Présence d'idées suicidaires	Interne	Externe %	Total
Oui	73,1	44,7	48,5
Non	26,9	55,3	51,5
Total	100,0	100,0	100,0

De la même façon, un score plus élevé au DSM-IV à l'inscription est associé à un taux d'idées suicidaires plus élevé (figure 21)

Figure 21 Idées suicidaires en fonction des scores au DSM-IV (N = 3 044) et au SOGS (N = 2 341) à l'admission



Les proportions de personnes ayant eu des idées suicidaires dans les 12 derniers mois sont sensiblement les mêmes chez les hommes et les femmes. Mais l'analyse de ces données selon l'âge (tableau 8), révèle que ce sont les adultes de 35-54 ans qui en avaient le plus eues lors de leur inscription (53 %). Les personnes de 65 ans et plus sont celles qui ont pensé le moins au suicide avec un pourcentage de 29 %.

Tableau 8 Proportion des personnes inscrites qui ont pensé au suicide au cours des 12 derniers mois selon l'âge (N = 3 200)

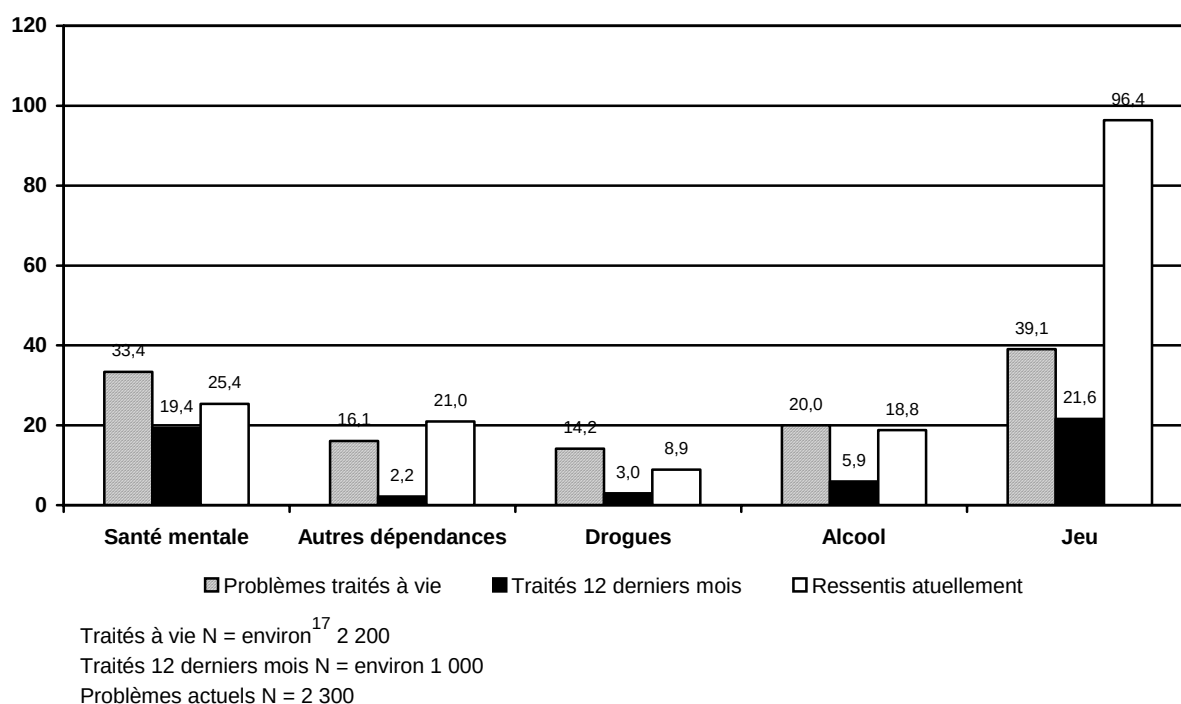
Groupe d'âge	Pensées suicidaires		Aucune pensée suicidaire		Total	
	nombre	%	nombre	%	nombre	%
18-24 ans	66	42,0	91	58,0	157	100,0
25-34 ans	270	47,6	297	52,4	567	100,0
35-44 ans	498	52,8	445	47,2	943	100,0
45-54 ans	495	53,0	439	47,0	934	100,0
55-64 ans	189	40,0	283	60,0	472	100,0
65 ans et plus	37	29,1	90	70,9	127	100,0
Total	1 555		1 645		3 200	

Si on examine 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. Chez les personnes qui jouaient plus d'une fois semaine aux AÉJ, cette proportion est de 53 %. Cette proportion est de 45 % chez celles qui jouent plus d'une fois par semaine à d'autres jeux et elle est de 37 % pour celles qui jouent moins d'une fois semaine à tout type de jeu.

5.3.5. Problèmes de santé traités ou actuels

Notre formulaire sur les caractéristiques des joueurs comporte une dernière série de questions qui demandent aux joueurs de nous indiquer s'ils ont été traités à vie ou dans la dernière année pour certains problèmes de santé, ou s'ils ont présentement ces problèmes de santé. Les catégories de problèmes sont : les problèmes de santé mentale, l'alcoolisme, les toxicomanies, le jeu pathologique et les autres dépendances. Les résultats du monitoring révèlent une clientèle affectée de manière significative.

Figure 22 Problèmes traités à vie, traités dans les douze derniers mois et problèmes concomitants actuels, déclarés par les clients



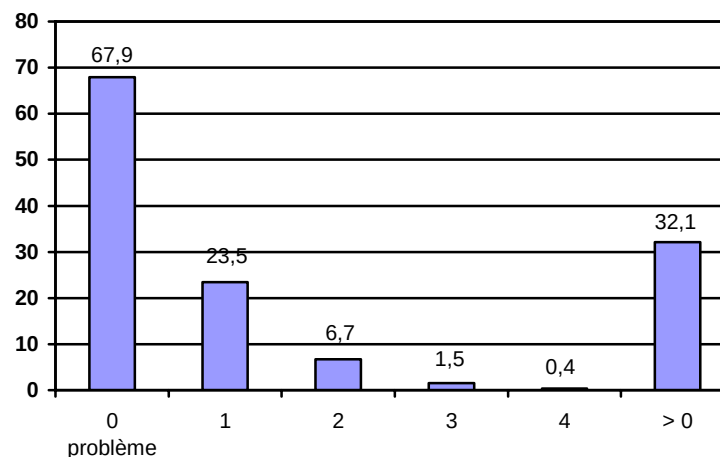
La figure 22 montre que 22 % des joueurs en traitement sont des joueurs ayant déjà reçu un traitement pour le jeu dans la même année. Cette donnée indique qu'une fraction des inscriptions comptabilisées pour les organismes du programme expérimental sont en fait des réinscriptions, pas nécessairement dans le même établissement, mais dans un établissement du programme. Cette fraction n'est assurément pas de 22 %. Il est possible que des joueurs aient consulté préalablement dans d'autres organismes que ceux du programme, qu'ils aient rencontré des professionnels en cabinet privé ou qu'ils interprètent leur participation à un groupe GA-JA comme un traitement. Mais étant donné le caractère récent du développement des compétences de traitement du jeu pathologique dans notre province, développement qui s'est principalement produit dans les organismes du

¹⁷ Lorsque la figure contient plus d'une variable et le nombre de valeurs manquantes diffère quelque peu pour chacune de ces variables, nous indiquons N = « environ » x.

programme expérimental, on peut faire l'hypothèse qu'une part de ce 22 %, impossible à estimer pour le moment, est constituée de cas de réinscriptions dans le programme. De la même manière, on ne peut évaluer l'impact de cette réinscription sur le taux de couverture du programme. Tout ce qu'on peut affirmer est que le taux atteint de 3,9 % est surévalué.

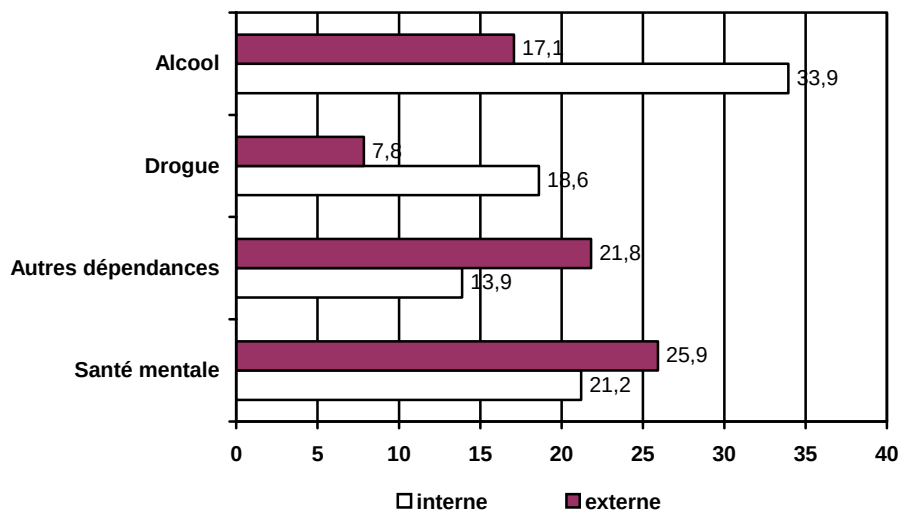
On constate que le tiers des usagers ont déjà été traités pour des problèmes de santé mentale et 20 % dans les douze derniers mois. Le traitement à vie pour les autres problèmes de dépendance se situe entre 14 % (drogues) et 20 % (alcool). Une bonne partie de la clientèle du programme expérimental ne semble pas correspondre à l'image du « joueur pur ». La proportion de clients qui déclarent avoir été traités dans les 12 mois précédant leur inscription pour un problème autres que le jeu (mais limité à l'alcool, les drogues, les autres dépendances et les problèmes de santé mentale) est considérable (voir figure 23). Le tiers des joueurs inscrits (32 %) ont été traités pour au moins un de ces autres problèmes.

