



information



formation



recherche

ÉVALUATION DU PROGRAMME EXPÉRIMENTAL SUR LE JEU PATHOLOGIQUE

RAPPORT 8

LE POINT DE VUE DES USAGERS

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC

ÉVALUATION DU PROGRAMME EXPÉRIMENTAL SUR LE JEU PATHOLOGIQUE

RAPPORT 8 LE POINT DE VUE DES USAGERS

DIRECTION DU DÉVELOPPEMENT ET DES PROGRAMMES
UNITÉ CONNAISSANCE-SURVEILLANCE

MARS 2003

AUTEURS

Serge Chevalier	Institut national de santé publique du Québec Direction Développement et programmes, Unité Connaissance-surveillance
Catherine Geoffrion	Institut national de santé publique du Québec Direction Développement et programmes, Unité Connaissance-surveillance
Chantale Audet	Institut national de santé publique du Québec Direction Développement et programmes, Unité Connaissance-surveillance
Élisabeth Papineau	Institut national de santé publique du Québec Direction Développement et programmes, Unité Connaissance-surveillance
Marie-Anne Kimpton	Institut national de santé publique du Québec Direction Développement et programmes, Unité Connaissance-surveillance

RÉFÉRENCE SUGGÉRÉE

Chevalier, S., Geoffrion, C., Audet, C., Papineau, É., & Kimpton, M.-A. (2003). Évaluation du programme expérimental sur le jeu pathologique. *Rapport 8. Le point de vue des usagers*. Institut national de santé publique du Québec.

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

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

CONCEPTION GRAPHIQUE
MARIE PIER ROY

MISE EN PAGE
LINE MAILLOUX

DOCUMENT DÉPOSÉ À SANTÉCOM ([HTTP://WWW.SANTECOM.QC.CA](http://www.santecom.qc.ca))
COTE : INSPQ-2003-010

DÉPÔT LÉGAL – 2^e TRIMESTRE 2003
BIBLIOTHÈQUE NATIONALE DU QUÉBEC
BIBLIOTHÈQUE NATIONALE DU CANADA
ISBN 2-550-40726-1

©Institut national de santé publique du Québec (2003)

Pourquoi jouer ?

« Autant qu'il est sorti en pleurant, autant qu'il y retournait puis qu'il sortait en riant quand il gagnait. Comprends-tu ? C'est ça le jeu. C'est ça le jeu, tu pleures ou tu ris. » (Lison)

Pourquoi continuer de jouer ?

« Mais de toute façon, un joueur qui gagne ou qui gagne pas, il le remet là, tu sais, c'est ... ça la maladie. » (Ryan)

Pourquoi rejouer ?

« Elle m'avait fait péter les Sept quatre fois ce soir-là puis il m'en fallait encore, il fallait qu'elle me les donne encore, les Sept, toujours, toujours. » (Mike)

Après le jeu ?

« Dans les derniers temps, quand je jouais, écoute, j'étais rendue à vendre mes cannettes de liqueur là pour aller jouer une piastre. » (Sylvie)

« En tout cas moi j'étais malade. Puis je me préparais, je me mettais beau pour aller jouer dans la machine, tu sais, je veux dire pareil comme si je sortais là. » (Gilles)

REMERCIEMENTS

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

Les usagers qui ont accepté de donner de leur temps et de raconter leurs histoires avec courage, émotion et espoir. Nous souhaitons ardemment que les résultats seront rapides et tangibles et que vos témoignages, expériences et propositions seront entendus afin que la situation des personnes aux prises avec des problèmes liés au jeu s'améliore.

Les directeurs des régies régionales qui ont participé généreusement à l'élaboration et à la concertation entre les différentes instances, tout au long du processus. Les directeurs et responsables des différents organismes qui ont ouvert leur porte et facilité la réalisation de ce projet. Les intervenants qui ont créé les contacts avec les usagers. Merci pour votre disponibilité, votre précieuse participation et toutes ces discussions riches en idées et en expériences qui ont aidé à comprendre tout l'enjeu du dossier.

Danielle St-Laurent, de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), pour sa confiance, son soutien et son ouverture d'esprit. Karine Bellemare, de l'INSPQ pour un nombre imposant de détails importants qu'elle a su, à sa façon toute personnelle, résoudre et pour ses très appréciées réservations au Germain des Prés ainsi que Denis Allard, de la Direction de la santé publique de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre et de l'INSPQ, pour ses judicieux conseils.

Romaine Malenfant, du CLSC de Haute-Ville, pour son temps et ses recommandations éclairées.

Anne Levac, de Quali-texte et Hélène Brien, pour leur professionnalisme et leur rapidité au cours des nombreuses heures de transcription de ruban.

Odile Sévigny, pour les multiples conseils ponctuels et la validation de réflexions quelquefois embryonnaires qu'elle a su fournir gracieusement, surtout à l'heure du souper.

Denis Pelletier, pour ses sourires d'encouragement, sa sage patience et son soutien décaféiné et Suzanne Vinet pour son œil de lynx et sa disponibilité.

Toutes les personnes qui ont, de près ou de loin, communiqué leurs idées, leurs opinions ou leurs observations du monde du jeu, entre autres Raynald Beaupré et Alain Dubois.

Et finalement, ceux qui pensent que la recherche peut changer quelque chose et qui ont encore l'espoir que les bonnes idées méritent de se faire entendre.

RÉSUMÉ

Le présent document propose la perspective des usagers sur les services qu'ils ont reçus dans le cadre du Programme expérimental sur le jeu pathologique. Cette étude vise spécifiquement à explorer le processus et les raisons qui mènent à demander des services de traitement, à s'impliquer ou non dans les activités proposées et à maintenir ou non les acquis sur le contrôle des comportements de jeu excessif et des problèmes connexes. Cette recherche qualitative met donc une emphase toute particulière sur le cheminement de ces joueurs et leurs opinions sur les services reçus et sur ceux à développer.

Il ressort de cette étude que les joueurs qui décident de consulter le font habituellement en dernier recours et sous le poids du découragement ou de l'impuissance devant leur situation. Ils veulent retrouver une « vie normale » et apprendre à se contrôler ou bien comprendre la passion qui les ramène inlassablement dans le cercle vicieux du jeu. Cependant, il s'avère que plusieurs usagers doivent s'y reprendre à plus d'une fois pour atteindre leur but et que les rechutes, les retours au jeu et les abandons de thérapie sont fréquents. Plusieurs d'entre eux mentionnent le manque de profondeur du programme, le peu de disponibilité, les trop longues périodes d'attente avant de recevoir de l'aide qui en découragent plus d'un ou le manque de soutien et de suivi après la thérapie.

Pourtant, tous ceux qui arrivent à s'en sortir sont très reconnaissants à l'égard de leur intervenant ou de l'organisme qui les a aidés. Ils relatent des changements très marqués sur le plan personnel, relationnel, financier ou professionnel et disent avoir grandement apprécié les conseils qu'ils ont reçus pour se contrôler, considèrent qu'ils ont été écoutés et acceptés et ont retrouvé leur estime d'eux-mêmes.

La très grande diversité qui existe quant aux types de joueurs, la spécificité des problèmes éprouvés par ces personnes, la divergence de leurs besoins et de leurs attentes à l'égard des services désirés ainsi que les raisons qui les incitent à demander de l'aide pour régler leurs difficultés liées au jeu font que les services auraient avantage à être mieux adaptés à la réalité de chacun. Il serait donc important de développer des services flexibles qui permettent un maximum d'ajustement et de latitude.

PRÉSENTATION

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

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

Rapport 13. Les services de traitement – le point de vue des intervenants

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

Rapport 15. Monitorage évaluatif – rapport du forum

Rapport 16. Synthèse générale

Que vaut un programme de traitement ? Est-il approprié ? Correspond-il aux attentes ? Fonctionne-t-il comme prévu ? Fournit-il les résultats escomptés ? Comment peut-on améliorer ce programme de traitement ? Dans le présent rapport nous proposons des réponses à toutes ces questions selon la perspective des personnes auxquelles, au premier chef, le programme est destiné : les usagers.

TABLE DES MATIÈRES

1. INTRODUCTION	1
1.1. Le joueur veut régler son problème de jeu	1
1.2. Les besoins sont mesurés correctement	4
1.3. Les besoins négociés sont acceptables	5
1.4. Les services offerts correspondent aux besoins négociés	5
1.5. Les services sont suffisamment accessibles	6
1.6. Les services produisent des effets	6
2. MÉTHODES	13
2.1. Population visée	14
2.2. Les groupes particuliers	15
2.3. Les groupes établis selon les caractéristiques des joueurs	16
2.4. Les groupes établis selon les caractéristiques des traitements	17
3. EXPÉRIENCES DES USAGERS	23
4. DISCUSSION	75
5. CONCLUSION	79
6. RÉFÉRENCES	81
ANNEXE 1 MANDAT DU MSSS	85
ANNEXE 2 DOCUMENT D'INFORMATION ET FORMULAIRE DE CONSENTEMENT	89
ANNEXE 3 FORMULAIRE DE DEMANDE POUR LES RÉSULTATS DE LA RECHERCHE	95
ANNEXE 4 REÇU POUR LES INCITATIFS	99
ANNEXE 5 REÇU POUR LES FRAIS DE DÉPLACEMENT	103
ANNEXE 6 SCHÉMA D'ENTREVUE INDIVIDUELLE	107
ANNEXE 7 SCHÉMA D'ENTREVUE DE GROUPE	119
ANNEXE 8 LISTE ET CARACTÉRISTIQUES DES CENTRES DE TRAITEMENT	129
ANNEXE 9 ABSENCE DU POINT DE VUE DES PERSONNES ISSUES DES COMMUNAUTÉS CULTURELLES	133

1. INTRODUCTION

L'avis des usagers d'un programme peu s'avérer précieux. Les usagers sont les personnes les mieux à même de répondre à un certain nombre de questions eu égard aux traitements qu'ils ont reçus, qu'ils n'ont pas reçus ou qu'ils ont abandonnés. Ils sont des observateurs privilégiés des démarches qu'ils ont eu à entreprendre, des succès et insuccès de leurs actions, des espoirs qu'ils se sont formulés, des attentes qu'ils se sont construites, des appréhensions qu'ils ont surmontées, des refus qu'ils ont essuyés, des temporisations qu'ils ont subies, des émotions qu'ils ont vécues, des petits et grands succès qui les ont stimulés, des reculs qui les ont déçus, des rechutes qui les ont atterrées. Ils sont détenteurs d'autant d'informations susceptibles de bonifier toutes les étapes du programme, de l'accueil à la prise en charge et du traitement au suivi.

L'offre de service pour le traitement de personnes aux prises avec un problème de jeu pathologique (programme expérimental) a été développée à partir de postulats implicites ou explicites.

1.1. Le joueur veut régler son problème de jeu

Le premier postulat est celui par lequel les joueurs qui font une démarche pour obtenir des services veulent voir régler leur problème de jeu. Il n'est ni évident, ni démontré que tel soit le cas. Les joueurs qui ont recours aux services pourraient vouloir ou s'attendre à recevoir d'autres services. Il n'est pas inconcevable que cette clientèle désire tantôt des services financiers, légaux, des services de santé pour des problèmes de santé physique fréquents chez les joueurs, des problèmes de sommeil, de gestion de stress, de conciliation familiale, de conciliation avec l'employeur ou autres. Bref, le joueur peut concevoir son problème de jeu sous différentes facettes, pour lesquelles il s'attendra ou non à recevoir des services. En termes plus théoriques, nous soulevons ici la question des besoins ressentis ou comment la personne conçoit son problème.

Les motivations à la demande d'aide

Les recherches dans le domaine ont montré que les joueurs pathologiques qui font une démarche pour obtenir des services le font pour une quantité de motifs. Poirier (2001, voir aussi Poirier et Lindsay, 2001) a classé les motifs de demandes d'aide de la clientèle masculine du Centre CASA – un centre de réadaptation privé qui fournit des traitements tant internes qu'externes aux joueurs pathologiques – qui a suivi des traitements externes selon deux catégories : les motifs intrinsèques qui incluent la détresse psychologique insoutenable et les idées suicidaires et les motifs extrinsèques, où il est plus question des craintes de perdre son emploi, sa relation conjugale ou de compromettre irrémédiablement les relations avec ses enfants. D'autres études identifient des aspects quelque peu différents. Cromer (1978) pour sa part, dans l'étude où il a passé six mois à observer un groupe *Gamblers* anonymes (GA) en Israël, identifie les motifs suivants : de sérieux problèmes d'argent ; les

personnes sentent qu'il y a quelque chose qui ne va pas avec leur vie (Beaupré exprime exactement le même sentiment dans son livre paru en 2002 – p. 95) ; ils sentent que le temps leur glisse entre les mains et, à l'instar des résultats de Poirier, ils ressentent des effets adverses sur les aspects conjugaux, familiaux et les autres relations significatives. Cromer conclut que, selon la perspective des joueurs, l'argent peut être remplacé, mais pas le temps ni les relations affectives. Lorenz et Yaffee (1986), à l'aide d'un questionnaire administré lors de trois conférences distinctes de GA, tenues aux États-Unis, ont identifié que parmi cette clientèle (206 répondants), les motifs suivants sont ceux qui les inciteraient le plus à suivre une thérapie formelle : 16 % indiquent qu'ils veulent comprendre la maladie du jeu pathologique, 16 % veulent retrouver le contrôle de leur vie, 11 % veulent retrouver leur image d'eux-mêmes, 9 % veulent améliorer leurs relations maritale ou familiale, 7 % consulteraient pour des motifs de crainte ou d'anxiété extrême, 6 % à cause de leur dépression profonde ou de leurs pensées suicidaires, 4 % pour résorber leurs problèmes financiers et, finalement, un 2 % résiduel veulent mieux gérer leur colère et leur rage. On observe donc une prépondérance des motifs intrinsèques. Il doit cependant être souligné que les répondants participaient tous à des groupes GA et recevaient déjà différentes formes de soutien. Brown (1986) a aussi étudié un groupe de GA, à Glasgow celui-là. Il regroupe les motifs d'une première visite ou présence à une réunion GA selon trois rubriques : 1) des raisons subjectives relatives aux émotions et aux attitudes du joueur envers lui-même (désespoir, sentiment d'inadéquation, besoin d'aide, le dégoût de soi-même) ; 2) des raisons relatives à des problèmes extérieurs (par exemple, des problèmes financiers ou domestiques) ; 3) des raisons relatives à la prise de conscience que le problème de jeu affecte négativement les autres. De fait, cette nomenclature n'est pas sans rappeler celle de Poirier qui identifiait des motifs intrinsèques (correspondant à la première catégorie de Brown) et des motifs extrinsèques (les deux dernières catégories). Selon Orford et McCartney (1990) dans leur étude à Exeter, les principales raisons évoquées pour aller en traitement sont la crainte du futur et les problèmes financiers. Tout récemment Hodgins et ses collaborateurs (2002 ; voir aussi Hodgins et el-Guebaly, 2000) ont eux aussi quantifié les motifs qui ont poussé des joueurs pathologiques à une première consultation. L'échantillon utilisé a été recruté par le biais d'annonces dans les journaux et se subdivisait en deux groupes : les joueurs pathologiques qui ont suivi un traitement récent (durant la dernière) et les joueurs pathologiques dont le traitement est moins récent. Les joueurs pouvaient identifier autant de motifs de recours au traitement qu'applicables à leur situation. Les deux principaux motifs évoqués sont les problèmes financiers et les facteurs émotionnels ; deux autres facteurs sont aussi identifiés fréquemment par les deux sous-groupes, soit avoir atteint le bas-fond et désirer le maintien des relations familiales. Les auteurs concluent que *"the most frequently cited reasons were all internal and included negative emotions, financial concerns, family influence, and acting in a fashion that was incompatible with their self-image"*.

Tableau 1. Motifs de consultation chez les joueurs pathologiques traités récemment dans la dernière année et ceux traités depuis plus longtemps

	Long terme	Récemment
	(%)	(%)
Problèmes financiers	93	97
Facteurs émotionnels	86	95
A atteint le bas-fond	65	60
Famille/enfants	63	72
Confrontation	49	40
Évaluation des avantages et inconvénients	47	57
Événement humiliant	42	54
Événement traumatique	28	44
Problèmes conjugaux	35	41
Problèmes au travail	33	47
Santé physique	30	55
Implication religieuse	23	22
Problèmes légaux	21	28
Changement dans un autre comportement addictif	14	26
Changement majeur de style de vie	14	56
Nombre moyen de motifs	6,4	8,0

Tiré de Hodgins et autres, 2002.

En résumé, malgré les finalités et les approches différentes ainsi que les limites méthodologiques des différentes études consultées, il ressort distinctement que les joueurs vont principalement faire appel aux services de traitement pour le jeu à cause de motivations intrinsèques au nombre desquelles on retrouve la préservation de relations émotionnelles significatives ainsi que l'atténuation ou la disparition de conditions émotives et psychologiques insoutenables : détresse psychologique (désespoir, dégoût de soi-même, atteint du bas-fond, etc.), dépression, anxiété, idées suicidaires et autres. Poirier (2001) considère la situation financière en tant que motif extrinsèque alors que Hodgins et ses collaborateurs (2002) la considère comme intrinsèque ; quoiqu'il en soit, la situation financière extrêmement détériorée s'avère probablement la motivation la plus prégnante dans la littérature. Arrêter de jouer semble subsidiaire pour le joueur qui recherche un traitement.

Les attentes préalables

Les motivations à demander de l'aide pour un problème, n'importe lequel, contribuent à définir les attentes eu égard au traitement. Les attentes que les joueurs requérant des services ont développées proviennent fréquemment des démarches et des services reçus auparavant de différentes ressources soit pour des problèmes connexes, soit pour des problèmes de jeu (Poirier, 2001 ; Cromer, 1978). À partir des entrevues en profondeur que Poirier (2001) a mené, elle regroupe les attentes de joueurs en quête de traitement en trois catégories : 1) les attentes cognitives – le joueur veut comprendre pourquoi il joue ; 2) les attentes affectives – le joueur espère recevoir de la compréhension et de l'affection ; et 3) des attentes de types comportementales – le joueur veut cesser de jouer. Les résultats d'Orford et McCartney (1990) suggèrent que les joueurs pathologiques en traitement s'attendent tout particulièrement à améliorer leurs relations personnelles ainsi que leur situation financière. Le joueur peut aussi s'attendre, le cas échéant, à une amélioration de ses relations conjugales, notamment sur le plan sexuel et plus généralement sur le plan de l'intimité (Steinberg, 1993). Les attentes irréalistes au chapitre du résultat du traitement peuvent avoir une incidence négative sur, précisément, ce résultat et pourraient être un indicateur des connaissances du joueur à propos du jeu pathologique. Telle pourrait être notre perspective en extrapolant les résultats obtenus par Mancuso et ses collègues (2001 ; voir aussi les travaux de Meyer et autres, 2002) dans un tout autre domaine de traitement :

"Having unrealistic expectations may predispose to worse outcomes by causing patients to become quickly discouraged with results of treatment, or in turn may be a marker for other risks, such as lack of knowledge about asthma."

Effets de la demande d'aide sur le requérant

Le joueur de sexe masculin pourra ressentir, lors de sa démarche pour obtenir de l'aide pour son problème de jeu, des sentiments d'inconfort, de vulnérabilité, d'humiliation voire même une perte de son identité de genre (Poirier, 2001 ; voir aussi Keebler et Rondeau, 2002). La chercheuse poursuit en indiquant que cette même démarche sera généralement bien accueillie par la famille et les proches du joueur qui, le plus souvent, exprimeront un soulagement, soutiendront les initiatives et, ce faisant, faciliteront la démarche du joueur.