Figure 23 Proportion d'usagers qui déclarent avoir été traités pour un ou des problèmes de santé autres que le jeu dans les douze mois précédant leur inscription (N = 2 595)



Pour les problèmes concomitants lors de l'inscription (voir figure 24), on observe que les clients des services internes sont proportionnellement plus nombreux à estimer qu'ils ont un problème d'alcool ou de drogue. Ils sont proportionnellement moins nombreux à déclarer un problème de santé mentale ou de dépendance autre.

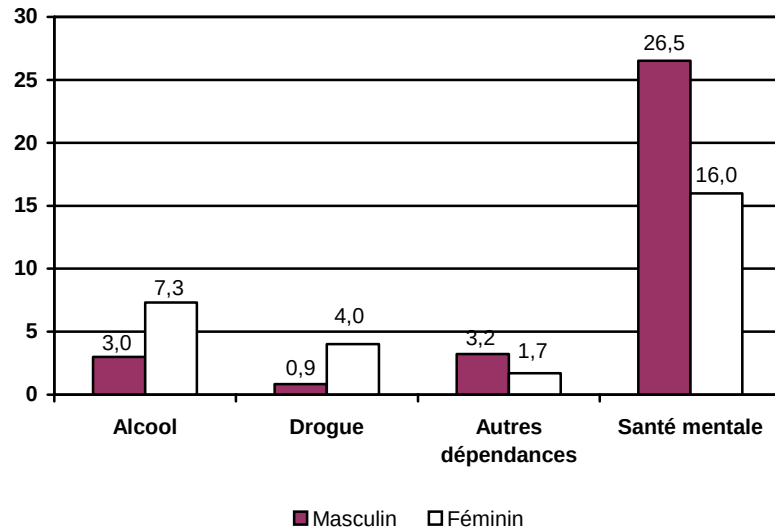
Figure 24 Proportion d'utilisateurs qui déclarent avoir un trouble concomitant au moment de l'inscription, par types de service interne et externe (N = environ 2 000)



On remarque que les femmes sont significativement plus nombreuses à avoir été traitées dans l'année antérieure à leur inscription pour des problèmes de santé mentale, tandis que les hommes sont significativement plus nombreux à s'être fait traiter pour des problèmes de drogue et d'alcool (voir figure 25). Une foule d'hypothèses pourraient être émises concernant l'étiologie de ces problèmes et les mécanismes de recours à l'aide en fonction du sexe. On ne sait pas si ces données indiquent que les femmes sont plus nombreuses à éprouver des problèmes de santé mentale, si elles sont plus nombreuses à recourir à de l'aide pour ce type de problème ou si elles sont plus nombreuses à oser avouer ce type de problème. Le raisonnement inverse ne s'applique pas, puisque la littérature scientifique admet effectivement une proportion plus nombreuse d'hommes toxicomanes et alcooliques¹⁸. Ces données peuvent toutefois éclairer la pratique des intervenants en suggérant un dépistage plus systématique des problèmes concomitants chez certains groupes d'utilisateurs.

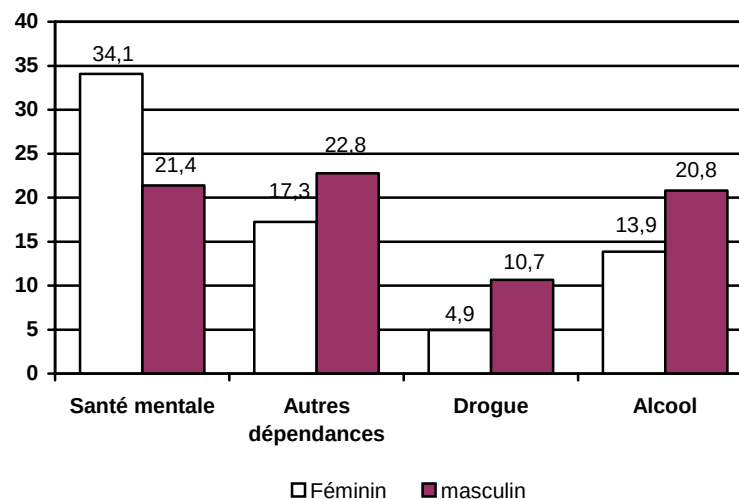
18 http://www.infocentres_rsss.gouv.qc.ca/appl/h33/H33Toxic.asp?Ret=Hab, consulté le 20-08-04

Figure 25 Proportion d'utilisateurs qui déclarent avoir été traités pour un ou des troubles concomitants autres que le jeu dans les douze mois précédant leur inscription, par sexe (N = environ 2 000)



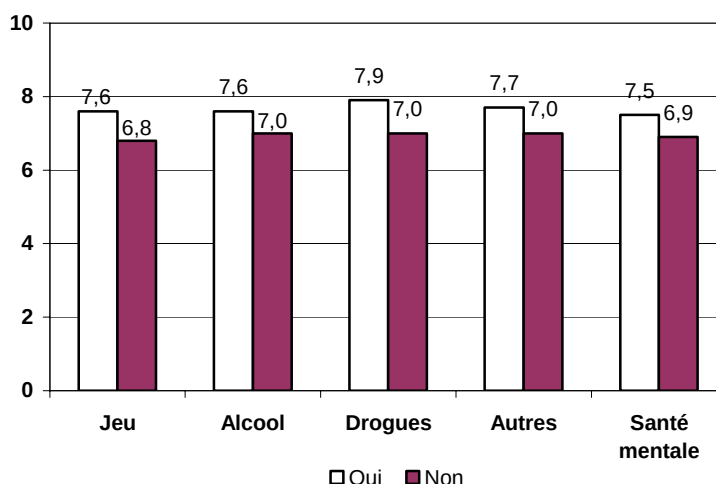
Pour ce qui est des problèmes ressentis au moment de l'inscription (voir figure 26), les hommes sont proportionnellement plus nombreux que les femmes à déclarer des problèmes avec l'alcool, les drogues et d'autres dépendances. Les femmes sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes à déclarer des problèmes de santé mentale, ce qui est cohérent avec les données précédentes pour 12 mois.

Figure 26 Proportion d'utilisateurs qui déclarent avoir un trouble concomitant au moment de l'inscription selon le sexe (N = environ 2 000)



Finalement, le DSM-IV à l'inscription est significativement plus élevé pour les personnes qui estiment avoir actuellement différents problèmes (voir figure 27). Ceux qui ont d'autres problèmes que le jeu, cotent à un niveau plus élevé de gravité sur l'échelle du DSM-IV, laissant penser soit à une sensibilité du DSM-IV à d'autres dépendances, soit au fait que les autres dépendances puissent constituer des facteurs aggravant les symptômes de jeu pathologique.

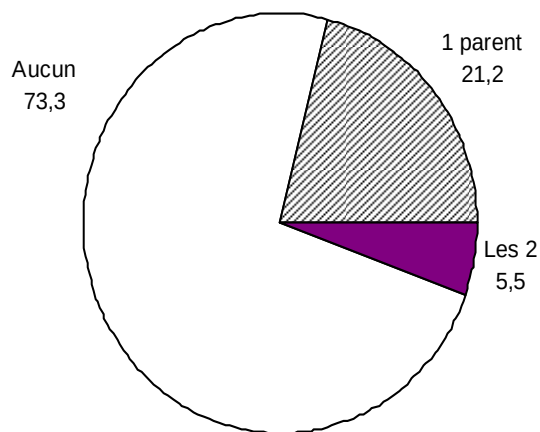
Figure 27 DSM-IV à l'admission pour les personnes traitées pour différents problèmes dans les 12 mois précédant l'admission (N = environ 1 100)



5.3.6. Les relations familiales : le passé et le présent

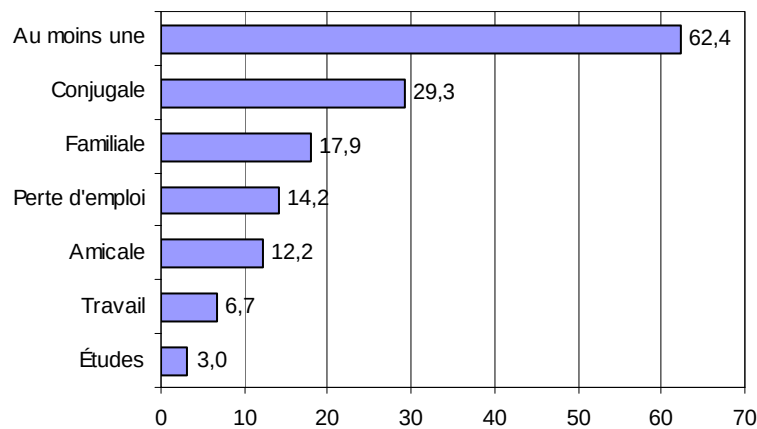
Un peu plus du quart, soit 27 % des joueurs pathologiques en traitement, estiment que l'un ou l'autre ou leurs deux parents ont ou ont eu un problème de jeu. Certains joueurs sont donc dans un processus de reproduction de comportements connus.

Figure 28 Problème de jeu des parents (N = 2 615)



Par ailleurs, le jeu a affecté ou affecte présentement un ensemble de relations avec les parents, les amis ou d'autres personnes du milieu de travail. Il faut ainsi noter que 62 % des usagers estiment avoir mis en danger ou perdu une relation affective importante. Dans le tiers des cas, la relation conjugale a été mise en danger ou perdue; dans 20 %, les liens avec la famille ont été affectés. Près de 15 % des joueurs traités associent une perte d'emploi à leur problème de jeu.

Figure 29 Taux d'usagers qui estime avoir mis en danger ou perdu une relation affective importante, un emploi ou des possibilités d'étude ou de carrière à cause du jeu (N = 2 939)



5.4. Références et participation au programme

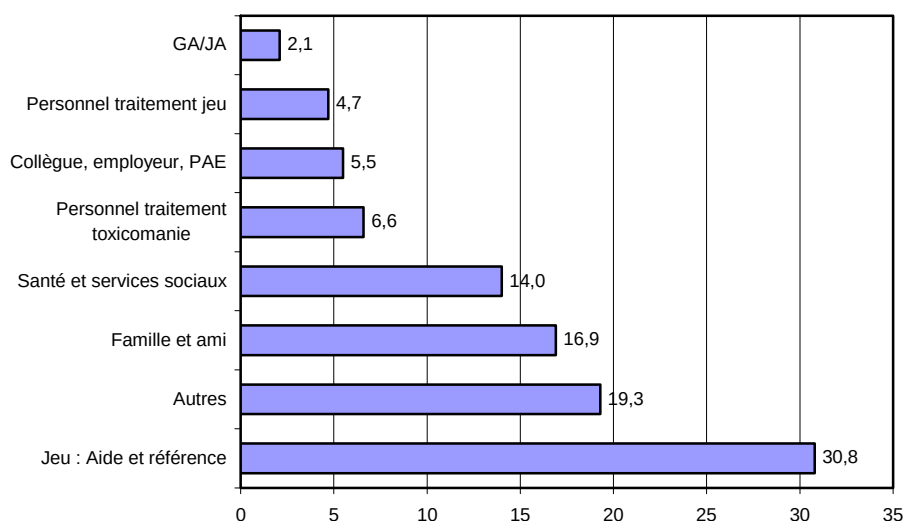
Dans cette section, nous allons examiner le fonctionnement du programme du point de vue du réseau de références qui alimente et soutient les organismes de traitement. Nous allons aussi présenter les résultats opérationnels du programme en ce qui concerne principalement les taux de complétion et d'abandon.

5.4.1. Sources et destinations de référence

Lors de leur inscription au programme, il est demandé aux participants de préciser la source de la référence qui est à l'origine de leur orientation vers la ressource thérapeutique où ils s'inscrivent. La distribution des différentes sources de référence révèle que presque une personne sur trois a reçu l'information de la ligne *Jeu : aide et référence* (voir figure 30). Cette source de référence est plus importante pour la région métropolitaine de Montréal (de 30 à 40 % des références), un peu moins pour la région de Québec et du Bas St-Laurent (autour de 20 %) et nettement moins pour l'Outaouais et la Gaspésie (environ 10 %). Parmi les autres sources rapportées, par ordre d'importance, on retrouve la famille ou un ami (16,9 %), les organismes de santé et services sociaux (14,0 %), le personnel d'un centre de

traitement pour l'alcoolisme et la toxicomanie (6,6 %), les collègues, employeurs ou services d'aide aux employés (5,5) et le personnel d'un centre de traitement du jeu (4,7 %).

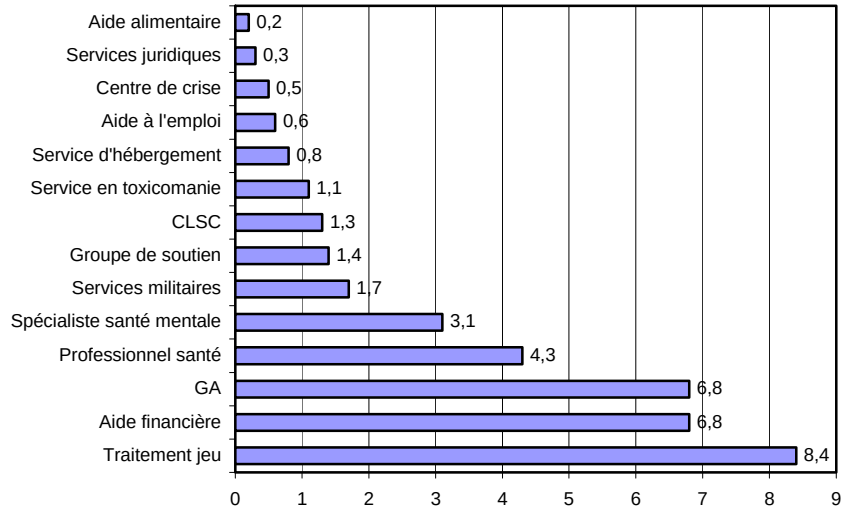
Figure 30 Fréquence des différentes sources de référence qui sont à l'origine de l'orientation des personnes vers les services dispensant le programme expérimental de traitement du jeu pathologique



Vingt pour cent des personnes ont été référées de sources « autres ». 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.

Pour ce qui est de la référence des organismes de traitement vers d'autres services, l'ampleur des transferts qui nous ont été mentionnés semble faible (voir figure 31), soit parce que les centres les dispensent eux-mêmes ou encore, ce qui est mentionné dans les entrevues avec les intervenants, parce que le réseautage et l'intégration entre ces services est à un stade embryonnaire. Les destinations de référence les plus mentionnées touchent des services fortement reliés au jeu, soit un traitement complémentaire pour le jeu, de l'aide financière et les GA.

Figure 31 Fréquence des différentes destinations de transfert des services dispensant le programme expérimental de traitement du jeu pathologique vers d'autres services (N = 3 518)



5.4.2. Complétions, abandons et suivis

Globalement, près de 44 % des joueurs traités ont complété le programme. Un peu plus de 56 % ont abandonné. Ces proportions sont très différentes selon qu'on participe à un traitement externe ou interne (voir tableau 9). Les personnes qui ont reçu les services en interne ont complété dans une proportion de 95 % le programme de traitement comparativement à 35 % chez les personnes en externe. L'abandon est donc plus important pour les services externes. Il se situe à 65 % bien qu'une fraction importante de cet abandon soit signifié (27 %), annoncé et parfois discuté avec le joueur qui quitte. Ce taux élevé d'abandon en externe fait partie des difficultés de traitement de cette dépendance en dehors d'un milieu protégé de l'exposition aux facteurs de risque. Il est reconnu comme tel dans la majorité des études sur le sujet.

Tableau 9 Proportion des personnes inscrites selon la complétion du traitement et le type de services dispensés (N = 3 903)

Complétion au traitement	Type de service dispensé			
	Externe		Interne	
	nombre	%	nombre	%
Complété	1 167	35,0	535	94,5
Abandon signifié	900	27,0	23	4,1
Abandon non signifié	1 270	38,1	8	1,4
Total	3 337	100,0	566	100,0

En interne, les hommes abandonnent plus que les femmes avec une marge mince mais significative. En externe, la complétion augmente avec l'âge et les célibataires abandonnent davantage que les autres. Les personnes qui ont complété des études collégiales ou universitaires sont proportionnellement plus nombreuses à compléter le traitement, de même que celles qui sont en emploi et celles qui tiennent maison ou sont retraités. Les personnes qui ont les dettes les plus élevées et celles qui ont les dettes les moins élevées sont plus susceptibles d'abandonner le traitement.

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 intéressantes (voir tableau 10). 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 n'indique pas de problème de jeu pathologique.

Tableau 10 Proportion des personnes inscrites selon la complétion du programme et selon la présence d'un problème de jeu au DSM-IV à l'inscription

Complétion au traitement	Problème de jeu pathologique au DSM-IV			
	non		oui	
	nombre	%	nombre	%
Complété	112	32,4	1 434	45,2
Abandon signifié	94	27,2	578	18,2
Abandon non signifié	87	25,1	766	24,2
Manquant	1	0,3	11	0,4
Encore actif	52	15,0	383	12,1
Total	346	100,0	3 172	100,0

Pour le SOGS, il est impossible de tirer les mêmes conclusions car la presque totalité des personnes inscrites au programme sont classées dans la catégorie de « joueur pathologique probable ».