1.2. Les besoins sont mesurés correctement

Les besoins sont mesurés correctement par les pourvoyeurs de services. Ce postulat fait référence à deux éléments cruciaux : la validité des mesures de besoins est suffisante et l'ensemble des besoins nécessaires à solutionner le problème, en l'occurrence, le jeu pathologique, sont évalués. Les besoins mesurés correspondent à la façon de définir le problème selon les pourvoyeurs. La clientèle ne peut fournir de renseignements sur ces aspects spécifiques du programme.

1.3. Les besoins négociés sont acceptables

Les besoins négociés sont acceptables pour le client et pour le pourvoyeur. Après qu'une personne ait ressenti des besoins, qu'elle ait sollicité des services et qu'une mesure des besoins ait été faite par les pourvoyeurs, il faudra encore qu'il y ait un mécanisme de réconciliation, le cas échéant, entre l'évaluation du joueur et celle du pourvoyeur. Les attentes des joueurs devront être comblées ou modulées. Si des différences trop importantes subsistent entre les deux évaluations de besoins, celle du joueur et celle du pourvoyeur, les services offerts ne tiendront pas compte des attentes de la clientèle ; alors augmente la probabilité d'abandon de traitement, d'insatisfaction face au traitement, de rechute ou encore que le traitement ne rencontrent pas les résultats escomptés (Roth et Crane-Ross, 2002). Inversement, il a aussi été démontré que lorsqu'un usager peut activement négocier la nature et la quantité des services qu'il recevra, il sera plus susceptible de considérer ses besoins rencontrés et le traitement s'avérera généralement plus efficace (Roth et Crane-Ross, 2002). Cette capacité de négociation du consommateur/usager n'est pas associée à une augmentation des besoins négociés ni des services rendus. Dans le contexte où l'évaluation des besoins selon l'usager diffère fréquemment de celle du professionnel de la santé et dans la mesure où une grande proportion des usagers indique que l'opportunité de discuter du problème et des solutions à y apporter représente un aspect crucial du traitement, il apparaît impératif de documenter ces aspects auprès des usagers (Roth et Crane-Ross, 2002 ; Griffiths et MacDonald, 1999).

Un enjeu particulier de la négociation des besoins apparaît quand les joueurs n'ont pas anticipé certains effets de leur démarche thérapeutique. Bien que bon nombre de joueurs sollicitant un traitement ait tenté par leurs propres moyens de résoudre les problèmes de jeu et ceux associés au jeu (Hodgins, 2000), certains demeurent perturbés par les symptômes de sevrage provoqués par l'arrêt de la pratique des jeux de hasard et d'argent (Wray et Dickerson, 1981) – il s'agit là d'un effet secondaire de presque tous les traitements offerts. D'autres encore n'avaient pas anticipé les problèmes associés à la gestion du temps devenu libre par la cessation des activités de jeu (Cromer, 1978). Ces enjeux imprévus par l'usager peuvent alors nécessiter une renégociation des besoins et des services.

1.4. Les services offerts correspondent aux besoins négociés

Les services offerts concordent avec les besoins négociés. Ce postulat indique qu'il existe une adéquation entre les besoins négociés et les actions menées pour les combler. Il est ici fait référence à plusieurs concepts fondamentaux afférents à la desserte de la clientèle. Les services offerts doivent, entre autres, être acceptables au client (Griffiths, 1999, Donabedian, 1973) ; ils doivent permettre de solutionner le problème, ils doivent être fournis en quantité suffisante, au moment opportun, ils doivent être évalués et adaptés à l'évolution de la situation. À tous ces égards, deux visions peuvent continuellement être confrontées, celle du

pourvoyeur et celle du bénéficiaire. Les usagers peuvent, dans ce contexte, fournir des renseignements précieux sur leurs perspectives de ces aspects du traitement.

1.5. Les services sont suffisamment accessibles

Les services aux joueurs seront rendus suffisamment accessibles (voir les travaux de Poirier, 2001, Griffiths et MacDonald, 1999, Perreault et autres, 1999, Donabedian, 1973). Des efforts ont été consentis pour faire connaître, à la population en général et dans le système de santé, l'existence des services disponibles aux joueurs pathologiques. Il n'est pas établi que les efforts déployés aient été suffisants pour les rendre visibles à l'ensemble de la clientèle visée (concept de notoriété). L'accessibilité ne se mesure pas qu'en termes de notoriété, les services doivent aussi être accessibles financièrement (frais directs et indirects), géographiquement (suffisamment proche et dans des lieux adéquats), temporellement (à des moments et pour des durées acceptables) et symboliquement (clientèle « homogène », environnement neutre, sans conditions inacceptables pour le client). L'accessibilité des services inclut finalement la notion de continuité ; il s'agit ici de voir comment et jusqu'à quel point l'accès et la circulation entre les différentes composantes du programme s'effectuent harmonieusement. À ce chapitre aussi, deux points de vue sont possibles, celui du client et celui du pourvoyeur.

1.6. Les services produisent des effets

Les services offerts fournissent des effets ressentis, mesurables et durables. Sans parler ni de guérison, ni de rémission, il est impératif d'établir jusqu'à quel point le programme de traitement fonctionne et solutionne effectivement le problème auquel il est appliqué, le jeu pathologique. Ici encore il peut exister un clivage entre la vision clinique et la situation ressentie par la personne qui a fait l'objet du traitement. Dans un tel cas, l'appréciation de la clientèle s'avère tout aussi importante que l'évaluation clinique.

La manière biomédicale classique d'évaluer le succès d'un traitement est de mesurer la présence du problème lors de la visite initiale du requérant et de répéter la même mesure à la fin de la thérapie pour vérifier si le problème est disparu ou s'il persiste. Dans le cas du jeu pathologique, il s'agit d'utiliser un questionnaire tel le SOGS (Lesieur et Blume, 1987) et de déterminer si la personne rejoint le seuil de joueur pathologique probable (voir par exemple les travaux de Moore, 2000 et ceux de Rhodes et ses collègues, 1997). D'autres approches sont possibles et souvent souhaitables. Les joueurs interrogés par Poirier (2001) ont exprimé des gains sur les plans affectif et relationnel, des conditions financières plus acceptables dues au sens des responsabilités acquis durant la thérapie et, pour certains, des améliorations relativement au travail. Pour Cromer (1978), le succès de la thérapie passe par la réussite de l'ex-joueur à gérer le temps qu'il consacrait au jeu. Pour Brown (1986, 1987a, 1987b et Stewart et Brown, 1988) le but, et donc la réussite du traitement, serait de cesser de jouer. Steinberg (1993) estime que la réussite du traitement est fonction de la guérison

émotionnelle à l'intérieur du système familial ; cette guérison passe par une reconstruction de l'intimité ; concept qui inclut la confiance, l'expression de vulnérabilité mutuelle avec le conjoint et le partage des émotions. Hudak et ses collègues (1989) estiment, un peu à l'inverse de Steinberg, que la satisfaction face à la vie conjugale et familiale ainsi que la satisfaction professionnelle favoriseront le rétablissement du joueur. Il existe aussi une approche plus générale par laquelle on estime la satisfaction du client (Boechler et autres, 2002 ; Moore, 2000 ; Perreault et autres, 1999). L'adoption de critères très spécifiques ou contraignants de réussite thérapeutique induit aussi le risque d'éclipser partiellement ou totalement des accomplissements par ailleurs significatifs (Stewart et Brown, 1988). La satisfaction peut être mesurée globalement ou pour chacun des objectifs des services négociés. Boechler et ses collaborateurs (2002) nous renseignent très spécifiquement sur les avantages et les limites d'une telle approche :

"... a) satisfaction findings may be used to improve services, training, financing, and organization ; b) perceptions of satisfaction may aid negotiation between the process of care and its consequences and help to illustrate what works ; and c) understanding the client's 'point of view' may be useful in choosing providers or studying service utilization patterns."

Ces chercheurs iront jusqu'à soumettre l'idée que la satisfaction est la différence entre les attentes du client face aux services espérés et ceux qu'il reçoit – en dehors de toute référence à d'autres résultats. Les limites sont exprimées dans les termes suivants.

"However, the measurement of client satisfaction is not without its faults... including inability to capture a true expression of clients' feelings towards care because of their belief that they are not knowledgeable enough to comment on their care... The bias inherent in the clients' desire to answer positively [arises] because they do not want to offend their caregivers." (Boechler et autres, 2002)

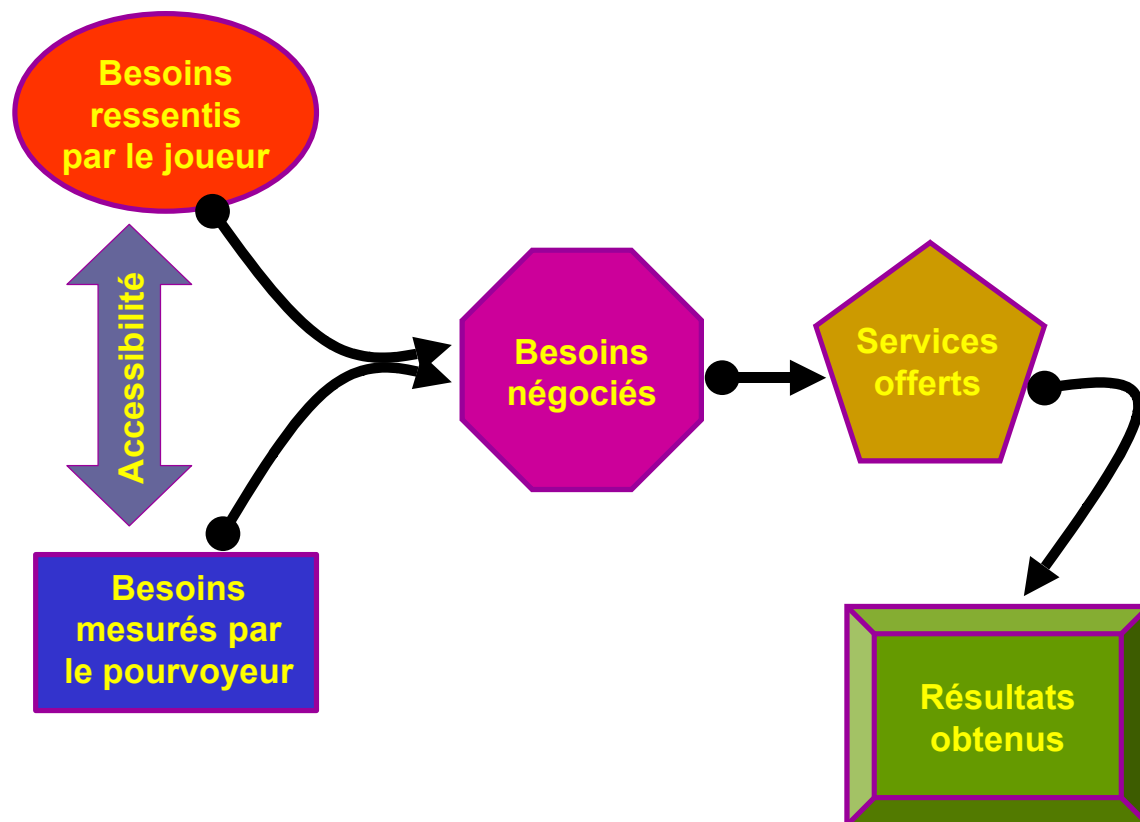
Modèle conceptuel

Le modèle que nous utilisons ici est largement tributaire des travaux classiques de Donabedian (1973). Une personne évalue son état de santé à partir de ce qu'elle ressent et des informations qu'elle retire de l'environnement (voir la figure 1). Elle définit le problème selon ses propres termes et conclut d'elle-même à la présence d'un problème suffisamment important pour nécessiter une intervention externe professionnelle. La rencontre entre la personne qui a un problème et une ressource qui sera à même, ou non, de répondre à ses demandes, aura lieu dans la mesure où la ressource est accessible. Si la rencontre a lieu, une évaluation des besoins sera alors produite selon les paramètres retenus dans la ressource ; les deux évaluations de besoins seront réconciliées. C'est sur la base des besoins négociés que des services seront alloués et que les résultats seront obtenus (dans

les faits, les besoins négociés indiquent les services requis, qui peuvent différer des services alloués, qui eux-mêmes peuvent diverger des services offerts ou rendus).

Seule la personne qui reçoit les services peut fournir des renseignements sur sa propre évaluation des besoins. En plus, cette personne peut offrir une perspective d'importance, qui souvent se distingue de celle du clinicien, sur le processus de négociation des besoins, sur l'adéquation des services et sur les résultats obtenus.

Figure 1. Évaluation des besoins, dispensation de services et résultats obtenus



Le cas particulier des abandons

Tous les joueurs à requérir un traitement ne termineront pas la thérapie entreprise. Loin de là ; en Oregon, par exemple, où les statistiques disponibles sont fort précises, on constate qu'en 1999-2000, parmi l'ensemble des personnes à avoir fait une demande d'aide pour un problème de jeu pathologique, 21 % des requérants ne se sont jamais présentés, 27 % ont complété le programme avec succès et 41 % ont abandonné. Des données comparables sont obtenues sous d'autres juridictions. Au Minnesota, en 1996, les taux de complétion vont

de 29 % à 87 % selon le type de programme observé (Stinchfield et Winters, 1996 ; Rhodes et autres, 1997). Stewart et Brown (1988) ont observé, pour l'ensemble des groupes GA du Royaume-Uni, un taux d'abandon de 69 % après 10 rencontres. Dès lors, plusieurs questions se posent. Qu'advient-il des joueurs qui abandonnent ? Dans quelle proportion retournent-ils jouer ? Dans quelle proportion ont-ils réglé les problèmes qu'ils évaluaient avoir ? Pourquoi abandonnent-ils ? En quoi les joueurs qui abandonnent se distinguent-ils de ceux qui persistent ? Les premières recherches sur le sujet ont été faites auprès de groupes GA. Brown (1986, 1987a, 1987b et Stewart et Brown, 1988) a démontré qu'il y a peu de différences entre les personnes qui abandonnent et celles qui persistent quant à leur profil social ; Stewart et Brown (1988) ont cependant noté que les hommes mariés étaient proportionnellement plus nombreux à persévérer après la première rencontre. De plus, les attentes que les joueurs avaient avant le traitement sont les mêmes, que les joueurs terminent ou non le traitement. Avant de commencer le traitement, la perspective des joueurs qui abandonnent semble plus positive que celle des joueurs qui persévèrent ; ceci suggère, selon Brown (1987a), que les personnes qui abandonnent auraient des problèmes de jeu et des problèmes découlant du jeu moindres que ceux qui persévèrent. Brown (1987b) poursuit ainsi son analyse :

"The dropout's feelings of being in less trouble and that it is less difficult for them may be linked to their tendency to jump to unreal conclusions that they are cured after the first meeting."

"The findings may be connected with the fact that the dropouts are more likely to reject the complete ban on gambling in the handbook and the preference by dropouts for a self-description as a controlled gambler."

"In spite of their apparent conscious predominant feelings of superiority, the dropouts may retain sneaking doubts and feelings of inferiority."

Ces résultats semblent franchement opposés à ceux obtenus par Moore (2000) en Oregon où les joueurs qui abandonnent avaient rapporté de plus graves symptômes que ceux qui ont terminé la thérapie. Il faut cependant voir que les échantillons et les méthodologies utilisés ne sont pas comparables. En effet, les résultats de Brown reposent sur les sentiments exprimés par les joueurs eux-mêmes lors d'entrevues semi-structurées alors que ceux de Moore proviennent de l'administration d'un instrument diagnostique standardisé. On peut penser ici qu'on observe justement une dissonance entre la vision des usagers et celle des professionnels.

Les personnes qui abandonnent et celles qui terminent le programme affichent aussi une perspective différente à propos des rechutes :

"The handling of 'slips' appeared to be another important source of differences between continuers and dropouts. ... Dropouts appear to be more tolerant of 'slips', more often identified with the reporters of 'slips', and less likely to feel superior to them, and more likely to see the GA group as unsympathetic and punishing to them." (Brown, 1987b)

Brown (1986) a observé que les joueurs qui abandonnent le traitement le font surtout pour des raisons extrinsèques au jeu (déménagement, changement d'emploi du joueur ou du conjoint, etc.). Ces résultats sont partiellement corroborés par les travaux de Moore (2000), qui conclut que la principale raison d'abandon (19 % des joueurs qui ont abandonné) serait le manque de temps et les conflits d'horaire. D'autres raisons apparaissent aussi d'importance : 11 % des joueurs qui ont abandonné estiment que le traitement n'était pas suffisamment aidant, 10 % ont exprimé qu'ils avaient retiré tout ce qu'ils pouvaient du traitement et 9 % ont mentionné leur inimitié pour leur intervenant. Et Brown (1987b) de poursuivre :

"Other sources of irritation to dropouts and continuers alike (but which the dropouts seem to react more strongly) are (1) irrelevant talk at meetings ; (2) the suspicion that there were some members who had 'slips' and did not report them ; (3) excessive time spent on administrative matters at meetings ; (4) the feeling that cliques existed and may dominate the meeting ; (5) arguments and disputes between members."

La moitié des personnes qui ont abandonné ne jouent plus ou contrôlent leur niveau de jeu (Brown, 1986). Moore (2000) conclut pour sa part que 75 % des joueurs qui ont délaissé le traitement affirment jouer à l'occasion ou plus rarement encore ; 65 % indiquent qu'ils jouent beaucoup moins qu'avant le traitement ; 48 % indiquent que leur dette est désormais moindre ou beaucoup moindre ; 17 % ont vu un autre professionnel de la santé après avoir quitté le programme et 26 % vont au GA ; 26 % ont amélioré leur performance au travail ainsi que l'accomplissement de leur responsabilité à la maison. Les soins reçus avant l'abandon ont été souvent ou toujours utiles pour 60 % des participants. 81 % sont prêts à recommander le programme à tous les joueurs pathologiques.

Objectif

L'objectif de ce volet du monitoring évaluatif (voir annexe 1) est de fournir des renseignements et des enseignements utiles, dans le cadre d'une évaluation formative, à l'amélioration du Programme expérimental sur le jeu pathologique selon la perspective des personnes à qui s'adresse le programme, les joueurs.

Plus spécifiquement, nous visons à obtenir des informations selon quatre axes. Premièrement, nous voulons documenter les besoins ressentis par les joueurs qui sollicitent des traitements, l'évaluation personnelle de leurs problèmes (y incluant les paramètres qui définissent le problème), les motifs qui ont présidé à leur demande d'aide, les attentes qu'ils formulent quant au traitement et à son résultat. Le deuxième axe de questionnement gravite autour de l'accessibilité des programmes de traitement, de leur contenu et de la congruence de ceux-ci avec les attentes de la clientèle. Le troisième axe est celui du résultat de la démarche, toujours selon la perspective du joueur. Et, quatrièmement, nous voulons recenser les aménagements au programme souhaités par la clientèle.

2. MÉTHODES

Dans un contexte où les besoins des joueurs pathologiques sollicitant des services peuvent varier notablement, que ces besoins peuvent évoluer rapidement et que les services offerts aux joueurs diffèrent d'une région à une autre et d'une ressource à une autre et, de manière plus importante encore, parce que nous ne possédons que peu d'informations sur les attentes et les besoins des joueurs, la recherche proposée revêt un caractère exploratoire et les méthodes par entrevue semblent les plus appropriées.

En effet, le choix d'utiliser l'approche qualitative se justifie d'abord parce que, selon ses fondements, cette approche alloue une importance fondamentale à l'intentionnalité des acteurs et au caractère complexe des processus impliqués dans le développement de l'action sociale. L'approche qualitative cherche à comprendre les personnes en profondeur à partir de leur réalité, c'est-à-dire en tenant compte d'elles et de leur milieu, et s'intéresse aux sens qu'elles donnent à leur expérience.