Si on examine la complétion du traitement en fonction du type et de l'intensité de jeu (voir tableau 11), 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 11 Proportion des personnes inscrites selon la complétion du 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	863	47,2	125	39,4	209	36,7
Abandon signifié	311	17,0	50	15,8	102	17,9
Abandon non signifié	437	23,9	74	23,3	140	24,6
Manquant	5	0,3	0	0,0	0	0,0
Encore actif	211	11,6	68	21,5	119	20,89
Total	1 827	100,0	317	100,0	570	100,0

Au regard de la complétion du traitement, il est aussi intéressant d'examiner le nombre moyen de rencontres en thérapie et la durée moyenne de traitement (tableau 12). En moyenne, un traitement en interne dure 30 jours pendant lesquels les usagers ont, toujours en moyenne, 70 rencontres thérapeutiques. Par ailleurs, le traitement en externe présente un profil tout à fait différent. Les personnes qui complètent le traitement auront participé à 27 séances de thérapie dans un intervalle moyen de 137 jours (environ 19 semaines). Les personnes qui ont entamé un traitement et ne l'ont pas terminé ont un nombre moindre de rencontres thérapeutiques (6,5 dans le cas des personnes qui ont signifié leur abandon et 6,0 pour ceux à ne pas l'avoir signifié). La durée du traitement est aussi de plus courte durée (68 jours en moyenne pour ceux qui signifient leur abandon et 66 pour ceux qui abandonnent sans le signifier).

Bien qu'il y ait des personnes qui abandonnent en tout début de parcours, nous observons qu'en moyenne les personnes qui laissent leur traitement ont quand même assisté à plusieurs rencontres et ont pu se faire une idée du contenu des approches thérapeutiques proposées.

Tableau 12 Nombre moyen de rencontres en thérapie et durée moyenne du traitement selon la complétion au programme expérimental du jeu pathologique (N = 3 903)

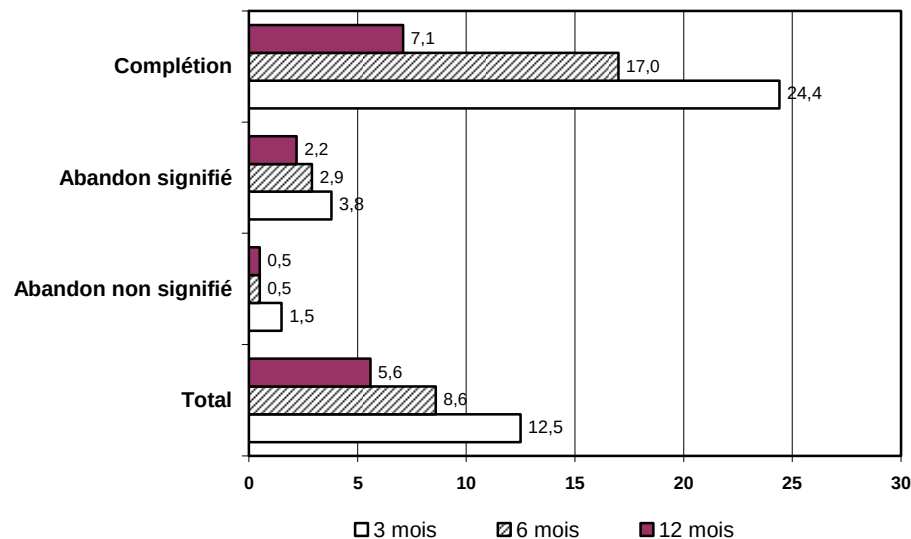
Complétion au traitement	Interne				Externe			
	Nombre de rencontres en thérapie		Durée du traitement		Nombre de rencontres en thérapie		Durée du traitement	
	Moyenne	Nombre de personnes	Durée moyenne (jours)		Nombre de personnes	Moyenne	Nombre de personnes	Durée moyenne (jours)
Complété	339	70,1	535	29,3	1 153	26,6	1 167	136,9
Abandon signifié	20	16,6	23	10,6	808	6,5	900	68,4
Abandon non signifié	2	3,5	8	10	1 171	6,0	1269	65,5

Sur le plan des efforts pour relancer les personnes qui ont abandonné, le bilan est plutôt limité. Les organismes de traitement ont tenté de rejoindre 289 personnes, ce qui correspond à 23 % des abandons non signifiés et à 13 % du total des abandons. Sur ces 289 tentatives, 194 personnes n'ont pu être rejointes, ce qui signifie que 67 % des tentatives ont échoué pour ce motif. Sur les 95 personnes qui ont pu finalement être rejointes, et qui constituent 4,3 % des personnes qui ont abandonné, 7 personnes ont refusé de collaborer davantage. 88 personnes ont donc finalement complété le questionnaire d'abandon, avec un taux de collaboration de 93 %, ce qui est excellent. La distribution de ces personnes selon le sexe, l'âge et la scolarité ne diffère pas de l'ensemble des personnes en traitement. Toutes les entrevues d'abandon ont été menées auprès de personnes qui ont suivi un traitement en externe. Les résultats suivants portent sur les 88 personnes pour lesquelles nous détenons de l'information.

Pour 17 % de ces personnes, l'absence au traitement est considérée temporaire. Parmi celles qui déclarent avoir abandonné (83 %), les deux tiers (67 %) n'entendaient pas reprendre un traitement plus tard. Au moment de l'administration du questionnaire d'abandon, la moitié (51 %) de ces personnes jouait toujours à des jeux de hasard et d'argent. Parmi ceux qui jouaient, plus de la moitié (57 %) jouait moins d'une fois par semaine et 43 % jouait au moins une fois par semaine. Il n'y a pas de différence dans la participation au jeu selon que les personnes qui ont abandonné aient délaissé temporairement ou définitivement le traitement, non plus qu'il n'y a de différence selon qu'elles estiment un jour retourner en traitement ou non. L'absence temporaire ou définitive ainsi que le désir de reprendre éventuellement un traitement n'est pas non plus associé au fait d'avoir une dette de jeu, ni à l'ampleur de cette dette, ni à celui d'avoir eu recours à d'autres services depuis l'abandon, ni à la participation à un groupe GA.

Finalement, les difficultés de la relance, le choix de ne pas relancer ou d'y mettre moins d'efforts semblent se manifester aussi dans le cas des suivis post-traitement. Les proportions de joueurs suivis sont faibles (voir figure 32). Pour les joueurs qui ont complété le traitement, le suivi à 3 mois est de 24 %. Il tombe à 17 % à 6 mois; à 7 % à 12 mois.

Figure 32 Proportions des suivis post-traitement



Il faut rappeler que les suivis post-traitement dans le programme du CQEPTJ devaient correspondre à un effort spécifique pour rejoindre les joueurs qui ont complété leur traitement et vérifier le maintien de leurs acquis, ce qui devait se faire par la réponse à certains des tests d'évaluation utilisés à l'inscription et au congé. Dans la mesure où ces tests n'ont pas été remplis, nous avons considéré qu'il n'y avait pas eu de suivi post-traitement. Si des intervenants ont décidé de ne pas utiliser ces tests ou que les clients n'ont pas voulu y répondre, cela ne signifie donc pas qu'il n'y a eu aucun suivi. La nature du suivi post-traitement demeure une question fondamentale pour la qualité du traitement et de ses effets. Cette question n'a pas été suffisamment débattue et précisée, ni dans la formation des intervenants, ni dans les orientations du programme expérimental. Le choix est demeuré dans les mains des organismes ou des intervenants eux-mêmes. On ne peut que constater qu'un faible taux d'utilisation des outils d'évaluation dans le cadre des suivis post-traitement rend le monitoring des résultats du programme difficile et fragile.

5.5. La comparaison des problèmes de jeu entre le pré et le post-traitement

La mesure des problèmes au congé et dans les suivis post-traitement au regard de celle prise à l'inscription constitue une des bases de comparaison qui permet de juger jusqu'à quel point le programme d'évaluation et de traitement des joueurs pathologiques a permis l'amélioration de la condition de l'utilisateur concernant les problèmes de jeu. Outre les

mesures effectuées à l'aide du DSM-IV, nous avons également retenu au terme du traitement les mesures d'intensité du jeu, exprimée par le nombre de séances de jeu, les heures passées à jouer et les mises effectuées la semaine précédant la réponse au questionnaire, de même que, s'il y a lieu, la dette de jeu. La présence d'idées suicidaires et les tentatives de suicide ont également été retenues comme indicateurs. Nous allons rendre compte de ces comparaisons pré-post traitement dans cette section. Il est à noter qu'un suivi et une description de la trajectoire de chacune des personnes admises en traitement étaient, pour des raisons éthiques et méthodologiques, impossible. Par conséquent, en raison du fort taux d'abandon, il est probable que le portrait qui émane des mesures prises en fin de traitement ne rende pas compte des cas les plus difficiles et des personnes les plus hypothéquées et n'est pas représentatif de la totalité des joueurs pathologiques qui ont entamé un traitement. Il révèle strictement le profil des personnes qui non seulement ont entamé un traitement mais qui l'ont mené à terme, soit 35 % des joueurs traités en externe et 94,5 % des joueurs traités en interne, et dont le dossier était complet.