Pour recueillir les données empiriques, nous avons donc mené des entrevues individuelles et des entrevues de groupe afin d'obtenir les renseignements qui nous étaient nécessaires. Les personnes ayant abandonné le traitement ont toutes été rencontrées individuellement. Les personnes ayant complété le traitement ont, quant à elles, été interrogées individuellement ou en groupe. Les entrevues individuelles ont permis d'explorer et d'examiner en profondeur les thèmes propres au parcours des usagers de services, tels que le profil du joueur; les motifs de consultation; l'adéquation entre les besoins et les traitements; les services offerts, les motifs d'abandon; les résultats obtenus et les aménagements souhaités par la clientèle, alors que les entrevues de groupe ont favorisé la formation de groupes d'usagers plus homogènes. Les personnes ont alors été regroupées selon certaines caractéristiques que nous développons plus loin.

La sélection des groupes a été opérée selon des critères généraux d'abord et des éléments spécifiques de contenu ensuite. Tous les groupes choisis représentent des minorités, à l'échelle du Québec, parmi l'ensemble des personnes ayant sollicité ou complété un traitement. Tous ces groupes font aussi l'objet d'enjeux théoriques, politiques ou de traitement.

2.1. Population visée

Les personnes ayant abandonné (AB)¹

Dans le cadre de la présente étude, nous définissons les personnes ayant abandonné le traitement, en interne ou en externe, comme celles s'étant présentées à au moins une séance à la ressource où elles ont sollicité des services mais ayant, par la suite, cessé de s'y présenter avant la fin du traitement. Les abandons doivent avoir été clairement identifiés par un représentant de la ressource où l'utilisateur était traité. Sont exclues de cette catégorie, les personnes qui suspendent un traitement, avec l'accord ou à la suggestion de leur thérapeute ; tout comme celles ayant été expulsées. Les cas litigieux sont classés selon le meilleur jugement du thérapeute principal – si un tel jugement s'avère impraticable, le joueur qui ne se présente plus à ses traitements n'est normalement pas traité comme ayant abandonné.

Les personnes ayant abandonné le traitement représentent une source privilégiée d'informations en fournissant des indications précieuses sur les avatars perçus dans le programme. Ces personnes ont été interrogées à propos de leur jeu, des problèmes causés par celui-ci, des besoins ressentis, des attentes face au traitement et des motifs d'abandon.

Toutes les personnes recrutées ont été interrogées individuellement. Au départ, nous prévoyions procéder à trois entrevues par site pilote – pour un total de 12 entrevues auprès de personnes ayant abandonné. Il était convenu que si la saturation informationnelle n'était pas atteinte après 12 entrevues, l'équipe de recherche devait procéder à des entrevues supplémentaires – un réaménagement budgétaire aurait alors été requis. Mais les stratégies ont été modifiées en cours de route, comme nous le verrons plus loin. Les entrevues ont eu lieu au domicile de la personne ou à tout autre endroit qui lui convenait mieux – pour des cas exceptionnels, des entrevues téléphoniques auraient pu être réalisées en lieu et place d'entrevues en personne, mais une telle situation ne s'est pas présentée. Les entrevues réalisées ont eu une durée de 45 à 75 minutes.

Les personnes ayant complété le programme (COM)

Les personnes ayant terminé le traitement sont définies comme ayant complété le programme, que ce soit en interne ou en externe. Un programme complété exclut les suivis post traitement.

Un premier groupe formé de personnes qui ont complété le programme a été rencontré dans le cadre d'entrevues individuelles. Les sujets abordés étaient les mêmes que ceux discutés avec les personnes ayant abandonné (sauf, évidemment, les motifs d'abandon), auxquels se sont ajoutées des questions relatives au traitement, à la congruence et aux attentes du

¹ Les lettres entre parenthèses servent à identifier le statut du traitement des usagers interviewés, pour l'analyse des données.

traitement, ainsi que d'autres portant sur la situation actuelle de l'utilisateur et sur l'effet du traitement.

Nous avons prévu recruter et interroger douze personnes individuellement et procéder à trois entrevues par site pilote auprès de personnes ayant terminé le traitement. Mais, là encore, la situation s'est présentée différemment, comme nous le verrons plus loin. Les entrevues se déroulaient au domicile de la personne ou en tout autre lieu lui convenant mieux. Ces entrevues avaient une durée variant entre une heure et demie et deux heures et demie.

2.2. Les groupes particuliers

Une méthodologie différente a été utilisée pour chacun des sous-groupes de personnes ayant complété le programme. En effet, certaines variables peuvent influencer l'une ou l'autre des dimensions que nous voulions mesurer. Le nombre de ces variables est relativement substantiel et l'importance relative de celles-ci est souvent méconnue. Dans ces conditions, nous entendions mener des entrevues de groupe (rappelons les caractères exploratoire et formatif de notre démarche) avec des sous-groupes spécifiques et plus homogènes à l'intérieur de la population des joueurs ayant complété le traitement. Nous prévoyions au départ tenir huit entrevues de groupe ("*focus group*") avec des représentants des sous-groupes classés selon deux critères :

Les caractéristiques des joueurs traités

- groupe de femmes seulement,
- groupe de personnes dont le jeu de prédilection est autre que les appareils électroniques de jeu,
- groupe de personnes de régions périphériques,
- groupe de personnes issues des communautés culturelles ;

Les caractéristiques des traitements

- groupe de personnes qui ont été traitées en interne,
- groupe de personnes qui ont eu une thérapie familiale,
- groupe de personnes qui participent aussi à des rencontres GA,
- groupe de personnes qui ont bénéficié d'un programme de gestion financière.

2.3. Les groupes établis selon les caractéristiques des joueurs

Les femmes (GRF)

Les femmes, selon les indications les plus récentes, représentent environ 33 % des personnes traitées (Audet et autres, 2003). Dans certains endroits, la proportion sera moindre encore. Les attentes et l'observance des femmes à l'égard du traitement diffèrent de celles des hommes (Boughton, 2002 ; Ozga et Brown, 2002 ; Poirier, 2001 ; Mark et Lesieur, 1992). Les hommes requièrent généralement des services plus tardivement dans l'évolution du problème que le font les femmes. Dans ces conditions, il apparaît indispensable de bien cerner les éléments de la démarche des joueuses et du processus de traitement dans lequel elles évolueront (Keefler et Rondeau, 2002 ; Turcotte et autres, 2002).

Les personnes dont le jeu de prédilection est autre que les appareils électroniques de jeu (GRAJ)

Au Québec, les appareils électroniques de jeu (AÉJ) sont les appareils de loterie vidéo (plus de 14 000 que l'on retrouve dans les bars et autres établissements détenteurs d'un permis d'alcool) et les machines à sous (près de 6 000 appareils répartis dans les trois casinos du Québec). Présentement, la plupart des personnes traitées étaient des aficionados soit des AÉJ, soit de plusieurs jeux incluant les AÉJ. En effet, 72 % d'entre elles affirment avoir joué plus d'une fois par semaine aux AÉJ (Audet et autres, 2003). Les jeux sont différents les uns des autres et les personnes qui s'y adonnent aussi. Les motifs pour jouer sont hétérogènes et on soupçonne que les problèmes associés au jeu ne sont pas non plus homogènes (Chevalier et Allard, 2001).

Les personnes habitant les régions périphériques (GRRP)

Dans une certaine mesure, l'offre de jeu varie selon la région. Les valideuses de loteries ainsi que les revendeurs de loteries instantanées sont réparties sur l'ensemble du territoire (ces loteries peuvent d'ailleurs être achetées par abonnement de partout au Québec). Mais le bingo est moins disponible, les salons de paris et hippodromes permettant de miser sur les courses de chevaux (légaux) sont rares en périphérie et il n'y a que trois casinos au Québec. On peut donc proposer l'hypothèse que les joueurs des régions périphériques qui solliciteront un traitement se distinguent de ceux où l'offre de jeu est dissemblable. Si l'accès au jeu diffère selon la région, il en va de même de l'accès aux services – surtout l'accès géographique. Des évidences anecdotiques suggèrent que l'accès symbolique est aussi réduit en région, les personnes recherchant un traitement ne fréquentant pas toutes une ressource proche, et ce, en vue de conserver leur anonymat.

Pour les fins de notre recherche, parmi les régions participant au programme expérimental, seules les régions de la Gaspésie—îles-de-la-Madeleine et du Bas-Saint-Laurent sont évaluées.

Les personnes issues des communautés culturelles

Dans le cadre du programme expérimental, la seule communauté culturelle spécifique à laquelle une ressource offre des services de traitement particuliers, dans la langue des personnes traitées, est la communauté chinoise. Des recherches préliminaires (Service à la famille chinoise du Grand Montréal, 1997) et des relations anecdotiques nous permettent de penser que les joueurs de la communauté chinoise ne participent pas nécessairement aux mêmes jeux que les autres joueurs du Québec (par exemple, ils joueront plus au mah-jong, au *pai-gow* ainsi qu'aux jeux de table des casinos, et moins à la loterie). Les personnes de la communauté chinoise aux prises avec un problème de jeu se distinguent aussi des autres joueurs par des caractéristiques inhérentes à leur groupe culturel – surtout relatives à la démarche de demande d'aide. L'objectif initial était de mener un *"focus group"* auprès des joueurs traités. Nous avons vérifié la faisabilité d'une telle approche auprès de la directrice de la ressource de traitement dédiée à la communauté chinoise. Celle-ci nous a rapidement dissuadés de procéder avec une telle approche méthodologique ; les hommes chinois refusant, à cause de contraintes culturelles, de dévoiler et, *a fortiori*, de discuter de leurs problèmes personnels et familiaux. Il a donc été convenu qu'il serait préférable de procéder par entrevue individuelle – quatre entrevues individuelles étaient prévues à cette fin et le schéma général d'entrevue était le même que pour les autres entrevues individuelles ; des aménagements et adaptations mineurs y avaient cependant été apportés. Par contre, pour différentes raisons que nous décrivons dans l'annexe 9, nous n'avons pu rencontrer aucune personne issue de la communauté chinoise.

2.4. Les groupes établis selon les caractéristiques des traitements

Les personnes qui ont été traitées en interne (GRTI)

Un débat académique a cours depuis plus de quinze ans autour de la pertinence d'offrir des traitements intensifs en interne ou toute une gamme de services sont offerts par opposition à une thérapie plus « légère » offerte en externe, focalisant d'avantage sur une approche thérapeutique particulière (National Research Council, 1999). Le programme expérimental ayant intégré des ressources qui offrent des traitements en interne, il s'agit d'une superbe opportunité de comparer les deux approches, selon le point de vue des usagers.

Les personnes qui ont reçu une thérapie familiale (GRTF)

Le programme expérimental, tel qu'il avait été prévu originellement, visait à offrir des services individuels seulement et ne prévoyait pas inclure systématiquement au traitement la thérapie familiale. Certaines ressources ont utilisé la marge de manœuvre qu'il leur était loisible d'exercer pour offrir la thérapie familiale à tous les joueurs requérant des services auprès d'eux. Une telle approche thérapeutique a déjà été utilisée ailleurs auprès de joueurs pathologiques, mais aucune évaluation n'est présentement disponible (Steinberg, 1993). Ici encore, l'opportunité s'avère excellente d'obtenir le point de vue des usagers.

Les personnes qui participent aussi à des rencontres GA (GRGA)

L'approche GA a toujours été l'objet d'irréductibles partisans et d'acribes opposants. Certaines ressources ont intégré les groupes GA à tous les plans du traitement des joueurs qui demandent des services auprès de leur organisme ; d'autres ressources suggèrent fortement que les joueurs en traitement et après leur traitement participent à de tels groupes ; d'autres enfin ne feront que signaler l'existence de tels groupes. Il existe donc un important contingent de personnes qui participent aux groupes GA et plus encore, croyons-nous, qui n'auront pas recours à ce type de services. L'effet des groupes GA a été évalué et longuement discuté dans la littérature. Hodgins et ses collègues (2002) ont démontré que la participation à un groupe de soutien diminue la proportion des joueurs qui feront des rechutes. Dans le contexte québécois, il ressort cependant clairement que, pour les joueurs qui sont passés par le programme expérimental, les groupes GA représentent des services supplémentaires reçus par certaines personnes et non par d'autres. Il devient alors important de voir comment cet état de fait peut influencer sur les joueurs, les processus et les résultats.

Les personnes qui ont bénéficié d'un programme de gestion financière (GRGF)

À l'instar des personnes ayant reçu une thérapie familiale lors de leur passage dans le traitement expérimental, certains usagers ont, quant à eux, bénéficié d'un volet de gestion financière intégré systématiquement ou non au programme expérimental. Étant donné que les joueurs requérant un traitement pour leur problème de jeu ont essentiellement tous de graves problèmes financiers, il devient impératif de documenter la perception des joueurs à cet égard.

Les entrevues devaient être réalisées auprès de huit à dix personnes à la fois (la norme pour les entrevues de groupe) et elles ont eu lieu, pour la majorité d'entre elles, dans des locaux loués qui sont spécifiquement destinés et équipés pour tenir des entrevues de groupe. Le contenu des entrevues était basé sur un modèle similaire à celui des entrevues individuelles auprès de personnes ayant complété le traitement, mais abrégé pour convenir à une entrevue d'une heure et demie et avec une attention particulière sur la spécificité de chaque groupe, afin de connaître davantage la réalité de ces sous-groupes.

Recrutement des personnes

Les personnes étaient recrutées par le biais des intervenants dans les centres de traitement qui participent au programme expérimental (voir annexe 8). Les personnes ayant abandonné le traitement étaient contactées par un intervenant du centre où elles avaient amorcé une démarche. L'intervenant sollicitait la permission de transmettre le nom et le numéro de téléphone à l'équipe de recherche en vue de prendre rendez-vous pour une entrevue. Dans le cas des personnes qui ont complété la démarche, elles étaient abordées par un intervenant du centre où elles avaient reçu le traitement pour participer à une entrevue individuelle ou de groupe. Les critères de sélection permettant la formation des différentes

entrevues de groupe (spécificité des huit entrevues, par exemple, groupe de femmes, groupe de personnes qui ont été traitées en interne, etc.) ont été précisés par l'équipe de recherche à la personne responsable dans les centres de traitement, pour l'orienter dans sa recherche de participants. Les personnes intéressées à participer (ou, selon les régions, un sous-ensemble d'entre elles) étaient alors contactées par un membre de l'équipe de recherche et réparties entre les entrevues individuelles ou les différentes entrevues de groupe, selon leurs caractéristiques propres.

À l'occasion des communications téléphoniques ainsi que durant les entrevues, les participants ont été informés du caractère confidentiel de la recherche (voir annexe 2) et les chercheurs leur ont expliqué les objectifs de la recherche et les retombées attendues. Ils ont de plus indiqué aux usagers qu'ils pourraient être informés des résultats de la recherche, à la fin du mandat (voir annexe 3).

Difficultés éprouvées

Au départ, seules les personnes ayant complété le traitement depuis au moins un mois et au plus sept mois devaient être éligibles. Étant donné les réalités très différentes selon les organismes, telles que la durée variable des traitements, l'offre ou non de services post thérapie, le nombre peu élevé de demandes de traitement dans certains organismes, les gens recrutés avaient de facto complété le traitement depuis un laps de temps allant de trois semaines à dix-huit mois.

Nous devons également mentionner que le choix de cette méthodologie peut influencer les résultats de la recherche, du fait que les usagers que nous avons rencontrés constituent un échantillon identifié, au départ, par le personnel des organismes de traitement. Certaines réalités ont pu orienter ou restreindre le choix des participants et créer certains biais, par exemple : les organismes qui ont traité un petit nombre de joueurs; les pressions politiques propres au dossier du jeu pathologique; l'intérêt de participer ou non à la recherche; les liens pouvant exister entre les responsables du programme de traitement du CQEPTJ; l'horaire très chargé des intervenants et le manque de ressources ou de temps; la crainte des intervenants d'être évalués sur leur performance. Cependant, rappelons le caractère exploratoire de cette recherche qualitative, dont la représentativité n'est pas un critère ultime de scientificité. En effet, ce qui fait la spécificité de l'approche qualitative, c'est précisément de ne pas partir d'un sous-ensemble apparemment représentatif d'un ensemble plus large mais plutôt d'essayer de définir cet ensemble plus large en s'attachant à l'expérience vécue de certaines des personnes rencontrées, l'accent étant mis avant tout sur l'exemplarité des personnes retenues et non sur la représentativité.

Comme nous l'avons mentionné plus haut, à quelques reprises, nous avons éprouvé certaines difficultés en ce qui a trait au recrutement des participants, en particulier dues au fait de la répartition inégales des 23 centres de traitement dans les 4 sites pilotes et conséquemment de la proportion de joueurs traités. En effet, le site pilote incluant les régions administratives Bas-Saint-Laurent (01) et Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (11) compte 4 organismes de traitement pour le jeu et représente moins de 5 %² de la clientèle totale rencontrée. Pour sa part, le site comprenant les régions Québec (03) et Chaudière-Appalaches (12), dont 5 organismes participaient à l'évaluation, représente environ 30 % de la clientèle totale. Les régions Montréal-Centre (06), Laval (13) et Montérégie (16) incluses dans le troisième site, avec 13 organismes participants, rencontrent près de la moitié des joueurs et finalement, la région Outaouais (07), qui ne compte qu'un seul organisme dans son site, touche environ 15 % de cette population. Nous avons donc estimé qu'il était plus représentatif de sélectionner des participants pour les entrevues dans chaque site pilote, selon une proportion plus juste des demandes de services.

Cependant, il s'est avéré que nous avons peu d'influence sur le taux de participation de chaque organisme à la présente recherche et que, pour certaines catégories d'entrevues (abandon et groupe de discussion), le nombre de personnes ayant accepté de participer aux entrevues et le moment où les organismes nous ont transmis les noms des candidats variaient énormément, d'un endroit à l'autre, pour différentes raisons semble-t-il, telles que le manque de temps et de personnel, le nombre élevé de refus de participation de la part des usagers ou le nombre grandissant de demandes de participation à d'autres recherches.

Populations rejointes

Dans le cadre de notre recherche, nous avons finalement rencontré, entre le 1er octobre 2002 et le 30 janvier 2003, cinquante-six usagers choisis à partir d'une liste de 89 noms fournis par les organismes (au lieu des 102 personnes initialement prévues), les autres n'ayant pu être rejoints ou venir nous rencontrer pour différentes raisons. Seulement huit d'entre eux étaient des personnes ayant abandonné le dernier traitement, dont cinq des régions Montréal-Centre (06), Laval (13) et Montérégie (16), deux des régions Bas-Saint-Laurent (01) et Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (11), une de la région Outaouais (07) et aucune des régions Québec (03) et Chaudière-Appalaches (12). En ce qui a trait aux entrevues individuelles avec des personnes ayant complété le dernier traitement, treize personnes ont été rencontrées. Six venaient des régions 06, 13 et 16 ; trois des régions 01 et 11 ; trois des régions 03 et 12 et une de la région 07. Concernant les différents groupes de discussion, quatre femmes (sur une possibilité de dix participantes) se sont présentées pour le *focus group* qui leur était réservé, qui a eu lieu à Montréal, à la suite de l'entrevue de groupe tenue avec les sept joueurs (sur une possibilité de huit) dont le jeu de prédilection était autre que les AÉJ. Le troisième groupe rencontré à Montréal était celui formé de personnes ayant bénéficié d'un programme de gestion financière et comptait six participants

² Ces statistiques sont des approximations tirées des derniers chiffres fournis par les organismes de traitement au MSSS.

(sur une possibilité de dix). Le groupe de personnes venant de régions périphériques a été organisé à Rimouski avec six participants (sur une possibilité de onze). La rencontre qui regroupait les joueurs ayant eu une thérapie familiale s'est déroulée à Hull, avec quatre personnes (sur une possibilité de sept usagers). Finalement, les deux groupes organisés à Québec étaient celui formé des personnes ayant été traitées en interne, qui comptait cinq usagers (sur un total de huit) et celui avec des personnes participant aussi à des rencontres GA ou JA, dont trois membres seulement ont pu se présenter (sur une possibilité limitée de cinq participants, identifiés par les organismes des régions environnantes). Même si le nombre prévu de participant et celui obtenu diffère, la saturation des données a été atteinte au terme de ces rencontres.

Collecte des données

Le choix des thèmes de notre schéma d'entrevue a été inspiré par la littérature s'intéressant aux joueurs en traitement et a été construit de manière à permettre à chaque personne interrogée de s'exprimer librement sur son expérience et les différentes étapes de sa démarche. Ce premier canevas a été validé auprès d'experts et d'un ex joueur pathologique et pré-expérimenté auprès d'un usager qui a complété le traitement, d'un ayant abandonné et d'une entrevue de groupe. Le matériel recueilli a été gardé pour les fins de la recherche. Certaines modifications ont été apportées au schéma d'entrevue, au cours de la recherche, afin d'intégrer les éléments pertinents présentés par les usagers (les schémas d'entrevue sont fournis en annexe 6 et 7).

Incitatif et frais de déplacement

Chaque personne qui a accepté de participer à une entrevue personnelle ou de groupe s'est vu remettre un montant symbolique de 10 \$ (voir annexe 4). Dans le cas où les personnes refusaient ce montant, il était alors remis à une œuvre charitable au choix de la personne. Une telle démarche est coutumière pour des entrevues de cette durée. De plus, lorsque la situation l'exigeait, des frais de déplacement ont été payés à certains usagers pour participer à l'entrevue (voir annexe 5).

L'analyse des données

Comme nous l'avons précisé dans le modèle conceptuel (Donabedian, 1973), l'usager évalue son état de santé à partir de ce qu'il ressent et des informations qu'il retire de l'environnement. Il est donc le mieux placé pour faire part de son évaluation de la situation. L'analyse des données a donc porté sur le point de vue des usagers sur cette expérience.

Toutes les entrevues individuelles ou de groupe réalisées avec des personnes ayant abandonné ou complété le programme ont été retranscrites intégralement, afin de nous permettre d'en faire une analyse par des moyens informatiques, au moyen du logiciel QSR NVivo, N6. L'organisation des données cessant lorsque la saturation empirique des

informations est atteinte, la récurrence d'éléments clés ressortant du matériel a permis de mettre en perspective les différents moments de la démarche d'aide vécue par les joueurs.

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

Les données ont d'abord été codées manuellement selon des techniques d'analyse de contenu thématique (Bardin, 1977, Stewart et Shamdasani, 1990) et, par la suite, à l'aide de méthodes d'analyse discursive des relations d'opposition (Léger et Florand, 1985) tout ceci pour faire ressortir justement les écarts entre besoins et attentes, d'une part, services offerts et obtenus, d'autres part. Le nombre effectif d'entrevues a été suffisant pour atteindre la saturation informationnelle.

Les entrevues individuelles et de groupe sont analysées ensemble et les résultats sont présentés simultanément dans la suite du texte. Précisons qu'afin de préserver l'anonymat des répondants, les noms de personnes accolés aux extraits de verbatims sont des noms fictifs.

3. EXPÉRIENCES DES USAGERS

La partie suivante sera donc constituée de l'analyse de ces données, dans l'ordre thématique exposé ci-après :

1. Profil du joueur

- 1.1 Habitudes de jeu
- 1.2 Raisons de jouer
- 1.3 Évolution des habitudes de jeu

2. Motifs de consultation

- 2.1 Problèmes éprouvés
- 2.2 Motivations
- 2.3 Besoins ressentis
- 2.4 Attentes
- 2.5 Expériences antérieures d'aide

3. Adéquation besoin/service

- 3.1 Démarche d'aide
 - 3.1.1 Accessibilité
 - 3.1.1 Période d'attente
- 3.2 Besoins mesurés/besoins négociés
- 3.3 Motifs d'abandon

4. Services offerts

- 4.1 Premier contact
 - 4.1.1 Première rencontre
 - 4.1.2 Évaluation
- 4.2 Types de services reçus
 - 4.2.1 Services internes
 - 4.2.2 Services externes
 - 4.2.3 Rencontre de groupe
 - 4.2.4 Rencontre individuelle
- 4.3 Thèmes abordés
 - 4.3.1 Matériel didactique
- 4.4 Lieu physique
- 4.5 Horaire
- 4.6 Rôle des proches
- 4.7 Soutien financier
- 4.8 Groupe d'entraide

- 4.9 Confidentialité
- 4.10 Relation requérant/pourvoyeur
- 4.11 Suivi post traitement

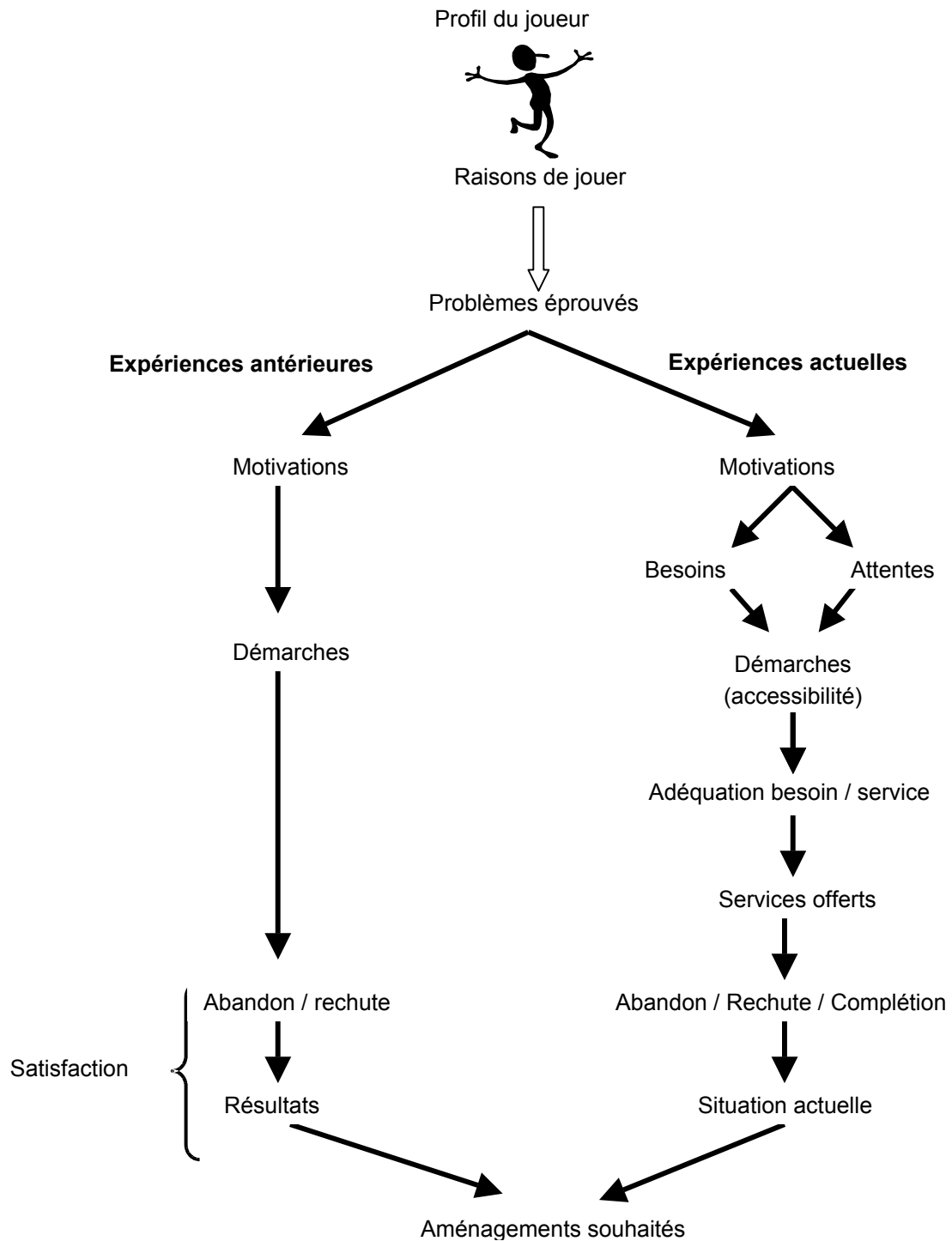
5. Résultats obtenus

- 5.1 Situation actuelle
- 5.2 Position face au jeu
 - 5.2.1 Abstinence/jeu contrôlé
 - 5.2.2 Rechute

6. Aménagements souhaités

- 6.1 Évaluation générale
- 6.2 Améliorations proposées
- 6.3 Mots descriptifs

Figure 2. L'expérience des usagers



1. Profil du joueur

Nos résultats démontrent que l'homogénéité qu'on imaginait chez les joueurs à problème il y a à peine quelques décennies est désormais à reléguer avec le folklore et les mythes. La complexification du joueur type, voire l'hétérogénéité des profils de joueurs, semble proportionnelle à l'offre de jeu, qui ne cesse de croître.

1.1. Habitudes de jeu

Les usagers qui ont participé à notre étude expriment une grande diversité dans leurs histoires de vie, leurs expériences dans l'univers ludopathe et leurs habitudes de jeu toutes aussi distinctes qu'éloquantes. Bien que certaines caractéristiques soient fréquentes, les différents récits nous font découvrir de multiples visages au monde du jeu et plusieurs facettes à la réalité du joueur.

Certains éléments semblent refléter des tendances lourdes (voir aussi Audet et autres, 2003), par exemple, le fait que plusieurs aient consulté pour un problème de jeu lié aux appareils électroniques de jeu³. En effet, les usagers des AÉJ affirment avoir rapidement éprouvé de graves problèmes, comme le précise si explicitement Wilfred (GRTF) : « *Bon, mon Waterloo moi, ça été les machines à poker là dans les bars.* » Certains avouent qu'ils jouaient aux machines bien avant l'implantation des AÉJ et indiquent des différences notables entre les anciennes machines et celles gérées par Loto-Québec depuis 1995. Notamment, les jeux sont différents, plus colorés et plus attrayants, les mises et les gains sont manifestement plus alléchants, l'accessibilité est beaucoup plus grande et le fait qu'elles ne soient plus autant stigmatisées augmente d'autant leur acceptabilité. Le plus souvent, les joueurs affirment leur attirance pour certains jeux et leur aversion pour d'autres. Ils justifient leur choix, par exemple, par le niveau possible des mises : « *Ça ce n'était pas assez cher ça... Moi, ça me prenait des..., des parties à vingt-cinq cennes, comme... les Couronnes, c'est ça.* » (Yvon, GRTF) On identifie aussi d'autres motifs, comme la vitesse du jeu, les primes possibles, la possibilité de gagner des tours gratuits, le fait de pouvoir arrêter soi-même la séquence du jeu ou l'impression d'avoir plus de contrôle ou de connaître certaines façons de déjouer la machine. Les possibilités de gains plus consistants constituent des incitatifs, comme le raconte Fernando (AB):

Mais il y a des jeux qui payaient plus quand..., bien selon les concepts là, mais ils disent que ce n'est pas vrai. Mais selon le concept que j'avais créé moi-même, euh!, je jouais plus, au maximum, puis je pensais qu'il y avait des jeux qui payaient plus en jouant au maximum, comme le Sept là, ce jeu-là parce que..., on gagne vite puis on perd vite.

³ Les appareils électroniques de jeu (AÉJ) sont les appareils de loteries vidéo (ALV) qu'on retrouve dans les bars, restaurants et hippodromes et les machines à sous qu'on retrouve dans les casinos du Québec. Au Québec, nous dénombrons, au moment d'écrire ces lignes, environ 14 300 ALV et près de 6000 machines à sous pour un parc total d'AÉJ de 20 000 machines.

La présentation graphique de certains jeux peut également être un facteur influent : « *Euh!, oui, moi c'était les..., les Sept en feu, tout ce qui avait... Pas les chiffres, c'est toutes les images moi. Je cliquais sur les images puis la musique puis les Cloches en folie, euh!, toutes ces choses.* » (Solange, GRTI)

Même si plusieurs conviennent de leur attirance pour les AÉJ, des adeptes du casino, soit les joueurs de cartes, de roulette, de baccara ou de keno ont aussi développé des problèmes de jeu pathologique. Encore là, plusieurs de ces joueurs avaient l'impression d'avoir le contrôle sur le jeu ou de maîtriser l'art du jeu, tel que Tony (GRAJ) le décrit : « *Ah, disons, moi, c'était la roulette et le blackjack. C'était pas mal les deux. Je m'étais trouvé un système à la roulette que je croyais quasiment infaillible là, puis... ça marchait. Après ça, je gagnais...* » Quelques-uns ont aussi parlé de leurs premières expériences de jeu à *Blue Bonnets* (désormais l'Hippodrome de Montréal) et de leur intérêt pour les courses de chevaux. Finalement, il est important de signaler que, pour certains des joueurs, leurs habitudes de jeu problématiques étaient liées aux loteries, telles que les 6/49™, le Banco™, les loteries instantanées et les paris sportifs et n'en étaient pas moins dérangeantes.

De plus, même si les joueurs sont plutôt fidèles à leur passion, il n'est pas rare d'entendre mentionner des changements d'allégeances ludiques, de voir se développer une dépendance à un second jeu en tentant de contrôler celle à un premier, ou de constater des changements de jeu pour des motifs de commodité, de nouveauté, de découverte ou d'expérimentation.

Comme on peut s'y attendre, l'accessibilité des jeux, la facilité et la rapidité avec lesquelles on peut assouvir sa passion est un facteur prépondérant dans le développement de la dépendance, le maintien de l'habitude de jeu ou la récurrence du problème :

Je pense, moi, ce qui a été le déclencheur, ç'a été..., oui, ç'a été le casino, mais beaucoup les vidéo-pokers, parce que c'est proche, t'en as partout, tu ne peux pas aller pisser que t'en as une à côté de toi. Mais tu peux y aller à pied parce que c'est à côté..., il y en a partout. Tu sais, à partir de chez vous là, quand il fait cette température-là puis aller au casino là, pour miser cent piastres que tu vas perdre en dix minutes puis tu vas être pris pour revenir chez vous parce que..., tu sais, tandis qu'à côté de chez vous, c'est cinq minutes à pied, tu perds cent piastres, tu reviens, t'as plus d'argent, ce n'est pas grave... c'est parce que c'est proche, la proximité fait que c'est facile, ça va vite puis c'est là que le problème a commencé. (Alain, AB)

En effet, bon nombre d'usagers des traitements rapportent avoir fréquenté des endroits situés près de leur lieu de résidence, de travail, dans leur quartier ou leur village et plusieurs mentionnent qu'ils trouvent difficile d'être autant sollicités. Si, pour certains, les établissements fréquentés sont déjà connus parce qu'ils y allaient déjà à titre de client habituel ou occasionnel avant de développer un problème de jeu, pour d'autres, les endroits

de jeux sont nouveaux et inhabituels. Plusieurs ont aussi mentionné la gêne ou la honte qu'ils éprouvaient à jouer, particulièrement aux AÉJ, et évitaient donc les endroits où ils pouvaient rencontrer des personnes qu'ils connaissaient ou être reconnus. Certains précisent de plus qu'ils essayaient de changer d'endroit régulièrement pour éviter d'être identifiés, dérangés ou d'établir des contacts avec d'autres joueurs. D'autres ont avoué avoir souvent essayé de trouver des sites de jeu différents pour ne pas que leur conjoint ou des membres de leur famille puissent les retrouver trop facilement ou rapidement.

L'ambiance propre aux casinos semble aussi être un autre facteur qui influence, attire ou rebute certaines personnes. Alors que plusieurs apprécient l'ambiance euphorique ou l'anonymat rassurant du casino, d'autres, en revanche, détestent les lumières, le bruit et la foule installée devant les tables de jeux ou les bandits manchots⁴. Quelques personnes ont mentionné qu'ils appréciaient la grande latitude que permettent les heures d'ouverture du casino (dans certains cas, ouverts 24 heures sur 24), l'assouplissement des règles concernant le code vestimentaire, la possibilité de retrait de montant d'argent plus important qu'à d'autres endroits et l'interdiction de consommer de l'alcool dans les aires de jeu, contrairement aux endroits où se trouvent les ALV (où un permis d'alcool est une condition *sine qua non* à l'obtention d'un permis d'opération d'ALV).

La fréquence de leurs activités ludiques se révèle aussi être un indicateur important de leurs habitudes de jeu problématique. Le jour de la paye semble être un moment particulièrement propice (ou dangereux) pour jouer. Pour certains, c'est le montant qu'ils ont pour jouer - ou dont ils peuvent disposer - qui détermine la durée de la séance de jeu, alors que pour d'autres, la durée du jeu peut dépendre de facteurs externes tels que la « gentillesse du croupier avec moi », si la machine paie ou non, le temps libre avant l'arrivée du conjoint, la tenue d'une joute sportive et plusieurs autres facteurs tout aussi diversifiés que personnels.

Que ce soit à intervalle régulier, par séquences intensives, en dérapage contrôlé ou frénétiquement, le jeu semble être une préoccupation journalière – diurne et parfois nocturne –, pour la majorité des joueurs.

Dès lors, la question que l'on peut se poser, et que plusieurs usagers se sont posée, c'est : pourquoi joue-t-on ? - ou plutôt - pourquoi *continuons-nous* de jouer, si l'on sait pertinemment que nous finirons perdants, un jour ou l'autre ?

1.2. Raisons de jouer

Il existe un vaste éventail de raisons rapportées par les joueurs pour se livrer à ces activités. En effet, la satisfaction éprouvée en jouant ou la pertinence de s'adonner à la pratique des jeux de hasard et d'argent sont expliquées par les joueurs par une panoplie de motifs et de justifications.

⁴ Un synonyme pour les machines à sous, de l'expression anglaise «one-arm bandit».

D'emblée, les adeptes de ces jeux parlent du plaisir de jouer et de celui de gagner des montants d'argent tout autant imprévus que substantiels. Le lien avec le gain d'argent « facile » est évidemment, au début du moins, un aspect important de l'attrait propre à ce passe-temps. Celui lié à l'excitation et à l'euphorie de jouer – et de gagner – est un autre plaisir considérable, comme le décrit Rogerio (COM) : « *Le “ rush ” tout simplement. Le “ rush ” du jeu. Puis c'était..., c'était comme une “ shot ” d'adrénaline pendant que..., pendant que, ça tournait à l'écran.* » En effet, on réalise que simplement l'agrément de jouer semble satisfaisant pour plusieurs, comme le précise Lison (AB) : « *Ce n'est pas juste de gagner... c'est niaiseux ah!, mais mes trois coups de couronnes gratuits ou mes cinq coups de couronnes gratuits ou mes dix coups de couronnes gratuits, je les aime. Je pense que c'est vraiment de jouer.* » Alors que d'autres font plutôt référence au bonheur de gagner un montant, si minime soit-il : « *Comme je te dis, je mettais vingt piastres..., oui, je mettais vingt piastres, je gagnais dix piastres, j'étais bien content. J'avais collecté un dix. Je l'avais quasiment eu la machine.* » (Jean-Roch, AB)

Le besoin de tranquillité et d'évasion est un autre motif décrit très souvent. Les pressions ressenties au travail, à la maison, ou à propos des relations sont autant de sources de frustration décrites par les joueurs pour expliquer leur besoin de « décrocher de ses problèmes » et le bien-être éprouvé de « décompresser » ou de relaxer. La solitude, l'ennui et le manque d'activité sont aussi d'autres raisons souvent évoquées par les usagers, tout comme le désir de se changer les idées pour fuir une situation familiale ou professionnelle difficile, par exemple, la maladie d'un proche, la dépendance d'un conjoint, la perte d'un emploi ou un changement dans le statut social.