5.5.1. DSM-IV

Dans le cadre du programme expérimental du traitement du 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.

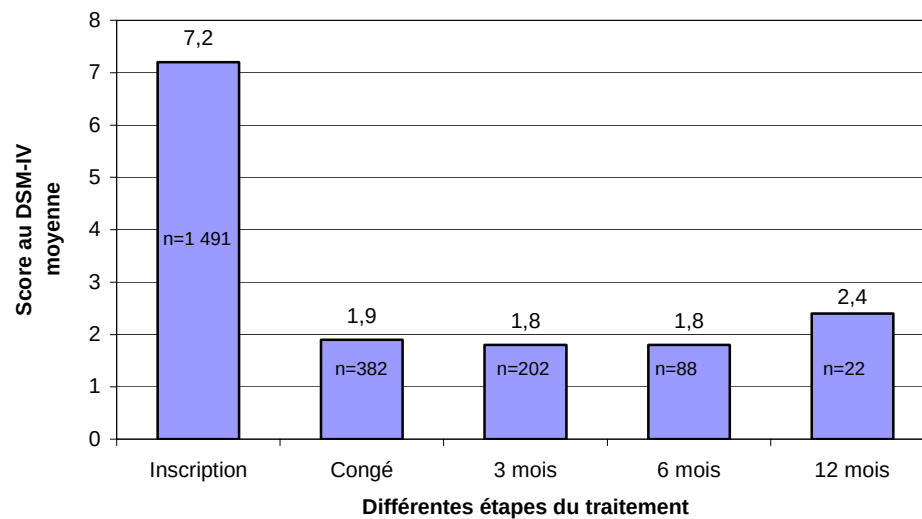
L'analyse des scores au DSM-IV nous indique que 82 % des personnes qui se sont inscrites au traitement se retrouvent au congé en deçà du seuil de joueur pathologique (voir tableau 13). Parmi celles-ci, 74 % avaient obtenu un score de joueur pathologique à l'inscription. Environ 16 % des joueurs pathologiques à l'inscription n'avaient pas amélioré leur statut au congé. Une petite proportion de joueurs inscrits (1,4 %), qui n'avaient pas un score de joueur pathologique au début, ont connu une détérioration en cours de traitement.

Tableau 13 Proportion des personnes inscrites selon le score au DSM-IV à l'inscription et au congé (N = 888)

		Problème de jeu pathologique au DSM-IV au congé		
		non	oui	Total
Problème de jeu pathologique au DSM-IV à l'inscription	non	72 (8,1 %)	12 (1,4 %)	84 (9,5 %)
	oui	660 (74,3 %)	144 (16,2 %)	804 (90,5 %)
	Total	732 (82,4 %)	156 (17,6 %)	888 (100 %)

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 33). 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 augmentent légèrement entre les suivis 3 mois et 6 mois, c'est-à-dire de 1,8 à 1,8. On observe une légère baisse non significative 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 rappeler que ce n'est pas la totalité des personnes inscrites et ayant complété le traitement qui ont accepté de participer au suivi.

Figure 33 Moyenne des scores au DSM-IV à différentes étapes du traitement chez les personnes inscrites au programme



5.5.2. L'intensité du jeu

L'intensité du jeu peut être appréhendée de plusieurs façons. Dans le cadre de notre monitoring, nous avons utilisé quatre indicateurs tirés de données recueillies lors de l'inscription au traitement, du congé et des suivis post-traitement à 3 et 6 mois. Ces indicateurs sont :

- le nombre moyen de fois que les personnes ont joué la semaine précédant la réponse au questionnaire;
- le temps moyen (en heures) pour la même période;
- la moyenne des mises (en \$) pour la même période.

Le tableau suivant résume les résultats obtenus pour ces trois indicateurs à quatre niveaux de comparaison : entre l'inscription et le congé, entre le congé et chacun des trois suivis.

Tableau 14 Intensité du jeu à l'inscription, au congé et aux suivis post-traitement

		Nombre moyen de séances de jeu		Nombre moyen d'heures de jeu		Moyenne des mises effectuées (\$)	
		Moyenne	N	Moyenne	N	Moyenne	N
Inscription	Complété	1,4	1 285	4,8	1 268	451	1 289
	Abandon	2,2	1 426	5,2	1 362	448	1 404
	Total	1,7	3 163	4,9	3 058	449	3 128
		Variation	N	Variation.	N	Variation	N
Inscription – congé		1,3 à 0,2 NJP/D* 93 %	813	4,8 à 0,7 NJP/D* 92 %	727	460 à 51 NJP/D* 93 %	796
Congé - suivi 3 mois		0,2 à 0,4 NJP/D* 79 %	381	0,3 à 1,4 NJP/D* 79 %	321	25 à 85 NJP/D* 80 %	369
Congé - suivi 6 mois		0,2 à 0,6 NJP/D* 76 %	221	0,4 à 1,9 NJP/D* 73 %	193	25 à 119 NJP/D* 75 %	217

* NJP/D : proportion de ceux qui n'ont pas joué ou ont diminué.

Ces résultats nous montrent qu'entre l'inscription et le congé il y a diminution de l'intensité du jeu sur les trois indicateurs. Cette diminution se manifeste chez une majorité de joueurs (93 %) qui ne jouent pas ou ont diminué leurs comportements de jeu. Par ailleurs, pour la période entre le congé et les suivis 3 mois, de même que celle entre le congé et le suivi 6 mois, on constate globalement une résurgence de l'intensité mais elle ne dépasse pas la moitié de ce qu'elle était à l'inscription et elle est le fait du quart des clients.

À cause du choix de certains organismes ou intervenants de ne pas faire ou recueillir des données dans les suivis post-traitement, à cause aussi de la difficulté même de mobiliser les usagers pour un tel suivi, on aura constaté que les nombres de clients pour lesquels nous disposons de données diminuent avec le temps. Il est donc difficile de faire porter nos résultats sur l'ensemble des joueurs traités dans le programme expérimental. Il demeure toutefois que, dans les suivis, on observe une fraction constante et majoritaire de joueurs (environ les trois-quarts) qui arrive à maintenir les acquis du programme. Une autre fraction (environ le quart) n'y arrive tout simplement pas.

5.5.3. Les idées suicidaires

La variation de la proportion des joueurs traités qui ont eu des idées suicidaires ou fait des tentatives de suicide dans l'année précédant la réponse aux questionnaires d'évaluation a aussi été retenue pour examiner les changements possiblement attribuables au programme.

Nous examinons cette variation pour les mêmes périodes que celles de la section précédente : de l'inscription au congé, du congé à chacun des deux suivis post-traitement.

Globalement, on constate une diminution des idées suicidaires pour chacune des périodes, de même qu'une diminution des tentatives de suicide pour les deux premières périodes. De l'inscription au congé, la proportion des joueurs avec des idées suicidaires passe de 43 % à 35 %. Du congé au suivi 3 mois, elle varie de 32 % à 28 %. Elle passe de 41 % à 27 % pour la période du congé au suivi 6 mois. En ce qui concerne les tentatives de suicide, il y a diminution de l'inscription au congé (de 7 % à 6 %) et du congé au suivi 3 mois (de 4 % à 3 %), mais augmentation du congé au suivi 6 mois (de 5 % à 6 %).

Tableau 15 Idées suicidaires et tentatives de suicide à l'inscription, au congé et aux suivis post-traitement

	Idées suicidaires	N	Tentatives de suicide	N
Inscription-congé	42,8 % à 35,4 %	296	6,6 % à 6,1 %	295
Congé- suivi 3 mois	31,5 % à 27,9 %	133	4,1 % à 3,1 %	132
Congé-suivi 6 mois	41,3 % à 26,9 %	70	4,8 % à 6,3 %	69

Là encore, le nombre de clients pour lesquels nous avons des données diminue avec le temps. Nous pouvons penser aussi que les clients suivis sont des cas « plus légers » puisque les pourcentages à l'inscription pour l'ensemble des joueurs sont respectivement de 49 % pour les idées suicidaires et de 10 % pour les tentatives de suicide. Les données sur le suicide présentent aussi un problème particulier puisque les questions sont formulées en se référant à l'année précédente alors que le traitement peut durer moins de 12 mois et que les suivis post-traitement sont aux 3 mois. Les repères temporels n'étant pas disjoints, il ne s'agit pas nécessairement de mesures indépendantes.

Que retient-on des analyses de l'évolution de l'intensité de jeu? Il s'agit d'une mesure importante qui nous permet d'estimer l'efficacité du traitement eu égard aux effets sur l'intensité du jeu. Si le seul objectif du traitement était de réduire la fréquence de jeu, le temps de jeu, les mises, alors cet indicateur serait particulièrement pertinent. Il s'agit cependant d'analyses très partielles qui ne s'attardent qu'à certains aspects de l'efficacité du traitement. Si le but du traitement est la réduction des méfaits, ces résultats ont encore un sens. Mais si on cherche à améliorer la qualité de vie du client, alors ces indicateurs ne nous montrent en rien le chemin parcouru ou à parcourir. Le fait saillant demeure la quantité de données manquantes surtout pour les suivis.

6. CONCLUSION

6.1. Évolution des inscription et taux de couverture

Les deux tiers des 4 310 dossiers traités dans le processus de monitoring (mai 2001 à décembre 2003) proviennent de la région métropolitaine de Montréal (Montréal, 38 %; Montérégie 22 %, Laval 7 %). L'autre tiers se répartit de la façon suivante : Québec 10 %, Chaudière-Appalaches 13 %, Outaouais 6 %, Bas St-Laurent 3 % et Gaspésie 1 %. La proportion plus élevée de joueurs dans la région Chaudière-Appalaches que dans celle de Québec s'explique par le fait que cette région a été au début de la période de monitoring un pôle d'attraction pour les autres régions pour l'obtention de services internes. En fait plus de 60 % de la clientèle de la région provient de l'extérieur alors que la moyenne pour l'ensemble des régions est de 20 %. En excluant le premier et le dernier mois de la période de monitoring, la moyenne mensuelle des inscriptions se situe à 139 joueurs. Cette moyenne a eu tendance à baisser avec le temps, passant, pour les trimestres septembre-octobre-novembre des trois années d'observation, de 151 à 114.

Le taux de couverture souhaité par le MSSS au début du programme était de 3 % des joueurs pathologiques dans la population. Notre estimation situe le taux de couverture atteint à environ 4 %. Ce résultat positif doit toutefois être nuancé par le fait que les cas traités incluent une fraction (non connue de manière précise mais qu'on peut estimer se situer entre 15 et 30 %) de réinscriptions et ne touchent pas nécessairement des joueurs éligibles sur le plan de la gravité des problèmes (environ 10 %). Notre calcul touche en plus les inscriptions et non les complétions (56 % ont abandonné le programme). Ceci dit, il faut savoir interpréter ces réalités pour ce qu'elles sont. Les taux d'abandon sont élevés dans les processus de traitement des dépendances. Et les abandons ne sont pas nécessairement des échecs de traitement. Ils sont parfois le résultat d'une guérison précoce ou du choix d'aller vers une autre alternative de traitement. Et même s'il s'agit d'un échec, il est parfois temporaire et conduit éventuellement à une réinscription et une complétion du programme. On peut aussi être plus compréhensif sur la question du 10 % de joueurs inscrits non éligibles. Les grilles d'évaluation ne sont pas infaillibles et, de plus, il est difficile de ne pas répondre aux besoins d'un joueur qui pense s'être engagé sur la pente de la dépendance chronique. Les organismes de traitement ne font finalement qu'intégrer à leurs services des pratiques cliniques préventives, objectif d'intégration « à la mode », s'il en est un. Il n'est pas question ici de nier le fait que nos résultats soulèvent l'importance et la difficulté de rejoindre et retenir les joueurs dans le traitement jusqu'à sa complétion. Il faut effectivement accorder plus de place à cette question dans les efforts pour améliorer les services de traitement. Même si le taux de couverture réel était plutôt de l'ordre de 2,5 à 3 %, le résultat atteint se situerait toujours à portée de l'objectif fixé.

6.2. Les caractéristiques sociales des joueurs

Les usagers des services de traitement sont donc pour les deux tiers des hommes, conformément à la proportion dans la population de joueurs pathologiques. Ceci concorde également avec les données provenant d'autres juridictions. Ces usagers ont majoritairement entre 35 et 44 ans, suivis de près par le groupe des 45-54 ans. Ce qui étonne cependant, et qui doit être retenu dans l'optique d'une meilleure publicisation des services, c'est que, d'une part, les joueurs entre 18 et 34 ans sont proportionnellement moins enclins à chercher de l'aide que les autres groupes d'âges, et que d'autre part, les femmes plus âgées sont sur-représentées dans les services. Cette différenciation sexuelle-générationnelle s'observe dans la majorité des systèmes de monitoring recensés.

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

Nous pensons que la sous représentation dans les services de traitement de personnes avec conjoint peut être le symptôme de l'isolement social auquel mène le jeu pathologique, surtout lorsque celui-ci est causé par la pratique des appareils électroniques de jeu, un jeu en soi éminemment solitaire et dont l'effet toxicomanogène est accentué et rapide. La problématique de l'isolement social ou de la solitude apparente des joueurs gagnerait à être reconnue dans le discours et intégrée dans la thérapie à une étape précoce du traitement. Elle justifie et dicte le renforcement de l'initiative des groupes de support qui précèdent, accompagnent ou suivent la thérapie, initiative qui a été prise par certains centres de traitement durant la phase d'implantation du programme expérimental (voir le rapport 11). Un argument supplémentaire est apporté au fait que les célibataires sont significativement plus nombreux à abandonner le traitement.

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

Les données socio-démographiques posent aussi la question de la notoriété des services chez les joueurs les plus jeunes. Pourquoi ne les rejoint-on pas? Se peut-il que leur santé physique, psychologique et financière ne soit pas suffisamment altérée pour qu'ils éprouvent l'urgence de se faire traiter? Il est possible aussi qu'ils estiment pouvoir encore contrôler leur pratique de jeu ou recourir à l'autoguérisson. Un autre élément qui reste en suspend est le suivant. Pourquoi sont-ils plus nombreux à abandonner (en services externes)? Possiblement pour les mêmes raisons, mais il faudrait néanmoins s'interroger sur la nécessité et la possibilité d'adapter aux jeunes les démarches actuelles de traitement.

6.3. Les problèmes concomitants des joueurs

Un des faits saillants de l'analyse des données sur les caractéristiques des usagers est sans contredit l'importance des troubles concomitants. Rappelons que 25 % des usagers à l'inscription éprouvent des problèmes de santé mentale (traitement antérieurs : 33 %), 21 % d'autres dépendances (traitements antérieurs : 16 %), 9 % de la dépendance aux drogues (traitement antérieurs : 14 %) et 19 % de la dépendance à l'alcool (traitements antérieurs : 20 %). Au total, la proportion d'usagers qui déclarent avoir été traitée pour un ou des troubles concomitants autres que le jeu dans les douze derniers mois est de 49 %. Par conséquent, les comorbidités demeurent nombreuses au sein de la clientèle. D'un point de vue pragmatique, ceci devrait avoir une implication fondamentale sur la nature et le déroulement du traitement, de même que sur l'intégration des soins pour le jeu au sein du plus vaste réseau des services de santé.

Nos données démontrent également que la déclaration de traitements antérieurs pour problèmes de santé mentale est plus élevée chez les femmes, tandis que les hommes, eux, sont significativement plus nombreux à s'être fait traiter pour des problèmes d'alcool ou de drogues. Est-ce révélateur de mécanismes différenciés d'adaptation ou de réaction aux problèmes de jeu ou est-ce que le jeu pathologique est lié à des facteurs de vulnérabilité distincts chez les hommes et les femmes? On ne peut établir de rapport causal dans ce cas-ci. Cette réalité dicte cependant l'importance de préconiser une détection systématique de ces troubles concomitants, puisque leur perpétuation peut entraver le rétablissement global de l'usager. Encore une fois, la possibilité pour les intervenants de demander un diagnostic médical rapide et, au besoin, de référer à des services spécialisés doit être normalisée. Il est difficile de dire pour le moment si les références vers un professionnel de la santé dans 4 % des cas ou vers un spécialiste en santé mentale dans 3 % des cas constituent des taux faibles. Dans le cas des services internes, où la proportion de joueurs avec des problèmes d'alcool ou de drogues est plus forte qu'en externe, ces dispositions pourraient être encore plus systématiques.

6.4. Les problèmes de jeu des joueurs

L'étape de l'évaluation des joueurs à l'inscription permet notamment de jauger de l'intensité des problèmes de jeu proprement dits. Au SOGS, les femmes et les hommes ont une moyenne respective de 11,7 et de 11,8, tandis qu'au DSM-IV la moyenne est de 7,1 pour chacun des deux sexes¹⁹. Au DSM-IV, seuls 1,9 % des usagers ne présentent que de 0 à 2 symptômes, et 7,9 % de 3 à 4 symptômes, ce qui signifie que 90 % des usagers du programme expérimental atteignent le score de problème de jeu pathologique probable. La réalité d'un 10 % de joueurs sous le seuil de joueur pathologique probable ne doit pas nécessairement être totalement interprétée comme la présence de joueurs non éligibles. Les intervenants ont largement commenté²⁰ cette question en précisant que les outils d'évaluation utilisés pouvaient ne pas détecter tous les joueurs pathologiques (l'hypothèse inverse des faux positifs est aussi plausible), en particulier les femmes âgées isolées dont la problématique de joueuse semble être mal cernée par ces instruments. Ils ajoutent que l'effort chez le joueur de venir chercher de l'aide, de même que la possibilité de travailler de manière préventive avec des cas moins lourds, méritent une certaine flexibilité quant aux critères d'éligibilité de la clientèle. La question demeure ouverte toutefois entre les tenants d'une sélection plus serrée des joueurs pathologiques et ceux d'une ouverture préventive à des joueurs moins dépendants du problème (si on se fie aux outils d'évaluation). En fin de compte, la vraie question à poser est d'abord celle des services adéquats à offrir à ce type de joueurs. Doit-on leur dessiner une intervention spécifique autre que le programme de traitement complet? Une fois cela précisé, il sera toujours temps de discuter des lieux de soutien et traitement où elles peuvent être reçues ou dirigées.