L'influence des autres (conjoint, ami, membre de la famille), le fait de se trouver dans un endroit où le jeu est disponible, voir les primes et les lots progressifs affichés, se sentir en sécurité, aimer la compétition ou prendre des risques, avoir un emploi saisonnier ou beaucoup de temps libre, se gâter ou faire plaisir aux autres, se croire une personne « chanceuse de nature », sont d'autres raisons d'aimer les jeux de hasard et d'argent. Finalement, comme le dit si bien Louis (COM) :

Parce que toutes les défaites sont bonnes pour aller jouer... Si j'avais de l'argent de lousse, j'allais jouer. Si j'avais besoin d'argent, j'allais jouer. Si j'avais envie de m'évader, de ne plus penser à rien, si j'avais des troubles, je ne sais pas, moi, à la maison ou bien à l'ouvrage un peu, bon je voulais déconnecter, j'avais rien qu'à aller jouer puis tu ne penses plus à rien, tu vois les affaires virer en avant de toi puis tu vires fou puis tu ne penses plus à rien puis tu n'as plus aucune logique.

Comme on peut le constater, il y a des changements, une évolution des habitudes de jeu chez la majorité des joueurs. Alors que plusieurs font des liens avec leurs premières expériences de jeu dans le milieu familial, dans leur enfance, d'autres ont découvert le jeu tardivement, sans jamais imaginer qu'ils pourraient développer une dépendance. Il ressort

de notre analyse que les raisons pour lesquelles le joueur pratique cette activité tendent à se modifier avec le temps. Les motivations du début, celles admises avant de consulter et celles nommées à la suite de la thérapie se transforment avec les jours, les mois et l'expérience.

1.3. Évolution des habitudes de jeu

Si l'agrément du jeu est souvent décrit par les usagers quand on fait référence à la chaîne des comportements liés au jeu excessif, on réalise que le plaisir de gagner de l'argent se transforme pour certains, assez rapidement, en nécessité de « se refaire », de regagner l'argent perdu qui, dans plusieurs cas, était déjà destiné à d'autres fins. Certains parlent du cercle vicieux dans lequel ils se retrouvent prisonniers, comme l'explique Alain (AB) :

Euh!, oui je mise plus fort qu'avant, c'est parce que ça c'est un cercle vicieux, t'as perdu de l'argent, tu mises plus pour en regagner, il faut... Mais tant que t'es dans le cercle vicieux que tu dois, n'importe qui va jouer pour essayer de payer ses dettes mais qui ne les paiera pas, bon c'est toute l'histoire là. Mais ça, ce cercle-là, c'est mortel. Quand t'es là-dedans, t'es mort. Là je suis là-dedans. Vous savez, il n'y a plus rien à faire.

D'autres mentionnent qu'ils retournent souvent au jeu, car c'est l'issue ultime pour se sortir de marasmes financiers insolubles : « *Quand t'as une situation où est-ce que t'as des dettes, tu cherches des solutions. Puis comme c'est des solutions, que tu connais le casino, bien c'est facile de retomber.* » (Pierre, GRAJ) Plus encore, certains ne parlent même plus de reprendre l'argent perdu, mais bien de l'entêtement et de l'acharnement à vouloir « battre la machine », le croupier ou déjouer les lois du hasard. Certaines personnes ont aussi parlé du besoin physique qui s'est fait sentir, à la longue, comme l'exprime Solange (GRTI) :

En général, moi, quand je jouais, c'était parce que j'en pouvais plus, je cédaïs en jouant là, mon obsession de jouer diminuait. Je me..., pour me débarrasser de la pensée d'aller jouer, il fallait que je joue [...] C'était pour soulager la tension, je me..., je me fichais de gagner ou de perdre, mais je savais que par expérience que pour être libéré de l'obsession, il fallait que je joue. [...] Ça fait tellement mal là que tu dis : « maudit, je vais être libérée quand je vais avoir ma dose »..

Bien que certains joueurs allèguent une maladie, un gène déficient ou une vulnérabilité personnelle particulière comme facteurs explicatifs de l'escalade de leur problème de jeu, la majorité des personnes soutiennent que leur problème de jeu s'est développé ou amplifié à cause de facteurs comportementaux ou environnementaux, tels que l'accessibilité, la publicité, des problèmes personnels, l'appât du gain ou des gains considérables lors des premières expériences, vouloir recouvrer les pertes d'argent, perdre la notion de l'argent, cesser une autre dépendance et faire un transfert, augmenter sans cesse les mises et le temps de jeu, penser s'en faire un emploi, comme le souligne Carl (COM) : « *Moi, c'était*

comme une espèce d'ouvrage, je me suis dit " si je peux m'en faire un métier presque, un gagne-pain, je serais joueur puis... ", c'était ça mon but là, comme tel. De gagner ma vie avec ça, si je peux dire. »

Cependant, une chose est claire : à la suite de la thérapie, la majorité des usagers reconnaissent de nouvelles raisons pour expliquer leur attirance pour le jeu, telles que l'insécurité, la frustration, la peur, l'impuissance, le besoin de combler un vide, la fuite ou encore, un « moyen anesthésiant », comme l'explique Suzie (GRF) :

C'est comme si euh!, oui, je pense que tu te gèles, je veux dire, tu sais, t'es toute seule, t'as ta machine devant toi, t'as pas à parler à personne, t'as pas à expliquer quoi que ce soit, t'as pas à dire : " aie!, j'ai mal en dedans là ", t'as pas à dire rien de ça. Tu pèses puis c'est tout. Tu sais, t'as pas à penser à rien. Ton cerveau est vraiment au neutre. Mais comme je te dis, je veux dire je peux te le dire aujourd'hui, après thérapie, avant j'aurais..., je ne pouvais pas voir euh!...

Cette dernière section nous laisse deviner bon nombre de répercussions et de problèmes découlant d'une activité de jeu trop intense chez ceux qui sont pris dans l'engrenage, souvent bien malgré eux. Des conséquences qui débordent fréquemment de la vie personnelle du joueur pour se répercuter sur sa famille, son environnement de travail et ses relations.

2. Motifs de consultation

De mauvaises habitudes de jeu ou la perte de contrôle durant cette activité entraînent de nombreux problèmes dans la vie des joueurs et dans celle de leur entourage, les atteignant de diverses manières. Les motivations, les besoins et les attentes des personnes qui décident de chercher de l'aide pour se sortir de cette malencontreuse situation sont souvent accompagnés de crainte, de découragement, de honte, de désespoir ou parfois d'espoir.

2.1. Problèmes éprouvés

Que ce soit sur le plan personnel, relationnel, financier ou professionnel, il arrive souvent que toute la vie du joueur soit déstabilisée au profit du jeu. Plusieurs situations, anecdotes et conséquences sont décrites par les usagers.

Les problèmes personnels des joueurs sur le plan de la santé mentale ou physique témoignent de nombre de difficultés. Bien que plusieurs décrivent certains troubles physiques fréquents : problèmes d'insomnie, de digestion, de migraines, de tremblement, de tics nerveux et de transfert de dépendance, la majorité insiste davantage sur des conséquences d'ordre cérébral, moral ou spirituel. Presque tous ont mentionné ressentir du

remord, du regret, de la culpabilité, de la honte, une perte de dignité en rapport avec leur vécu de joueur. Ils ont fait mention de découragement, de désespoir, de dépression, d'angoisse, de peur ou de solitude. Plusieurs se sentent démotivés, dévalorisés, déprimés et manquent d'énergie. Certains signalent aussi le changement de caractère, l'intolérance, l'irritation, l'agressivité et la mauvaise humeur dont ils font maintenant trop souvent preuve. Ils constatent un cheminement qui va à l'encontre de leurs valeurs ; ils sont devenus menteurs, manipulateurs :

Les coups bas que tu peux faire, les menteries que tu peux conter puis toute la manigance qu'il y a là-dedans là, tu t'en viens maniganceux là-dedans, dans le jeu. Un moment j'étais rendue assez menteuse un moment donné, c'était comme..., ça ne se peut pas. Tu sais, un moment donné, je m'en rendais même pas compte, ça sortait. C'est comme..., puis ce n'est pas une vie en même temps. (Sylvie, COM)

Ils avouent être souvent obsédés par le jeu. Ils parlent aussi de l'abandon de leurs rêves, de leurs projets, de l'absence d'une qualité de vie. Plusieurs font aussi état d'angoisse, de crise de panique, d'idées suicidaires ou de tentatives de suicide : « *Qu'est-ce que tu veux, c'est d'arrêter de souffrir. T'as tellement mal en dedans, de toute façon je pense que t'as plus rien en dedans, quand t'es rendue là, là, t'as vraiment plus rien. Moi en tout cas, je ne sentais plus rien. Je sentais juste que j'avais mal puis je voulais en finir.* » (Sonia, COM)

En ce qui a trait aux relations familiales ou avec l'entourage, diverses situations problématiques découlent du vécu de joueur. Comme on peut s'y attendre, le fait de passer beaucoup de temps – ou d'argent – à la pratique de cette activité, peut facilement occasionner des complications dans le noyau familial. Plusieurs font mention de problèmes de couple, d'absence de communication, de manque de confiance, de remontrances, de querelles, de situations de crise et même de violence ainsi que, dans plusieurs cas, de séparation ou d'expulsion de la maison. Ils signalent aussi la peine imposée à la famille ou le manque de temps à leur accorder, la rupture des liens familiaux et le défaut de remplir ses obligations. Rogerio (COM) précise ainsi : « *Bien la famille la même chose, je n'avais aucun intérêt à les voir. Je n'étais pas moi-même, je n'étais pas moi-même. Je n'étais pas content avec moi-même, alors c'est impossible que je sois confortable ou content avec qui que ce soit autour de moi.* »

Les relations avec l'entourage, les amis et les collègues subissent aussi des effets des habitudes de jeu de la personne. L'isolement dans lequel le joueur se place entraîne tranquillement la détérioration de ses relations, la perte de contact et se transforme souvent en absence de vie sociale et amoureuse, tel que le mentionne Guylain (GRAJ) : « *Mais en étant un joueur compulsif, je pense que c'est pas dans notre mentalité d'appeler...c'est une des bases qu'on apprend... en joueur compulsif, c'est de... couper toutes les communications qui peuvent exister, ça évite de faire des mensonges.* » Le caractère changeant du joueur et ses problèmes financiers (emprunt, vol, etc.) provoquent

fréquemment des malaises ou la dégradation des relations, d'où découle une perte de confiance de l'entourage.

Tel que mentionné, nombreux sont les tracas et pénibles les inquiétudes relatés par les joueurs concernant leur situation financière. L'utilisation pour le jeu de l'argent prévu à d'autres fins conduit inévitablement à l'incapacité de remplir ses engagements mensuels, comme le souligne Sonia (COM) : « *Là c'est quoi, le propriétaire vas-tu t'envoyer quelque chose, là, toute ça parce que ton loyer est en retard ? Parce que ton auto, le paiement n'est pas fait, est-ce qu'il y a quelqu'un qui va t'appeler ? Est-ce qu'il y a quelqu'un qui... Ou le facteur passait là puis je " capotais " là. Ce n'est pas drôle avoir peur du facteur...* » Quelques fois, même les besoins primaires n'étaient pas comblés, comme le mentionne Rogerio (COM) : « *J'avais..., même si j'avais rien dans le frigo, si je n'avais pas d'essence dans la voiture, si les comptes..., les comptes ça, c'est une autre chose, je n'y pensais pas, ça..., ça c'était pour demain, puis demain, j'allais..., bien pas quêter mais je m'en allais toujours emprunter à quelqu'un ou j'avais toujours de quoi pour me sortir du trou.* » Comme il le souligne, les emprunts d'argent, les avances de fonds, les demandes de cartes de crédits supplémentaires, la vente de biens personnels, l'emprunt à des usuriers (*shylocks*) sont seulement quelques-unes des tactiques utilisées pour se donner les moyens de continuer à jouer. D'autres avouent même avoir fraudé leur établissement bancaire, commis des vols, falsifié des documents, détourné des fonds pour pouvoir payer des dettes urgentes ou tenter de « se refaire ». En résultent plusieurs conséquences telles que perte de sa résidence, de ses biens, de ses épargnes de retraite, faillite personnelle ainsi que problèmes légaux.

Concernant la vie professionnelle, plusieurs rapportent avoir vécu des situations difficiles ou embarrassantes à cause de leur mauvaise habitude. La fatigue excessive au travail, le manque d'attention, de concentration, de performance, de productivité et de motivation est chose courante pour eux. L'épuisement professionnel (*burnout*) ou la nécessité de cumuler plusieurs emplois en même temps est mentionné par plusieurs comme résultante, ainsi que le souligne un joueur de longue date : « *Si j'avais..., si j'avais un emploi puis que ça ne me permettait pas d'en avoir assez pour pouvoir jouer, bien j'avais un deuxième emploi.* » (Philippe, COM) De plus, l'emprunt d'argent ou les mensonges à l'employeur, la demande d'avance sur sa paie, les fausses déclarations de maladie, les retards répétés ou les vols ont entraîné, pour certains, des complications et même des pertes d'emploi.

Tous ces problèmes relatés par les joueurs sont autant de raisons qui ont influencé leur décision de vouloir changer de vie, aspirer à autre chose ou sortir de cet enfer. Même s'il peut être difficile pour un joueur d'accepter qu'il a un problème, qu'il ne peut se sortir seul de cette situation et de choisir d'entreprendre des démarches pour suivre une thérapie, la décision a finalement été prise par chacun d'entre eux, pour quelques-uns à plus d'une reprise, avec espoir et courage pour certains ou en dernier recours pour d'autres.

2.2. Motivations

Nous avons d'abord demandé aux usagers de se remémorer le début de leur démarche et de qualifier leur degré de motivation d'entreprendre une thérapie pour le jeu. Les réponses variaient du plus bas de l'échelle au plus haut, en fonction de la raison principale pour laquelle ils consultaient. Quelques personnes ont exprimé avoir eu peur de l'inconnu, s'être senties mal à l'aise, avoir appréhendé de devoir raconter leur vie à des inconnus ou encore auraient préféré s'en sortir seuls ou trouver une solution moins laborieuse, comme le souligne René (GRRP) : *« Ah non, moi, ça me tentait pas fort. Mais c'est parce que moi je voulais une solution tout de suite, une solution rapide... Ça existe pas, une solution rapide, c'est toi qui travailles dans ta tête. »* Alors que d'autres n'y croyaient pas trop et avouent avoir commencé les démarches pour plaire aux autres ou pour avoir bonne conscience : *« Mais je n'y allais pas nécessairement pour être guéri de ma pathologie là, si je peux dire,...non, j'y allais peut-être au début pour... Mon objectif, avant de commencer, c'était peut-être plus avoir une bonne conscience puis devenir plus sage dans mon..., dans ma compétition si je peux dire. »* (Carl, COM) Sinon, ils voulaient oublier la culpabilité ressentie devant les pertes importantes de la dernière séance de jeu ou encore, craignaient de devoir arrêter complètement de jouer, ce qui avait pour conséquence de diminuer leur motivation. Par contre, certains affirment avoir remis leur vie entre les mains de l'intervenant et s'être présentés en thérapie en toute bonne foi et avoir considéré cette démarche comme la solution ultime à leurs problèmes. Mais comme plusieurs l'ont sagement mentionné, le secret d'une thérapie qui fonctionne c'est de la faire pour les bonnes raisons : *« J'ai pas mal d'expérience en fait de..., de joueur là, j'ai joué toute ma vie... Je ne connais pas un joueur compulsif qui a réussi à arrêter de jouer pour faire plaisir à quelqu'un. C'est impossible ça. »* (Wilfred, GRTF)

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

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

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

Le témoignage essentiel qui ressort de nos rencontres est qu'une des motivations principales qui amène quelqu'un en thérapie est l'épuisement, l'impression d'être acculé « au pied du mur » ou la « dernière porte de sortie », comme le décrit Solange (GRTI) : « *Mais euh!, j'avais euh!..., j'avais atteint ce qu'on appelle un bas-fond intérieur, un état de découragement profond qui m'emmenait à désirer sincèrement la mort. Euh!, je me voyais aller dans ça puis je me sentais impuissante à contrôler. Et puis le jeu, c'était comme une drogue, j'en avais besoin même si je le maudissais.* » Plusieurs se sentaient impuissants devant leur pulsion et ne voyaient aucune façon de changer les choses, comme l'explique Romain (COM) : « *Parce que j'étais rendu sérieusement... quand j'étais rendu aux idées suicidaires, c'est que, peu à peu, il s'installait la conviction que je ne m'en sortirais pas. Et c'est ça qui a..., qui a été ébranlé..., qui m'a déclenché je dirais vers l'abstinence... Il fallait d'abord que je crois que c'était possible pour moi. Et..., et..., et ça, ça a été un élément déclencheur important.* » Le besoin de regagner l'estime de soi, de retrouver ses valeurs et la fierté de « se regarder dans le miroir » ont aussi été mentionné par plusieurs.

Pour d'autres, c'est la peur de tout perdre qui a servi d'élément déclencheur à la démarche d'aide : « *Puis j'avais eu..., j'ai comme eu tellement peur de perdre ma blonde, tu sais, puis ma famille... mais tu sais, je n'ai pas paranoïé mais quasiment là. Là j'ai dit : " aie!, il faut que je me réveille ".* » (Jean-Roch, AB) Le fait d'encaisser de grosses pertes financières répétées est aussi un motif qui en a convaincu plusieurs de cesser de jouer, tel que Wilfred (GRTF) : « *Mais les deux dernières fois, j'ai fait des retours au jeu, ça a duré une semaine, puis j'ai tout joué ce que j'avais. Ce que je gagnais, je jouais, j'ai joué euh!, mon compte de banque, j'ai joué mon salaire, ma carte de crédit, la carte de crédit de ma femme, j'ai tout joué. Fait que là c'est là que ça ne marchait plus...* »

De plus, certains ont précisé qu'ils avaient pris cette décision pour éviter des réprimandes, pour faire cesser les menaces ou la pression extérieure : « *Je vais chercher de l'aide là. Ma conjointe va être contente si je le fais ... C'était mon moyen détourné pour ne pas trop me faire chialer.* » (Jean, COM) Et d'autres, carrément obligés par la cour, leur famille ou leur employeur : « *Puis c'était mon patron à part de ça qui m'avait emmené là, puis qui m'avait trouvé le spot... La première journée, mon patron... ensemble, lui il est assis là, moi je suis assis là, puis, tu sais, il dit : Occupe-toi de lui là. Aïe! le patron!* » (Tony, GRAJ)

Finalement, la plupart ont payé cher – et paient encore pour certains – d'avoir attendu si longtemps avant de faire des démarches. Plusieurs ont dû s'y reprendre plus d'une fois avant d'être assez motivés pour s'en sortir, comme le raconte Suzie (GRF) :

J'avais 48 heures pour aller chercher mon linge puis mes sacs verts,... il fallait que je me trouve un appartement puis tout. Puis je suis allée rester chez un ami puis je restais dans une petite chambre, avec mon gars puis mes sacs verts... Mais c'est que ça n'a pas arrêté là... J'ai recommencé... Puis c'est..., c'est blessant tu sais avec mon gars, quand tu te retrouves, tu sais, j'ai toujours travaillé puis quand je me suis retrouvée avec mes sacs verts puis mon petit bonhomme, ç'a fessé dans le "dash" je vais te dire.

Bien que tous ces motifs évoqués par les usagers les aient conduits à entreprendre une démarche pour régler leur problème de jeu, il n'en demeure pas moins que chacune de ces raisons répond à des besoins particuliers, dépendamment des motivations, du vécu et des différentes conséquences occasionnées par les habitudes ludiques.