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

Ce clivage interne-externe est aussi visible dans les données complémentaires. Dans la semaine précédant l'inscription, les mises moyennes, le montant dépensé au jeu, les idées suicidaires (et, nous l'avons vu, les problèmes de consommation de drogues et d'alcool) sont significativement plus marquées chez les joueurs en traitement dans les services internes.

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

20 Au Forum du 30 septembre 2003.

Ces résultats sont sans doute en partie²¹ le reflet des coordinations régionales et des pratiques des organismes de traitement pour aiguiller les joueurs les plus problématiques vers les services internes.

6.5. Durée et complétion du programme

Au total, 44 % des joueurs traités complètent leur traitement. Cela signifie que le taux d'abandon est 56 %. Cette répartition varie énormément selon qu'on est en externe ou en interne. Le taux de complétion en interne est de 95 % alors qu'il n'est que 35 % en externe. Cette différence est reconnue dans la littérature du traitement du jeu depuis longtemps. L'encadrement, la protection et l'isolement procurés par un service en résidence sont assurément des facteurs favorables à la rétention des clients dans le programme. En externe, la complétion augmente avec l'âge et la scolarité. Ceux qui sont des joueurs pathologiques probables, selon le DSM-IV, ont plus de chances de compléter le traitement que ceux qui ne le sont pas.

En moyenne, un traitement complété en interne dure 30 jours et mobilise les joueurs autour d'une moyenne de 70 rencontres. En externe, le portrait est tout à fait différent. Ceux qui complètent le programme ont en moyenne participé à 27 rencontres sur une période moyenne d'un peu plus de 19 semaines. Ceux qui ont abandonné le traitement ont assisté en moyenne à environ 6 rencontres sur une période d'un peu plus de deux mois.

6.6. La variation des problèmes de jeu entre l'inscription et les suivis post-traitement

Une analyse des scores des usagers au DSM-IV montre que la gravité du problème a effectivement été réduite au terme du traitement. Ainsi, 74 % des personnes qui présentaient un problème de jeu pathologique selon le DSM-IV se retrouvent en deçà de ce seuil au moment du congé, tandis que pour 16 % d'entre elles, le problème résiste à l'intervention. Si le score moyen est de 7,1 à l'admission, il descend à 1,9 au congé, mais remonte par la suite jusqu'à 2,3. Ceci laisse penser que les effets bénéfiques du traitement pour une fraction des joueurs sont de durée limitée.

Sur le plan de l'intensité du jeu, les principaux indicateurs que sont le nombre moyen de séances de jeu, le nombre moyen d'heures de jeu et la moyenne des mises effectuées diminuent entre l'inscription et le congé. La diminution d'intensité est constatée chez une majorité de joueurs (environ 93 %). Elle est toutefois de courte durée puisqu'on constate une augmentation par la suite pour les périodes du congé à 6 mois, du congé à 12 mois. Cette augmentation n'est toutefois le fait que du quart des clients. C'est dire que les trois-quarts ont maintenu leur abstinence ou réduit leurs activités de jeu. Ces résultats doivent cependant

21 Une autre partie vient du fait que les joueurs, qui décident d'eux-mêmes de faire un passage par l'interne, jugent qu'ils sont dans une situation grave qui exige une période intensive d'arrêt et de coupure.

être interprétés avec prudence puisque le nombre de joueurs pour lesquels nous avons des résultats de suivis ne correspond en gros qu'au sixième de ceux pour lesquels nous disposons des données à l'inscription.

La problématique du suicide est un enjeu majeur sur le plan des résultats du traitement. Nos données montrent une diminution de la proportion des joueurs qui ont des idées suicidaires d'environ 8 % entre l'inscription et le congé, de 4 % entre le congé et le suivi 3 mois, de 14 % entre le congé et le suivi 6 mois. Pour les tentatives de suicide, les variations sont de l'ordre de 1 %, en diminution pour les périodes de l'inscription au congé et du congé au suivi 3 mois, en augmentation pour la période du congé au suivi 6 mois. Encore là, il faut noter que la proportion des clients suivis est faible. Pourtant le fait de constater que les idées suicidaires et les tentatives de suicide touchent respectivement environ 30 % et 5 % des clients qui ont un suivi post-traitement devrait plaider en faveur d'un suivi plus systématique et peut-être plus sélectif.

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.
- 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 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.
- Ladouceur, R., Jacques, C., Chevalier, S., Sévigny, S., Hamel, D., Allard, D. (2004). *Prévalence des habitudes de jeu et du jeu pathologique au Québec en 2002*, Québec, Université Laval et Institut national de santé publique.
- 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, W., Norman, J., Langenbahn, S., Harmon, P. and Deal, D. (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 CARACTERISTIQUES
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 DONNEES :

« BILAN DE PARTICIPATION DU CLIENT »



À L'USAGE EXCLUSIF DE L'INSPQ

Région :

Ressource :

Bilan de participation du client

Numéro de dossier du client dans votre établissement : _____

Nom de l'organisme de traitement : _____

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

1. Date d'inscription ou d'admission : _____ / _____ / _____
jour mois année

2. Date de départ : _____ / _____ / _____ (Date de la dernière activité de traitement)
jour mois année

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

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

1. Oui ☐

2. Non..... ☐

5. Lesquels? (utiliser le tableau se trouvant au verso de cette feuille pour plus d'espace si nécessaire)

Référé à : (organisme ou professionnel) :

Pour : (type de service) :

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

1. Programme complété : ☐

2. Abandon, signifié avant le départ : ☐ ➔ PASSER À LA QUESTION 6A

3. Abandon, non signifié avant le départ : ☐ ➔ Contacter le client au maximum 90 jours après son départ pour remplir l'**Entrevue d'abandon**.

6a. Indiquer les motifs d'abandon :

5. À quels services ou professionnels avez-vous référé le client? (suite du tableau de la question 5 au recto de cette feuille)

Référé à (organisme ou professionnel) :

Pour (type de service) :

ANNEXE 3
LES OUTILS DE LA COLLECTE DE DONNEES :
« L'ENTREVUE D'ABANDON »

À L'USAGE EXCLUSIF DE L'INSPQ

Région :

Ressource :

Entrevue d'abandon

**À remplir par la personne en charge de la relance, y compris dans le cas
des clients qui n'ont pu être contactés.**

Numéro de dossier du client dans votre établissement : _____

Nom de la personne qui a fait la relance : _____

Titre _____

Nom de l'organisme de traitement : _____

Point de service (s'il y a lieu) : _____

Le questionnaire a-t-il pu être rempli?

1. Oui ☐ → Date : / /
 jour mois année

2. Non ☐

Pourquoi ce questionnaire n'a-t-il pu être rempli?

1. Refus du participant de répondre aux questions ☐

2. Impossibilité de contacter le participant ☐

Raisons : _____

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 DONNEES :
LE SOUTH OAKS GAMBLING SCREEN – SOGS ET LE DSM-IV**

À L'USAGE EXCLUSIF DE L'INSPQ
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 :

☐ À l'arrivée	/	/	
☐ Lors du suivi de 6 mois	/	/	
☐ 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. ☐	1. ☐	0. ☐	1. ☐	2. ☐	3. ☐	4. ☐
b) Jouer au casino (légal ou illégal)	0. ☐	1. ☐	0. ☐	1. ☐	2. ☐	3. ☐	4. ☐
c) Jouer au bingo pour de l'argent (pas à la Loto-bingo)	0. ☐	1. ☐	0. ☐	1. ☐	2. ☐	3. ☐	4. ☐
d) Jouer aux cartes pour de l'argent	0. ☐	1. ☐	0. ☐	1. ☐	2. ☐	3. ☐	4. ☐
e) Parier sur des courses de chevaux, de chiens ou d'autres animaux	0. ☐	1. ☐	0. ☐	1. ☐	2. ☐	3. ☐	4. ☐
f) Jouer au marché boursier ou sur des marchés à termes	0. ☐	1. ☐	0. ☐	1. ☐	2. ☐	3. ☐	4. ☐
g) Jouer aux machines à sous, poker vidéo ou à d'autres types de machines pour de l'argent	0. ☐	1. ☐	0. ☐	1. ☐	2. ☐	3. ☐	4. ☐
h) Jouer aux quilles, au billard, au golf ou à d'autres jeux d'adresse pour de l'argent	0. ☐	1. ☐	0. ☐	1. ☐	2. ☐	3. ☐	4. ☐
i) Jouer aux dés pour de l'argent	0. ☐	1. ☐	0. ☐	1. ☐	2. ☐	3. ☐	4. ☐
j) Parier sur les sports	0. ☐	1. ☐	0. ☐	1. ☐	2. ☐	3. ☐	4. ☐
k) Jouer à tout autre jeu pour de l'argent	0. ☐	1. ☐	0. ☐	1. ☐	2. ☐	3. ☐	4. ☐