2.3. Besoins ressentis

Quels sont donc les besoins ressentis par les personnes qui décident de faire une thérapie pour le jeu ? Quels besoins éprouvent-ils et quels problèmes veulent-ils régler à l'aide de cette thérapie ? Quelle utilité aura donc cette démarche pour eux ?

D'emblée, l'instinct de survie est un argument mentionné de façon récurrente dans les réponses données à ces questions. En effet, plusieurs parlent de « sauver sa peau », d'arrêter « d'avoir de la misère », de reprendre une « vie normale », de trouver un nouveau mode de vie ou un sens à sa vie, de retrouver sa dignité ou son estime de soi. D'autres signalent plutôt le besoin d'apprendre à se contrôler, à ralentir, à diminuer l'envie de jouer ou à jouer « normalement » pour régler leur problème et cesser de s'endetter. On mentionne aussi le désir de trouver des trucs pour arrêter de jouer, comme le souligne ce joueur : « *Mais c'est ça. Comme me guérir à ne plus jouer.* » (Jean-Roch, AB) Un autre besoin souvent mentionné et tout aussi fondamental est celui de comprendre pourquoi on joue, de trouver les raisons qui nous font jouer, la source du problème, ainsi que le souligne (Raynald, GRTI) : « *Puis moi là, c'est ça, ce qui m'a donné un bon coup de main dans ma thérapie là, en partant, j'étais motivé là à trouver c'était quoi, c'est quoi qui me faisait*

jouer... » De plus, quelques personnes ont souligné le besoin de comprendre les pièges du jeu, les « dessous » des jeux de hasard et d'argent.

2.4. Attentes

Considérant les besoins ressentis par les joueurs, il est intéressant de connaître leurs attentes à l'égard des réponses possibles à leur besoin. À cet effet, voici une liste non exhaustive de ces attentes.

- Recevoir de l'aide
- Rencontrer du personnel qualifié
- Recevoir des services différents
- Être écouté et compris ;
- Faire une introspection
- Faire transmettre de l'information à son entourage
- Avoir de l'aide pour régler ses problèmes financiers
- Avoir un programme structuré
- Obtenir des renseignements, des ressources, des services
- Se faire « sauver »
- Se faire convaincre
- Aucune attente

Bien des joueurs avaient des attentes élevées à l'égard de la participation, de l'implication ou des qualifications de leur intervenant et attribuent à ce dernier une grande part de la réussite – ou de l'échec – de leur démarche. Beaucoup s'attendaient à recevoir du soutien, des conseils, de la motivation, des solutions, des trucs ou des réponses à leurs problèmes et ce, de la part de spécialistes qualifiés et expérimentés. Comme le précise Gilles (GRGF), : *« Qu'ils me trouvent quelque chose que je me rentre dans la tête pour me décourager d'aller jouer. »* Un autre joueur de longue date conclut : *« Le problème là, c'est pas le jeu là. C'est entendu que si le jeu existe pas, on jouera pas, mais le jeu il est là puis il va rester là... Ce qui veut dire que moi, je cherchais des réponses. C'est moi le problème puis il faut que je le trouve dans moi. Il faut que je déracine le... problème à la source. »* (Arthur, GRGF)

Plusieurs d'entre eux mentionnent qu'ils ne croyaient pas pouvoir être aidés par quelqu'un d'autre et n'avaient donc pas d'attente à l'égard de cette thérapie. Ils étaient très sceptiques devant les résultats qu'ils obtiendraient grâce à ces services. En effet, ils mentionnent qu'ils n'étaient pas très optimistes et ne pensaient jamais réussir à changer leurs habitudes, comme l'explique Rogerio (COM) : *« Ah!, je savais que..., je sais que j'allais passer un mois de sevrage, ça oui. Mais de..., mais au niveau de comportement, je ne pensais pas avoir un*

changement là-dessus. » Par contre, d'autres se souviennent n'avoir eu aucune attente, car ils étaient trop déroutés au début de la thérapie.

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

Finalement, comme le rapporte Alain (AB), qui en était à sa quatrième tentative de démarche d'aide, avec un brin d'humour et beaucoup d'espoir : « *Un miracle probablement. Non, mais qu'est-ce que tu veux que je te dise. Je ne suis pas..., je ne suis pas fou non plus, ça ne marche pas nulle part...* » Certains n'ont donc pas trouvé réponse à leurs questions et sont sortis amers et déçus de leur expérience.

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

2.5. Expériences antérieures d'aide

Les motivations qui les avaient alors incités à tenter de reprendre le contrôle de leur vie ou de ralentir leur rythme étaient sensiblement les mêmes que celles éprouvées lors de la dernière démarche. La déprime, la honte, le remords ou la peur de tout perdre ont été mentionnés, de même que la perte d'argent ou la motivation de vouloir se renflouer ou de « remplir les coffres ». Un joueur a aussi parlé du plaisir du sevrage : « *Même que j'étais fier de moi quand j'arrêtais, je me disais : « là au moins, j'ai fait, je ne sais pas moi, trois, quatre, cinq jours ». Puis quand tu rejouais, bien t'étais..., le "feeling" était plus le "fun" parce que ça faisait un bout que t'avais pas joué.* » (George, AB)

Les tentatives ou les différentes démarches que les usagers ont entreprises pour arriver à se contrôler sont variées. Si certains ont essayé de trouver de l'aide extérieure avec des thérapeutes ou des groupes GA, tout le monde affirme avoir essayé maintes fois de se contrôler, par effort de volonté, en se donnant différents trucs ou astuces ou encore à l'aide de moyens plus draconiens, comme le résume le tableau suivant.

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

EXPÉRIENCES ANTÉRIEURES D'AIDE	
DÉMARCHE PAR SOI-MÊME	DÉMARCHE ENCADRÉE
- Se contrôler par effort de volonté ; - Donner le contrôle des finances à quelqu'un d'autre ; - Payer ses choses au fur et à mesure ; - Garder moins d'argent sur soi ; - Faire activité avec entourage ; - Se donner un horaire de jeu ; - Diminuer les mises ; - Déménager, changer de ville ; - Se motiver avec un autre joueur ; - Tenter de comprendre les pièges ; - Moins fréquenter les endroits de jeu ; - Contrôler sa consommation (boisson, drogue) ; - Remplacer par un autre jeu ; - Se faire un contrat d'autocontrôle ;	- Appeler une ligne d'aide téléphonique (JAR, SOS-JEUX) ; - Aller au GA ou au JA ; - Programme d'autoexclusion ; - Suivre une thérapie externe ; - Rencontres avec spécialistes ; - Psychiatrie à l'hôpital ; - Prendre des médicaments ; - Faire une cure fermée dans une maison de thérapie ; - Aller au CLSC ; - Parler à son médecin de famille ; - En parler à son PAE ; - Thérapie cognitive au CQEPTJ ; - Hypnothérapie ;

Chacun d'entre eux a soutenu que la plupart du temps, après chaque séance de jeu perdante ou intensive, ils prenaient la décision de ne plus jouer ou se juraient de prendre des moyens pour changer les choses. Ils enchaînaient par la suite que, le lendemain matin ou au moment d'une rentrée d'argent, ces intentions étaient disparues, car ils vivaient une « période chanceuse » ou bien voulaient reprendre les dernières pertes, avant d'arrêter pour de bon, comme le précise Georges (AB) : « *Je n'étais jamais capable de m'en sortir. Pourtant, je me disais : « je suis dans le trou, j'ai des comptes à payer, pourquoi je gage encore ? »... On va la regagner cet argent-là... On va la regagner!* »

Les motifs d'abandon qui ont trait à ces expériences passées d'aide infructueuse des usagers auprès de professionnels de la santé, de groupes d'entraide ou d'autres tentatives de traitement peuvent nous aider à mieux comprendre leur réalité. Les raisons qu'ils énumèrent pour expliquer les rechutes ou l'abandon des démarches sont très variées. L'insatisfaction vis-à-vis des services ou des résultats obtenus en est une majeure. Avoir beaucoup de temps libre, être en vacances ou nouvellement à la retraite, n'avoir rien à faire ou s'ennuyer sont aussi d'autres raisons souvent invoquées pour retourner jouer. Vivre des contrariétés à la maison ou sentir de la pression au travail sont d'autres facteurs influents qui bouleversent souvent les bonnes intentions des joueurs. Plusieurs ont aussi parlé de « vouloir se tester » ou d'essayer de jouer modérément, quand ils ne sont pas influencés par un ami, par des primes élevées sur les ALV ou par la trop grande accessibilité de l'offre de jeu, comme le dénonce Philippe (COM) : « *Bien des bouts, j'ai essayé de ne plus aller dans*

les places, mais ça finit toujours que tu y retournes... Puis les machines sont là, à la vue, ça finit que tu rejoues. Veux, veux pas, tu les voies..., tu les voies virer. Si au moins, quand il n'y a personne qui joue dessus, si les machines ne tournaient pas... »

D'autres ont attribué leur retour au jeu à une rentrée d'argent imprévue (héritage, bourse, etc.) ou, au contraire, à l'espoir de s'acquitter d'une facture urgente ou imprévue dont ils n'arrivaient pas à se dégager. Certains sont retournés jouer pour se féliciter, se récompenser d'un bon coup ou d'un arrêt prolongé. Finalement, quelques-uns ont souligné qu'ils étaient gênés ou mal à l'aise d'appeler la personne qui les avaient aidés (ami, parent, thérapeute, parrain GA, etc.) et avaient continué la descente sur la pente glissante des nombreuses occasions de jeu. Le tableau qui suit, résume donc les motifs d'abandon relatifs à des services reçus par des groupes d'entraide, tels que les GA ou les JA ainsi que ceux reçus lors de thérapies antérieures.

Tableau 4. Motifs d'abandon relatifs à des services reçus antérieurement

MOTIFS D'ABANDON	
Groupe d'entraide	Thérapies antérieures
- Désaccord avec le principe d'abstinence totale ; - Gêne de raconter ses problèmes devant les autres ; - Démotivation car trop d'échanges, d'histoires et d'expériences sur les rechutes ; - Trop loin du lieu de résidence du joueur ; - Horaire inadéquat à cause de son emploi du temps ; - Manque de structure, de profondeur ; - Malaise en groupe, trop de proximité, de familiarité ; - Aucun élément d'aide, de thérapie, de solution, de suivi ; - Plus de nouveauté, l'impression d'être dans un club social ; - Avoir le sentiment d'avoir moins de problèmes (et de besoins) que les autres cas « plus graves » ;	- Pas de réponse à ses questions ; - Manque de connaissance sur le jeu ; - Trop dispendieux ; - Trop de pression, de confrontation ; - Disponibilité insuffisante à suivre une thérapie ; - Manque de rigueur de l'intervenant ou du programme ; - Climat trop « froid » ;

Si les dernières tentatives n'ont pas été concluantes ou définitives pour ces derniers, nous allons maintenant voir comment s'est déroulée la dernière expérience pour tous les usagers que nous avons rencontrés dans le cadre de l'évaluation du programme expérimental sur le jeu pathologique et qui ont complété ou abandonné la thérapie.

3. Adéquation besoin/service

On sait que les services d'aide relatifs au jeu sont nouveaux au Québec. Étant donné l'aspect assez récent des traitements offerts aux joueurs et l'intérêt grandissant du gouvernement à s'investir dans ce dossier afin de trouver des solutions efficaces au problème de jeu pathologique, il est important de s'interroger sur les différentes démarches que les usagers ont faites pour trouver de l'aide et de savoir si leurs besoins et leurs attentes ont été comblés tout au long de ce processus.

3.1. Démarche d'aide

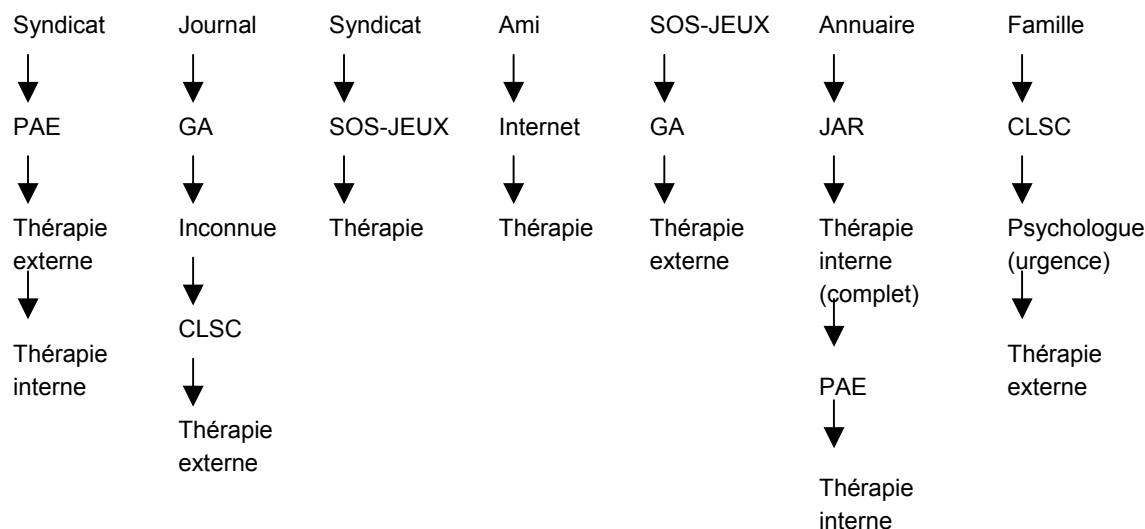
Alors que certains ont dû faire plusieurs démarches avant de trouver un endroit pour recevoir des services appropriés à leur besoins, dans quelques cas précis, l'identification de la ressource d'aide est venue d'une référence obtenue lors d'une consultation externe pour un problème de santé (psychologue, psychothérapeute, médecin, travailleur social). En effet, quelques personnes se sont vues proposer ou imposer par différents intervenants de suivre une thérapie pour régler leur problème de jeu.

3.1.1. L'accessibilité des traitements

La majorité des usagers rencontrés nous indiquent qu'ils ont choisi ou décidé de faire des démarches pour arriver à se sortir du marasme dans lequel ils se trouvaient. Pour certains, les démarches ont été simples, rapides et satisfaisantes alors que pour d'autres, elles ont été complexes et effectuées en plusieurs étapes.

Les situations qui ont conduit directement l'utilisateur à une ressource d'aide sont les cartons de JAR ou SOS-JEUX qui se trouvent dans les endroits de jeu, ou encore un proche qui avait des contacts avec l'organisme, un programme d'aide aux employés (PAE), un travailleur social, psychologue ou médecin de famille (au CLSC ou à l'hôpital), l'annuaire téléphonique, Internet, les bureaux des Services d'aide financière de la Sécurité du revenu, une annonce à la télévision ou un membre GA. Certaines personnes ont précisé qu'elles connaissaient l'organisme pour l'avoir déjà fréquenté, parce qu'elles connaissaient quelqu'un qui y travaillait ou parce qu'elles avaient fait le lien entre le traitement des dépendances générales et leur problème de jeu.

Par contre, d'autres ont dû prendre des chemins plus sinueux avant de trouver réponses à leurs besoins, comme le résume les différents schémas suivants :



Les raisons qui ont motivé les usagers à opter pour un service plutôt que pour un autre varient aussi selon leurs besoins et leurs attentes, mais sont souvent liées à la disponibilité, à l'accessibilité et aux coûts de la thérapie. Quelques-uns désiraient recevoir des services internes, d'autres préféraient des services externes, pour différents motifs que nous verrons plus loin. Certains, qui avaient déjà essayé d'autres types de services, ont arrêté leur choix sur des nouvelles options, mieux adaptées à leur besoin, comme par exemple, un endroit offert exclusivement aux joueurs. D'autres ont pris leur décision en fonction de l'horaire ou simplement parce que tel endroit a été le premier à répondre à l'appel. De plus, plusieurs personnes rapportent avoir évité une file d'attente insoutenable à cause d'un contact à l'organisme ou avoir réorienté leur choix à cause de la trop longue liste d'attente.

3.1.2. Période d'attente

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

Encore là, selon les personnes ou leur degré de détresse, si pour certains une attente de quelques mois est tolérable, pour d'autres, il est insoutenable de devoir attendre une semaine avant de recevoir de l'aide, vu l'urgence de leur condition, ainsi que l'explique Sonia (COM) :

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

Certains d'entre eux ont aussi connu des situations difficiles durant la période d'attente et vécu différentes expériences, ainsi que le raconte Louis (COM) : « *J'ai joué. J'ai joué pas mal. T'es laissé à toi tout seul. Tu vas à la soirée d'information, puis après ça... le cours commence, mettons trois semaines, un mois là, je le sais pas, je me souviens pas. Il y en a qui venaient de commencer la semaine d'avant. .* »

Quelques-uns soulignent que l'attente a eu pour effet de dédramatiser la situation et les démotiver d'entreprendre une thérapie. Alors que d'autres se sont résignés et ont attendu leur tour, faute de ressources. Il faut cependant préciser que cette situation ne semble pas se présenter pour les traitements externes dans les régions périphériques, mais bien en ce qui a trait aux thérapies internes ou externes dans les milieux urbains. Par contre, dans les plus petits organismes où les intervenants sont peu nombreux, certains usagers ont dû patienter à cause de manque de personnel. Certains font mention des absences pour cause de vacances ou des congés de maladie qui ont quelquefois occasionné des retards, des reports de rendez-vous ou des délais pas toujours appréciés.

Certains ont déclaré, qu'au contraire, l'enclenchement de la démarche s'était déroulé sans heurt et avait été bénéfique à cause de la rapidité de l'action, tel que l'explique Rémi (COM) : « *La journée même, mon psychologue m'avait appelé déjà pour "booker" mes rendez-vous. Hey!, "boy", c'est allé plus vite que je pensais. Moi, dans le fond, c'était pour un bien là, j'étais heureux, c'est qu'enfin je vais peut-être..., enfin m'en sortir. Ça a été un long processus là, mais...* »

Durant la période d'attente, plusieurs mentionnent qu'ils ont apprécié avoir un retour d'appel rapide, un premier contact avec l'intervenant ou une date fixée pour un rendez-vous, car ça les motivait, les rassurait ou les encourageait à continuer. Si certains organismes n'avaient aucun service à offrir aux joueurs en attente d'une place, d'autres ont développé différentes stratégies ou techniques pour contourner les délais d'attente et le découragement des

clients. Certains d'entre eux offrent des groupes de soutien ou d'accueil ou proposent simplement de se présenter dans les GA, en attendant qu'une place se libère pour la thérapie. D'autres offrent aux usagers de faire une thérapie de groupe, car les places y sont plus disponibles que dans les thérapies individuelles. Certains ont apprécié avoir des services d'urgence, tel que le centre 24/7 à Hull, qui pouvait les recevoir au moment de la crise et d'autres ont dénoncé le manque de service de ce genre et souligné leur nécessité. Finalement, quelques personnes ont mentionné avoir grandement apprécié que leur intervenant garde le contact avec eux, durant la période d'attente, alors que d'autres ont dit avoir souffert d'un manque de suivi durant cette période.

3.2. Besoins mesurés/besoins négociés

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

De nos entrevues ressortent différentes opinions, points de vue et expériences des joueurs en traitement. Si plusieurs ont vu leurs attentes comblées et leur but atteint, d'autres, en revanche, n'ont pas atteint leur objectif. Plusieurs d'entre eux reconnaissent d'emblée que leur motivation et leur implication déterminent grandement les résultats qu'ils obtiendront. Ils affirment tous qu'il faut « être prêt » et vouloir le faire pour soi.

Si certains se sont plaints du peu de ressources, de services, de soutien, d'argent et d'information mis à leur disposition et à celle de leur famille, d'autres ont loué la qualité des services dont ils ont bénéficié. Ils mentionnent avoir grandement apprécié s'être sentis acceptés, écoutés, respectés dans leur rythme et accompagnés durant tout le programme :

Parce que moi c'est ça, j'ai dit : « moi ce que je veux, ce n'est pas de me sauver des machines ». Mais moi, mon problème, la machine, il y en a partout de ça là. Fait que moi ce n'est pas de m'éloigner des places, c'est de contrôler là, il faut que je me contrôle par rapport à ces machines-là. Fait que c'est ça là qu'on s'est mis à travailler là pour savoir au juste c'est quoi qu'il fallait que je fasse là par rapport à ça. (Bruno, COM)

Certains précisent qu'ils ont pu négocier l'horaire, certains thèmes abordés en thérapie ou se faire entendre alors que d'autres prétendent le contraire. Par contre, comme le souligne Jean (COM), certains s'en accommodaient bien : « Non, non, c'est elle qui décidait. Puis c'est normal aussi, c'est elle la thérapeute qui connaît ça pis qui décide... » Mais la majorité d'entre eux, précisent qu'ils ont senti une réciprocité, un échange ou une négociation entre les deux parties : « Il dit : “ si t'es prête à mettre les efforts, il dit : moi je suis là, je suis prêt à m'investir”. Mais il dit : “ je vais te demander de faire un “ meeting ” par semaine en plus ”.

Ça, j'ai trouvé ça dur. J'ai dit, au début, j'ai dit : " j'ai de la misère avec ça, j'ai dit : les " meetings " mais je vais y aller... " » (Sylvie, COM)

Si certains ont trouvé utile de remplir tous les documents proposés dans le cadre du programme de traitement pour le jeu, d'autres ont mentionné leur désaccord ou leur manque d'intérêt à remplir les différents formulaires et à effectuer tous les devoirs. Ils ont apprécié ne pas y être obligés alors que d'autres ont ressenti la nécessité de le faire.

Concernant la gratuité ou non des services, quelques usagers sans le sou ont grandement apprécié l'offre de l'organisme de faire « des arrangements » pour payer les frais de leur démarche. D'autres ont déploré le fait qu'ils n'avaient pas les moyens de faire une thérapie interne, option qu'ils auraient préférée, et ont dû suivre le programme externe, car l'inscription dans la maison de thérapie était trop dispendieuse.

Finalement, la majorité des personnes qui ont complété le programme ont signalé qu'elles trouvaient le programme adapté à leur besoin et à leur situation. Quelques-unes d'entre elles ont toutefois indiqué qu'il « manquait un petit quelque chose », comme l'explique Louis (COM) : *« Tu sais, il y a quelque chose qui manque, là... On le sait qu'on va perdre, puis les chances puis le hasard puis tout ça...Sauf que moi je pensais... je me serais attendu devant ma thérapie qu'on sache un peu plus que ça... qu'on aille plus loin. »*

Par contre, ceux qui ont abandonné la thérapie n'ont évidemment pas vu leurs attentes comblées et n'ont pas trouvé le programme adapté à leur situation, comme nous le verrons dans la prochaine partie.

3.3. Motifs d'abandon

Il ressort de notre recherche auprès des usagers que plusieurs d'entre eux n'en sont pas à leur première expérience de démarche thérapeutique et que, pour certains, les résultats souhaités ont été obtenus après deux, trois et même quatre tentatives. Il est intéressant de connaître, dès lors, quelles sont les raisons qui justifient un abandon des démarches chez les usagers rencontrés, raisons qui sont aussi apparentées aux motifs d'abandon des expériences antérieures (voir 2.5). Le tableau suivant illustre les différents motifs d'abandon rapportés par les usagers qui ont abandonné leur dernière thérapie.

Tableau 5. Motifs d'abandon de la plus récente thérapie

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

Nous avons été surpris d'entendre quelques usagers nous révéler ignorer s'ils avaient « abandonné » la thérapie ou s'il y avait une suite prévue, comme le mentionne Lison (AB) : « Je pense que..., non, je pense qu'il n'était peut-être pas terminé, mais il ne m'a rien dit, moi j'ai arrêté, euh!, je ne sais même pas si c'est moi qui a arrêté ou si c'est lui qui m'a dit : “regarde, on a trouvé le problème”, je ne me souviens plus. »

La grande partie des abandons est due à un manque de réponses aux questions et aux besoins de l'utilisateur ainsi qu'à une insatisfaction à l'égard du programme, du matériel, des techniques ou des aptitudes de l'intervenant. Comme l'explique ironiquement Alain (AB) : « *Bien là... J'avais déjà essayé avant : les psychologues, les psychiatres, ils sont tous..., bon, je suis peut-être incurable, d'après moi c'est ça. Mais euh!, tu leur poses des questions, il te regarde. On dirait que l'hamster est parti chercher son déjeuner puis que la roulette est vide, ce n'est pas..., ce n'est pas..., tu ne comprends pas, tu dis : " voyons, allo". Je ne sais pas. »*

Quelques personnes ont aussi fait mention du sentiment d'abandon qu'ils avaient éprouvé de la part de l'intervenant qui, peut être à cause d'une longue liste d'attente, a écourté ou échelonné les rendez-vous sur plus longue période que ne l'aurait souhaité ou nécessité l'utilisateur ou encore qui n'est pas allé chercher assez loin la cause de leur problème, ainsi qu'en fait état Lison (AB) :

Ce n'est pas que je ne sentais plus le besoin, c'est que je me suis peut-être sentie délaissée un petit peu vu qu'il voulait m'espacer. Peut-être que lui m'a sentie plus forte que dans le fond j'étais. Peut-être qu'on n'a pas été chercher en profondeur, profondeur, profondeur là. Et, au lieu d'avoir mon heure de thérapie, je ne l'ai jamais eue mon heure. Encore on a peut-être eu une demi-heure, trente-cinq minutes, quarante minutes, puis ça finissait. Moi j'ai vraiment senti qu'on n'a pas été chercher le bobo d'aplomb. Lui, il a peut-être senti que j'étais rendue assez forte, je ne le sais pas. Tu comprends-tu ?

Si quelques-uns d'entre eux gardent espoir et ont entrepris d'autres démarches avec des services différents ou des groupes d'entraide ou encore prévoient le faire un jour, lorsqu'ils se sentiront vraiment prêts, d'autres comme Alain (AB) n'y croient plus vraiment : « *Quand je suis parti de là-bas, j'ai dit : " c'est terminé ". Elle dit : " bien là... " ; " non, c'est terminé. J'ai tout essayé, ça n'a pas marché, " fuck you ", au diable, au diable. Quand ça pétera, ça pétera, c'est tout ". »*

Comme nous l'avons constaté lors des entrevues, différentes formes de services sont offertes aux joueurs pathologiques qui décident de suivre un traitement. En effet, chacun des 23 organismes pour le jeu que nous avons rencontrés a développé, adapté ou transformé le contenu du programme expérimental du CQEPJT en fonction des demandes et des besoins auxquels il devait répondre et des ressources et des budgets dont il disposait. Quelles sont donc ces différences et ces particularités propres à chaque organisme ?

4. Services offerts

Dans la prochaine partie, on décrit les différents services dont les usagers ont pu bénéficier tout au cours de leur traitement.

4.1. Premier contact

Le premier contact que les usagers ont avec l'organisme où ils suivront une thérapie est généralement téléphonique. Aussi, parce que plusieurs usagers ne se résolvent à demander de l'aide qu'en dernier recours, une bonne part d'entre eux sont alors en situation d'urgence, comme en témoigne Diane (AB), qui raconte : « *J'ai appelé dans la nuit. C'est dans la nuit puis j'ai demandé d'avoir un..., parler à quelqu'un pour avoir de l'aide, puis ils m'ont dit de rappeler le lendemain matin. Bien tu sais, ils ont quand même..., me rassurer là, tu sais...* » Aux dires des usagers, ce premier contact est important et peut même être décisif, car c'est à ce moment que la thérapie commence à être envisagée comme une solution possible, qu'elle est expliquée sommairement, que la glace est « brisée » et surtout, qu'un premier rendez-vous est fixé.

4.1.1. Première rencontre

Pour plusieurs usagers, la première rencontre avec l'intervenant est appréhendée comme une étape difficile à passer. Ils sont gênés, nerveux, souvent désespérés ou complètement « perdu ». Ils ont honte et peur d'être jugés, et, pour ceux qui se dirigent vers une thérapie à l'interne, peur de l'inconnu ou d'être isolés avec des étrangers. L'un d'eux précise :

Et je pense que dans l'espace d'une heure, je me suis levé pour aller à la toilette trois fois parce que, justement, j'étais nerveux d'être..., d'aller dans une place où j'allais être cloîtré sans connaissance. Je ne connaissais personne, rien du tout, où ce que j'étais, où ce que j'étais rendu puis c'est ça, j'étais nerveux plus que d'autre chose. Je ne savais vraiment pas à quoi m'attendre. (Rogerio, COM)

Dans ce contexte, nul besoin d'insister sur le fait que les usagers aient besoin d'être rassurés, ce que la plupart des intervenants font en montrant de l'empathie, en prenant le temps d'écouter et parfois même, en créant un lien d'amitié avec eux. De plus, l'intervenant profite souvent de l'occasion pour se présenter, décrire le programme ou les services offerts – si un tel choix existe –, donner des informations sur le déroulement de la thérapie, expliquer les différents choix offerts à l'utilisateur, par exemple, la thérapie de groupe ou individuelle, et au besoin, diriger l'utilisateur vers d'autres ressources complémentaires telles que les groupes d'entraide. Pour la plupart, cette première rencontre a un effet d'apaisement, de soulagement et donne l'impression au joueur qu'il est pris en charge et qu'il s'engage. Pour d'autres, qui ressentent un besoin d'aide urgent et la nécessité de directives claires, la rencontre initiale laisse une drôle d'impression de perte de temps ou d'incompréhension : « *Je ne me sentais pas bien. Je... J'avais l'impression qu'il disait des*

choses qui n'avaient pas rapport avec ce que je vivais. C'est comme si..., c'est comme s'il y a été "at large" puis avec toutes sortes... Je l'ai laissé parler un peu en commençant parce que..., tu sais, c'est nouveau pour moi aussi là. » (Philippe, COM)

4.1.2. Évaluation

La première rencontre représente aussi très souvent le moment choisi pour l'évaluation du joueur qui se déroule individuellement dans la plupart des cas mais aussi, parfois, en groupe. L'évaluation initiale vise principalement à établir un « diagnostic » de jeu pathologique et obtenir, auprès de l'utilisateur, un ensemble d'informations permettant au thérapeute d'orienter l'intervention. L'entrevue diagnostique et la collecte des renseignements pertinents sont réalisés à l'aide de questionnaires et de formulaires que l'utilisateur se voit administrer ou doit lui-même remplir (notamment le DSM IV et le SOGS, mais aussi, dans plusieurs centres, d'autres outils proposés par le CQEPTJ, dont les inventaires d'anxiété et de dépression de Beck).

Alors que la plupart des usagers se prêtent volontiers à la passation des tests et voient d'un bon œil l'évaluation, d'autres ont perçu ce moment comme un élément pouvant retarder leur entrée en thérapie ou, comme un moyen de trier les usagers, tel qu'en témoigne Solange (GRTI) : *« Ils font une évaluation, ils passent par trois..., je dis deux ou trois personnes pour évaluer si la personne est vraiment prête pour passer une thérapie pour ne pas que d'autres..., ça l'empêche de d'autres qui sont prêts à venir. »*

4.2. Types de services reçus

Comme nous l'avons mentionné précédemment, il existe plusieurs types de services ou de thérapies. On peut distinguer sommairement les services internes de ceux externes et les thérapies de groupe de celles individuelles. Le type de thérapie offert dépend de l'organisme qui fournit les services et des ressources disponibles. Assurément, les services offerts dans les régions périphériques sont beaucoup moins nombreux que ceux offerts en milieux urbains pour des raisons de budget et de demande.

4.2.1. Services internes

Les usagers qui ont fait une thérapie interne (d'une durée variant de 5 à 28 jours), s'estiment pour la plupart très satisfaits. Selon plusieurs usagers rencontrés, ce type de thérapie est ce qu'il y a de mieux et ils la perçoivent comme la solution à leurs problèmes ou comme un cocon où l'on se sent « à l'abri de nous-mêmes ». Parmi les avantages énumérés par les répondants, on peut mentionner que la thérapie interne leur a permis de se donner un moment de répit, de « décrocher », de faire une introspection profonde et, dans certains cas, de traiter d'autres dépendances. Sans oublier, évidemment l'aspect « fermé » des thérapies internes qui permet d'être éloigné des tentations du jeu et qui fait dire à certains que toutes les conditions de réussite y sont réunies. Par contre, d'autres, moins satisfaits ou franchement insatisfaits de leur expérience, ajoutent que l'on s'y sent trop contrôlé, que ce

service est trop dispendieux si l'on a pas une aide gouvernementale, surtout dans la mesure où les joueurs sont, le plus souvent, déjà notablement endettés : « *Pour quelqu'un qui a un problème d'argent parce qu'il joue puis tout ça, puis il a pas d'argent, c'est sûr que moi, si ça m'avait coûté 1 200 \$ pour faire une thérapie, ils m'auraient jamais eu (rires)* » (Steeve, GRRP) Enfin, des usagers signalent que le retour à la maison après une absence d'un mois peut être difficile parce que l'on doit réintégrer son milieu familial. Mais pour plusieurs, incluant ceux qui ont suivi une thérapie de 28 jours, il reste que l'intervention n'est pas encore tout à fait suffisante et qu'un suivi, ne serait-ce qu'occasionnel, apparaît des plus souhaitable.

4.2.2. Services externes

Il est courant, lorsque les services offerts sont externes, que les rencontres aient lieu sur une base hebdomadaire. La plupart des joueurs qui travaillent y voient là un avantage dans la mesure où ils peuvent continuer de vaquer à leurs occupations. Cependant, un certain nombre d'usagers ayant eu recours à ce type de services lui ont attribué de sérieux inconvénients. Entre autres choses, les services externes sont associés, selon les répondants, à des risques plus élevés de rechutes puisqu'ils ont encore accès au jeu. Ils sont perçus insuffisants pour un joueur qui aurait de gros problèmes parce qu'ils n'impliquent pas un changement de comportement assez important; ils permettraient seulement de sensibiliser les gens à leur problème plutôt que les résoudre. Une alternative semble intéressante selon les participants : la thérapie externe, de type intensive, où les usagers sont suivis huit heures par jours, durant un mois. Elaine (GRGA), qui a suivi une telle thérapie, y voit un avantage considérable et affirme : « *Ce que je voyais dans la journée, quand je revenais chez nous, je pouvais l'appliquer tout de suite, c'était vraiment... La différence avec la thérapie que j'ai trouvée moi là, c'est que, au moins là il me servait à tous les jours, je pouvais le mettre tout de suite en application.* »

4.2.3. Rencontre de groupe

Que ce soit dans les maisons de thérapie ou les centres de traitement fournissant des services externes, il est fréquent que la thérapie soit offerte en groupe. Soit parce que la demande est trop importante pour y répondre avec des rencontres individuelles, soit parce que la thérapie de groupe est une orientation thérapeutique choisie par l'organisme. Tout comme la rencontre initiale avec le thérapeute, le premier contact avec le groupe peut rendre mal à l'aise ou être gênant. Habituellement, cet effet se dissipe au fil des rencontres, sans quoi l'utilisateur peut demander, si un tel service est offert, un transfert au programme en individuel. Parfois, il abandonne ou demeure dans un groupe qui ne fonctionne pas parce qu'il n'ose pas prendre la parole. Par contre, pour ceux qui continuent dans cette voie, la thérapie de groupe leur permet de réaliser qu'ils ne sont pas seuls, d'acquérir de la confiance en eux en passant par-dessus leur timidité et de constater que la réussite est possible en observant les progrès chez les autres. L'approche de groupe permet aussi de dédramatiser sa propre situation en se comparant à d'autres dont le problème est plus grave

et à développer des liens d'amitié avec des personnes qui nous comprennent vraiment. De plus, le groupe a aussi pour effet de motiver les usagers à ne pas rechuter parce qu'il serait trop honteux, selon certains, de faiblir alors que les autres tiennent le coup. Aussi, le climat instauré dans les groupes de thérapie est souvent décrit comme agréable ou favorable à l'apprentissage. On souligne le climat de confiance, d'encouragement ou d'empathie, par exemple qui y règne.

Cependant, pour d'autres, la thérapie de groupe comprend aussi des effets indésirables. C'est le cas, par exemple, pour certains qui n'osent pas y retourner après une rechute ou pour ceux qui réalisent, en écoutant les autres ou en les voyant abandonner qu'il est très difficile de s'en sortir et se découragent. Par ailleurs, des usagers n'ont pas aimé leur thérapie de groupe parce qu'ils ne se sont sentis aucune affinité avec les autres ou qu'à force d'entendre parler du jeu, ils n'avaient que le goût de retourner jouer.

4.2.4. Rencontre individuelle

Presque tous les usagers ont bénéficié de rencontres individuelles à un moment ou l'autre de leur thérapie. Pour plusieurs, c'est la norme, ils voient toujours leur thérapeute individuellement. Pour d'autres, les rencontres individuelles sont occasionnelles –la thérapie se faisant généralement en groupe- et elles servent à approfondir certains aspects de la relation d'aide comme le précise Diane (AB) : *« Il y en a qui, les conséquences sont plus dramatiques. Puis qui faisait que pour moi, mes conséquences n'étaient pas dramatiques quand je compare aux autres, puis la thérapie individuelle voulait me faire voir mes propres conséquences. J'avais plus de difficultés à les voir quand tu te mets en perspective des autres. »* Les personnes qui ont suivi des thérapies individuelles disent avoir choisi ce type de thérapie surtout parce qu'ils ne voulaient pas que tout le monde connaisse leur histoire et qu'ils ne se sentaient pas prêt à partager leurs émotions avec les autres ; ils avaient l'impression que, seuls, ils pourraient vraiment parler d'eux.

Le monitoring devait initialement porter sur le programme de traitement proposé par le CQEPTJ. Une première consultation de l'équipe de recherche de l'INSPQ auprès des directeurs et des coordonnateurs cliniques des établissements participant au monitoring a révélé que les organismes, en plus d'appliquer le programme entièrement ou en partie, avaient recours à d'autres approches thérapeutiques pour traiter les joueurs (Allard et autres, 2003). Il a donc été impératif de prendre en compte les modifications apportées au programme dans son évaluation.

4.3. **Thèmes abordés**

Dépendamment de l'approche thérapeutique retenue par l'organisme, différents thèmes sont abordés lors des séances. On reconnaît néanmoins, parmi les thèmes mentionnés par les usagers, un certain nombre qui proviennent du programme du CQEPTJ. Les usagers se rappellent, entre autres, avoir discuté de la définition du hasard, des pensées erronées, des

mythes face au jeu, des problèmes relationnels, des situations à risque et de la prévention de la rechute. Plusieurs étaient étonnés, trouvaient les informations intéressantes, apprenaient de nouvelles choses, comme par exemple, que les chances de gagner sont pratiquement nulles compte tenu de la loi des probabilités. Enfin, certains réalisaient qu'il n'y a pas de stratégie dans les jeux de hasard, qu'ils n'ont pas, contrairement à ce qu'ils croyaient, le contrôle sur la machine : « *Moi ce qui m'a frappé, c'est la seule chose qu'elle m'a appris, c'est que ce n'est pas moi qui arrêtais les sept, ça, ça m'a..., ça m'a quasiment traumatisé. Je suis quasiment venu les yeux plein d'eau quand elle m'a dit ça que ce n'était pas moi qui arrêtais la machine.* » (Alain, AB) Quelques-uns ont même manifesté de la colère, de la rancune et disent avoir l'impression de s'être « fait avoir par Loto-Québec ».