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 ☐

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

À L'USAGE EXCLUSIF DE L'INSPQ
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 :

☐ 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	_____ / _____ / _____
	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	☐	_____
2. Fraudes	☐	_____
3. Vols	☐	_____
4. Détournements de fonds	☐	_____
5. Autre (spécifiez en 8a1)	☐	_____ → 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 DONNEES :

« INTENSITE ET CONSEQUENCES 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 (CQEPTJ, 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 (CQEPTJ 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 (CQEPTJ 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-MEMOIRE SUR L'UTILISATION DES DIFFERENTS FORMULAIRES DE CUEILLETTE DE DONNEES

Monitoring évaluatif du programme québécois de traitement des joueurs excessifs

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

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)		☐	☐
• DSM-IV	☐	☐	☐
• Formulaire Intensité et conséquences du jeu (formulaire orange au complet)	☐	☐	☐

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 DONNEES :

« GRILLE DE COLLECTE DE DONNEES POUR LE

MONITORAGE DES SERVICES DE TRAITEMENT DES JOUEURS

PATHOLOGIQUES – CARACTERISTIQUES SOCIALES »



À L'USAGE EXCLUSIF DE L'INSPQ
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 :
Les questions en caractères gras sont des questions supplémentaires qui ne font pas partie de l'entrevue initiale du CQEPTJ.

GRILLE DE COLLECTE DES DONNEES POUR LE MONITORAGE

DES SERVICES DE TRAITEMENT DES

JOUEURS PATHOLOGIQUES

1. Ce questionnaire est rempli en date du : / /

 jour mois année

2. Quel est le code postal de votre résidence? _____

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

 1. Oui ☐

 2. Non ☐ ➔ PASSER À LA QUESTION 3B

3a. Qui vous a référé à nos services?

 1. Ligne Jeu : Aide et Référence (ou 1-866-SOS-JEUX) ☐

 2. Personnel d'un centre de traitement en alcoolisme et toxicomanie ☐

 3. Personnel d'un centre de crise ☐

 4. Personnel d'un CLSC ☐

 5. Personnel d'un centre hospitalier..... ☐

 6. Personnel d'une clinique médicale ☐

 7. Membre d'un programme d'aide aux employés de votre entreprise..... ☐

 8. Employeur ou collègue de travail ☐

 9. Conjoint(e)..... ☐

 10. Fille/ fils ☐

 11. Parent..... ☐

 12. Ami..... ☐

 13. Gamblers Anonymes / Joueurs Anonymes ☐

 14. Alcooliques Anonymes..... ☐

 15. Personnel d'un centre de traitement pour le jeu..... ☐

 16. Autre..... ☐ ➔ 3ab. Préciser :

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 ☐	➔ dans les 12 derniers mois?	1. Oui..... ☐
	2. Non ☐		2. Non..... ☐
b) d'alcool?	1. Oui ☐	➔ dans les 12 derniers mois?	1. Oui..... ☐
	2. Non ☐		2. Non..... ☐
c) de drogues?	1. Oui ☐	➔ dans les 12 derniers mois?	1. Oui..... ☐
	2. Non ☐		2. Non..... ☐
d) d'une autre dépendance (consommation, sexe)?	1. Oui ☐	➔ dans les 12 derniers mois?	1. Oui..... ☐
	2. Non ☐		2. Non..... ☐
e) de santé mentale?	1. Oui ☐	➔ dans les 12 derniers mois?	1. Oui..... ☐
	2. Non ☐		2. Non..... ☐
21. Croyez-vous souffrir présentement d'un problème...			
a) de jeu?	1. Oui ☐		
	2. Non ☐		
b) d'alcool?	1. Oui ☐		
	2. Non ☐		
c) de drogues?	1. Oui ☐		
	2. Non ☐		
d) d'une autre dépendance (consommation, sexe)?	1. Oui ☐		
	2. Non ☐		
e) de santé mentale?	1. Oui ☐		
	2. Non ☐		

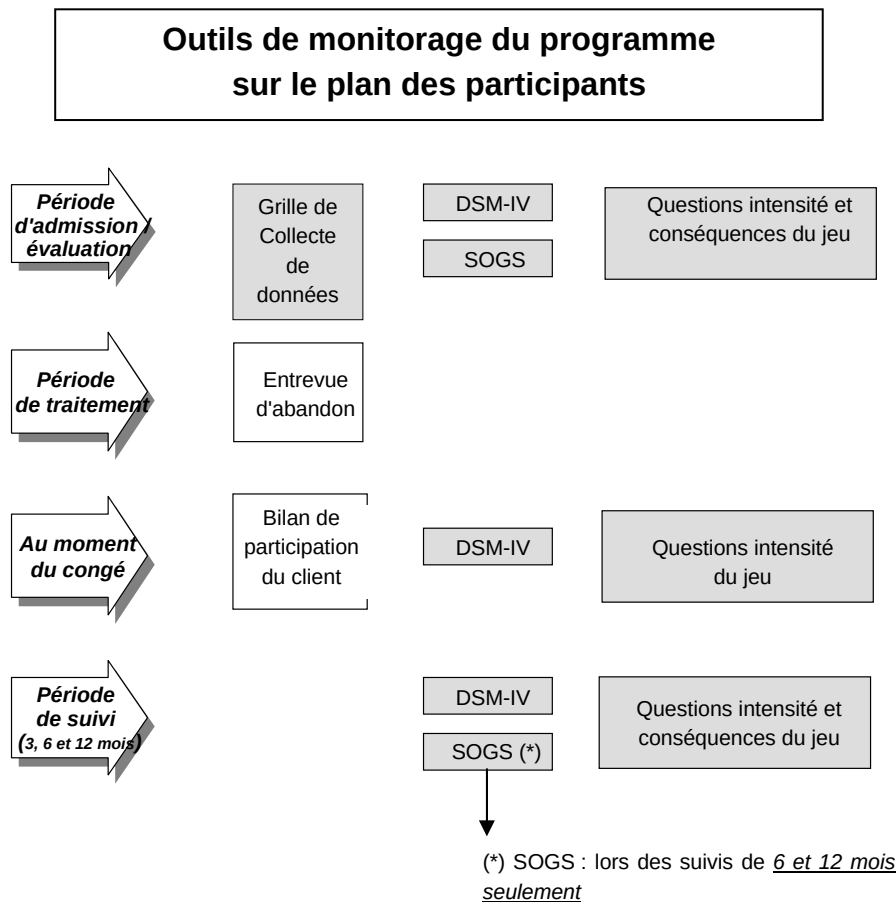
**NOTE : Joindre à cette grille de collecte des données
une copie dûment datée du SOGS et du DSM-IV**

ANNEXE 8
GUIDE D'ACCOMPAGNEMENT DES FORMULAIRES
A UTILISER POUR LA COLLECTE DE DONNEES

INTRODUCTION

Ce guide d'accompagnement couvre les quatre formulaires de la collecte de données du monitoring du programme expérimental québécois du traitement des joueurs pathologiques. 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 CQEPTJ.

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

Nous reprenons les catégories du CQEPTJ 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 CQEPTJ. 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 CQEPTJ).

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 québécois d'excellence pour la prévention et le traitement du jeu (CQEPTJ) de l'Université Laval ainsi que de l'autonotation quotidienne du CQEPTJ 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

Centre	Sujets discutés
Nom de l'organisme	Date : commentaires notés en ordre chronologique et incluant les informations sur la nature de la communication (télécopieur, téléphone et courriel), communication provenant de qui à qui (dans l'organisme et à l'INSPQ).
Nom de l'organisme	
Nom de l'organisme	
Nom de l'organisme	
Nom de l'organisme	
Nom de l'organisme	
Nom de l'organisme	
Nom de l'organisme	
Nom de l'organisme	
Nom de l'organisme	
Nom de l'organisme	
Nom de l'organisme	
Nom de l'organisme	
Nom de l'organisme	
Nom de l'organisme	
Nom de l'organisme	
Nom de l'organisme	
Nom de l'organisme	

ANNEXE 11
FORMULAIRE DE GESTION :
RECEPTION DES DONNEES

Réception de données et envoi de formulaires

CENTRE	DATE (jj/mm/aaaa)	DOSSIERS-CLIENTS REÇUS (nombre, mode)			PROBLÈMES RENCONTRÉS
		Nombre	Type	Mode	

ANNEXE 12
FORMULAIRE DE GESTION :
ENVOI DES FORMULAIRES VIERGES
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
FEUILLET D'INFORMATION



Feuille d'information
Projet de monitorage évaluatif du programme québécois
de traitement des joueurs pathologiques

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 « monitorage ») 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
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Logo ou nom et coordonnées de l'établissement

ÉVALUATION DU PROGRAMME DE TRAITEMENT DES JOUEURS PATHOLOGIQUES 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 : _____