Un bon nombre, cependant, juge que les informations transmises n'étaient pas toutes utiles, pertinentes et complètes ou en quantité suffisante. Qui plus est, certains ont même prétendu qu'elles pouvaient leur nuire :

C'est ça que je lui ai dit : " la seule affaire que tu m'as montrée là, ça m'a nui ". Elle m'a regardé. C'est vrai. Elle me disait, elle m'a expliqué la loi des probabilités, des nombres puis tout ça, les probabilités, bla-bla-bla-bla. Elle disait : " une machine qui vient de payer là, le monde dit : on ne joue plus dedans, elle ne paiera plus. Il faut que vous compreniez que c'est le hasard. Elle peut repayer. " (Alain, AB)

D'autres ajoutent, que ce qu'on leur apprenait était niais ou qu'ils avaient l'impression d'être infantilisés, comme en témoigne Sylvie (COM) : « *Puis j'ai l'impression..., j'ai l'impression que tu parles comme à une enfant de deux ans. C'est comme..., bon, la définition du hasard, tu joues à pile ou face.* »

Les usagers qui ont suivi des thérapies plus générales, c'est-à-dire incluant à la fois des éléments de l'approche cognitive et d'autres approches tels que l'analyse transactionnelle, la thérapie d'impact, l'art thérapie, l'approche des 12 étapes, etc. se souviennent avoir abordé des thèmes liés davantage aux émotions, rattachés à leur quotidien ou à leur passé. Durant leurs séances de thérapie, ils parlaient de leurs sentiments, tels que la frustration, la peur, la peine, ainsi que de la confiance en soi, de leur enfance et des points marquants de leur vie. Plusieurs en profitaient pour exprimer tout ce qu'ils avaient gardé trop longtemps en eux alors que d'autres ne voulaient rien dire ou étaient bouleversés. Enfin la plupart des usagers qui recevaient une thérapie de relation d'aide disent avoir parlé de leurs problèmes, leur quotidien, leurs motivations et les solutions qu'ils envisagent. Règle générale, contrairement à ceux qui ont abandonné le programme, ceux qui l'ont complété considèrent que la majorité des thèmes abordés en thérapie aident la personne à cesser de jouer.

4.3.1. Matériel didactique

Pour les aider dans leur travail, plusieurs intervenants utilisent une variété d'outils mis à leur disposition ou en développent de nouveaux. Parmi les outils mentionnés par les répondants à notre étude, outre ceux proposés par le programme du CQEPTJ, des usagers se souviennent avoir écrit des lettres au sujet de tout ce qui leur donnait du ressentiment, avoir décrit leur historique de joueur, lus des articles ou des livres sur le jeu et visionné des reportages ou des films sur la dépendance. Ceux qui travaillaient avec le matériel du programme d'évaluation et de traitement des joueurs excessifs se rappellent avoir rempli plusieurs questionnaires, utilisé le carnet de bord, que d'autres nomment les fiches d'auto notation, et fait des exercices ou devoirs tels que « à moi de jouer ».

Les usagers qui appréciaient les outils utilisés lors de leur thérapie soulignent leur utilité, leur impact ou l'avantage associé au fait de passer plusieurs fois le même test et ainsi pouvoir observer son cheminement. Ils jugent, de plus, avoir acquis diverses connaissances et aiment relire le matériel même une fois la thérapie terminée. D'autres, par contre, considèrent que les outils utilisés étaient trop enfantins, inutiles ou qu'ils leur faisaient ressentir trop d'émotions. Certains ajoutent qu'ils ne faisaient pas tout le travail demandé parce qu'il était difficile de remplir les fiches quotidiennement ou qu'ils jugeaient que c'était une perte de temps, comme en témoigne Carl (COM) :

Ça arrivait qu'à la dernière minute, le vendredi matin, je changeais de crayon puis je remplissais les " chaque jour " là..., parce que je n'avais pas..., je n'étais pas..., je ne me considérais pas " pas grave " comme comportement. Je veux dire, moi j'en n'avais pas manqué pendant la semaine là. J'en tremblais pas si je n'allais pas jouer. J'en n'étais pas rendu à ce stade-là, fait que c'est pour ça que j'y allais un petit peu librement avec les..., mettons le questionnaire sur les..., le tempérament du joueur compulsif quotidiennement.

4.4. Lieux physiques

Pour obtenir un éventail le plus complet possible de la situation des joueurs, des entrevues furent réalisées auprès d'usagers ayant suivi des traitements dans divers organismes. C'est pourquoi, pour les usagers participant à l'étude, les rencontres avaient lieu dans divers types de ressources tant publiques que communautaires : Centre hospitalier, CLSC, maison de thérapie, organisme communautaire, etc. Ces établissements étaient situés pour la plupart, à l'exception des maisons de thérapie, près de chez eux et parfois même dans leur village. La proximité de l'organisme est perçue à la fois comme un avantage et un inconvénient puisque, tel que l'indique un usager, même si la proximité du lieu lui évitait trop de déplacements, il avait peur d'y rencontrer par hasard une personne de son entourage. Mais outre cette crainte d'être reconnus, il reste que plusieurs usagers en thérapie externe préfèrent avoir accès facilement au lieu de traitement. Cela est vécu différemment pour les

usagers ayant participé à une thérapie interne en milieu rural qui trouvaient, dans l'ensemble, leur expérience merveilleuse et ajoutent qu'ils avaient apprécié leur séjour en campagne.

Pour ce qui est de l'aménagement proprement dit des locaux ou de l'espace, quelques usagers ayant fait une thérapie à l'interne mentionnent le fait de devoir partager une chambre avec une autre personne. Pour certains la cohabitation n'a aucune conséquence alors que d'autres n'acceptent pas le fait de devoir partager leur intimité. Une autre répondante, dont le 7 en feu était le jeu de prédilection sur les ALV, a raconté avec humour sa stupéfaction en arrivant à sa chambre : « *Moi j'arrive en avant de ma porte, je lis le chiffre : " 7 ", ah! , " tabernacle ", excuse-moi là, mais j'ai dit : " ça ne se peut pas. Ça ne se peut pas. Pourquoi que j'ai la chambre numéro 7 ? " J'ai dit ça au départ là puis il ne devrait pas y en avoir.* » (Sonia, COM)

En général, on décrit les maisons de thérapie comme des endroits pas luxueux mais confortables, avec un environnement bien aménagé. Par contre, pour d'autres, le lieu paraissait austère et inapproprié. Quelques-uns ayant fréquenté un établissement accueillant plusieurs types de clientèle dont des mineurs, déploraient le fait de devoir passer par le côté de l'édifice pour éviter de rencontrer « les ados » ou être obligés de descendre plusieurs étages pour pouvoir fumer. Ceux ayant suivi une thérapie externe décrivent les locaux comme ordinaires et propres mais suffocants durant les chaudes périodes estivales ou en nombre insuffisant dans certains organismes.

4.5. Horaire

En plus de la localisation ou la distance à parcourir pour se rendre sur les lieux de traitement, l'un des facteurs qui semble avoir une forte influence sur le degré de satisfaction des usagers au sujet de leur thérapie est l'horaire. Cela est particulièrement vrai lorsque l'utilisateur travaille. Plusieurs d'entre eux, assistant à des rencontres de soir, se sentent pressés car ils doivent manger rapidement pour se rendre ensuite, fatigués, à leurs séances. En fait, il apparaît que la satisfaction des usagers dépend beaucoup de la flexibilité de l'organisme, du centre de traitement ou de l'intervenant. À cet égard, les intervenants qui trouvent un « trou dans leur horaire » pour dépanner un joueur ou acceptent de venir tôt le matin pour qu'un usager n'ait pas à arriver tardivement au travail, sont fortement appréciés. Aussi, si plusieurs usagers se font un devoir d'assister à toutes les rencontres parce qu'ils le désirent ou par crainte d'être expulsés, d'autres manquent des rencontres par négligence, parce que l'horaire ne leur convient pas ou ne réussissent pas à obtenir de rendez-vous parce que l'horaire de leur thérapeute est complet. C'est le cas notamment de Fernando (AB) souhaitant avoir ses rencontres les jours de sa paie : « *C'est bizarre, mais ces deux jours-là, c'est le plus difficile dans le problème de jeu [...] J'ai demandé si c'était possible de se rencontrer le jeudi ou le vendredi, il était déjà plein. Il y avait d'autres personnes, alors c'était mardi.* » Il faut préciser que le dernier point est une réalité surtout rapportée par les joueurs des milieux urbains, à cause de la plus grande demande. Les régions périphériques

ont, quant à elle, une autre réalité du fait que les intervenants doivent souvent se déplacer sur le territoire pour rencontrer les clients. Ils ont donc moins de demandes et plus de disponibilités pour les clients, mais quelques fois moins de latitude à cause des déplacements nécessaires.

4.6. Rôle des proches

Parce que la problématique du jeu affecte bien souvent non seulement le joueur mais aussi sa famille ou ses amis, plusieurs centres de traitement ou organismes offrent des services d'aide à l'entourage. Il en existe plusieurs types mais avant d'énumérer ceux mentionnés par les personnes rencontrées en entrevue et l'utilisation qu'ils en font, il paraît important d'observer quel est, selon les usagers, le rôle des proches dans le processus thérapeutique.

Il est fréquent, surtout en début de thérapie, que les usagers aient de la difficulté à parler ou à avouer leur problème de jeu à leurs proches. Ils sont souvent stressés, nerveux, ils ont honte, se sentent incompris ou responsables des conséquences du jeu sur leur famille. Ils craignent de blesser ou de choquer un ou une conjoint(e) qui, souvent, n'est pas au courant du problème de jeu ou ne se doute pas de son ampleur. Certains, même après avoir débuté le processus thérapeutique et informé leurs proches, ont tendance à s'isoler, préfèrent ne pas en parler et souhaitent tenir la famille la plus éloignée possible de leur processus de thérapie. Ils jugent alors que la thérapie ne regarde pas leurs proches parce que c'est leur problème à eux et que c'est à eux seul de s'en sortir. Dans de pareilles situations, l'utilisateur croit que l'entourage ne peut pas comprendre ou que les proches sont embêtants avec leurs questions. Certains d'entre eux se sentent incompris, pensent qu'ils ne sont pas suffisamment appuyés ou que leurs proches se montrent désintéressés. D'autres cependant, dans ces moments plus difficiles, définissent le rôle des proches différemment et cherchent plutôt à obtenir l'appui de leur entourage. Plusieurs se considèrent chanceux parce qu'ils se sentent encouragés par leurs proches qui voient les efforts fournis et qui apportent leur aide. Les usagers sont alors soulagés, sentent qu'ils n'ont plus à mentir et aiment partager leurs nouvelles connaissances ou montrer leur cheminement, bref, impliquer leurs proches dans leur processus thérapeutique. Ainsi, les usagers montrent qu'ils ont besoin de beaucoup de compréhension et de soutien mais, comme le remarquent plusieurs d'entre eux, les proches ont pour cela, eux aussi, besoin d'aide.

C'est dans cette optique que plusieurs organismes offrent ou développent des services pour l'entourage. Que ce soit à travers des rencontres familiales ou individuelles avec un thérapeute, des rencontres de groupes pour l'entourage (quelques fois similaires au groupe d'entraide *Gam-Anon*), des rencontres de sensibilisation ou d'information, d'un jour de la semaine où les familles sont les bienvenues ou de la présentation d'une pièce de théâtre qui explique aux proches la problématique du jeu, plusieurs moyens sont utilisés – et appréciés – pour informer, aider ou soutenir les proches. Il est aussi fréquent qu'un intervenant demande à l'utilisateur de rencontrer des membres de sa famille-le plus souvent le ou la conjoint(e). De plus, plusieurs usagers relatent que leur intervenant les avait informés des services offerts

pour l'entourage. La réaction des usagers, quant à l'acceptation ou non d'une telle demande ou offre, est mitigée. Dépendamment, comme nous l'avons souligné, du rôle qu'ils attribuent aux personnes de leur entourage, certains usagers préfèrent que leurs proches ne rencontrent pas l'intervenant et n'assistent pas aux réunions alors que d'autres les encouragent fortement à y participer. Certains proches aussi n'attendent pas la formulation d'une offre et expriment clairement leurs besoins, telle l'épouse de ce joueur : « *Elle a demandé à ma thérapeute, elle dit : " est-ce qu'il y a quelque chose de semblable pour nous autres pour qu'on comprenne ? Elle dit : moi je m'aperçois que je ne comprends pas mon mari des fois. Je ne comprends pas pourquoi qu'il fait ça ? "* » (Jean-Pierre, GRTF)

4.7. Soutien financier

Outre les services offerts à l'entourage, plusieurs organismes de traitement pour les joueurs, conscients que la majorité d'entre eux ont de graves problèmes financiers, ont intégré un volet de gestion financière au programme. La plupart ont des ententes avec des spécialistes des services d'aide financière, tels que les ACEF, pour venir donner des informations, des ateliers ou faire un suivi avec les usagers. Certains usagers sont en effet tellement préoccupés par leur endettement qu'ils n'arrivent pas à voir leur rétablissement comme quelque chose de réaliste et pensent qu'une des solutions à leurs problèmes serait de trouver, par hasard, un gros montant d'argent ou retourner jouer dans l'espoir de gagner un montant d'argent substantiel qui pourrait éponger toutes leurs dettes. Ils disent avoir beaucoup de difficultés à s'investir dans la thérapie tant que leurs préoccupations financières ne sont pas réglées. Si quelques-uns ont la chance de pouvoir obtenir de l'aide d'un proche, ce n'est pas le cas de la majorité. Heureusement, il semble que plusieurs d'entre eux aient l'opportunité d'obtenir un soutien financier quelconque durant la thérapie puisque presque toutes les personnes interrogées affirmant avoir d'importantes dettes ou de graves problèmes financiers, ont rapporté avoir reçu de l'aide de la part d'un conseiller financier ou d'avoir été référé à une ressource spécialisée.

Dans plusieurs organismes, un conseiller est invité à présenter les services offerts lors des rencontres de groupe et les usagers peuvent, au besoin, rencontrer individuellement un conseiller financier. Lors de ces rencontres individuelles, les conseillers font un estimé du montant perdu au jeu, aident les joueurs à faire leur budget, montrent comment gérer leurs dettes et interviennent, parfois, auprès des créanciers, voire avec les *shylocks*. D'autres usagers rapportent que le conseiller leur a suggéré de mettre leur argent en fiducie ou de faire un dépôt volontaire.

Certains organismes s'impliquent aussi sur le plan financier en organisant des ateliers sur les finances où les usagers prennent connaissance de leurs droits vis-à-vis des banques. Les organismes leur suggèrent quelques fois de rencontrer un agent financier, les réfèrent à un centre d'emploi ou leur conseillent de confier leurs cartes de débit ou de crédit à leur conjoint(e) comme pour Rémi (COM): « *Moi, avant d'aller là, j'ai..., j'ai donné toutes mes..., mes cartes à ma blonde. Puis là j'ai dit : " à partir de maintenant, je ne veux pas avoir plus*

que..., que vingt piastres sur moi ». Puis oui, ça m'aidait beaucoup. J'ai..., je continue encore cette méthode-là. »

Si pour la plupart d'entre eux, les services financiers proposés durant la thérapie sont satisfaisants, il n'en demeure pas moins que leurs problèmes d'argent sont toujours présents après celle-ci. Certains joueurs ont dénoncé le manque de soutien, de service et de ressources offerts en post-thérapie. Ils se retrouvent, pour quelques-uns, sans emploi, sans maison, sans aucune possibilité d'emprunt et avec plusieurs personnes ou instances à rembourser et le découragement se fait souvent de nouveau sentir.

4.8. Groupes d'entraide

Plusieurs des personnes ayant suivi une thérapie fréquentent ou connaissent aussi les groupes d'entraide pour joueurs compulsifs ; *gamblers* anonymes ou joueurs anonymes. Certains connaissaient ou côtoyaient déjà ces groupes avant d'entreprendre une thérapie, d'autres y étaient référés dans l'attente d'une place en thérapie et certains étaient contraints d'y assister durant leur processus thérapeutique. En effet, alors que plusieurs organismes de traitement donnent de l'information sur les GA, invitent un membre d'un groupe d'entraide à venir présenter leur fonctionnement ou suggèrent fortement aux usagers d'assister aux rencontres hebdomadaires pour compléter la thérapie, d'autres organismes intègrent des rencontres GA dans leur programme et obligent les usagers à y assister. Quelques-uns de ces organismes travaillent d'ailleurs déjà avec la méthode des 12 étapes à laquelle ils ont intégré de nouveaux éléments.

La réaction des usagers ayant fréquenté les groupes d'entraide pour joueurs compulsifs est mitigée. Certains trouvent leur expérience des plus enrichissante et souhaitent y participer encore longtemps alors que d'autres, au contraire, furent déçus ou estiment que ces groupes ne leur étaient d'aucune utilité. Les usagers qui fréquentaient un organisme de traitement particulièrement influencé par la philosophie des GA ont, pour la plupart, beaucoup apprécié leur participation aux groupes d'entraide notamment parce qu'ils connaissaient déjà les 12 étapes et voient là l'occasion de les appliquer. D'autres ajoutent que la fréquentation de tels groupes brise l'isolement en permettant de créer de nouvelles amitiés avec des personnes qui ne les jugent pas et qui les comprennent parce qu'elles ont le même problème de dépendance au jeu. Ils affirment, de plus, qu'ils apprenaient beaucoup au contact des membres des GA qui leur ont ouvert l'esprit. Certains vont même jusqu'à attribuer leur réussite à cesser de jouer aux groupes GA, comme le dit Suzie (GRF) : *« Je pense que si j'avais pas ça, je ne serais pas ..., je ne serais pas abstinente du jeu. »*

Ceux, par contre, qui n'ont pas apprécié leur expérience dans les groupes d'entraide étaient, pour la plupart, mal à l'aise de se confier à d'autres personnes avec lesquelles ils ne se sentent aucune affinité. Pour plusieurs, les GA n'offrent pas suffisamment de réponses satisfaisantes et d'encadrement, il n'y a pas assez de suivi ou d'aide personnalisée et quelques usagers auraient souhaité qu'on leur explique pourquoi ils jouent. Quelques-uns

critiquent la trop grande familiarité entre les membres et estiment qu'à la longue, les séances ressemblent davantage à des rencontres sociales. De plus, bon nombre de répondants juge que c'est un mouvement trop rigide, trop religieux et intolérant, comme le mentionne Alain (AB), qui ne considère pas l'abstinence comme la solution à ses problèmes: « *“ Ah!, non, on est..., bien les “gamblers” anonymes, il ne faut pas que tu joues du tout, du tout, du tout. ” Là je l'ai regardé, il dit : “ moi je ne pourrais pas être ton parrain ”, “ c'est correct, tu viens de m'éclairer, fini, bye, ferme la porte, au revoir ”. »* À cet égard, plusieurs n'osaient d'ailleurs plus retourner aux GA après avoir fait une rechute ou au contraire, trouvaient les "meetings" démotivants, car trop de joueurs ne parlaient que des rechutes qu'ils revivaient sans cesse. Finalement, beaucoup d'usagers ont précisé qu'ils considéraient les groupes d'entraide comme un « bon complément », un suivi important et utile mais nettement insuffisant en soi.

4.9. Confidentialité

Plusieurs usagers se soucient peu de l'anonymat et de la confidentialité parce qu'une fois des démarches d'aide entreprises, ils n'ont plus peur d'être identifiés comme joueurs – et cela est particulièrement vrai chez les usagers qui fréquentent les groupes de GA ou JA. Pour d'autres, ce n'est pas le cas. En effet, une grande part d'entre eux sont peu enclins, surtout en début de traitement, à s'afficher comme joueur compulsif. Plusieurs ont peur de rencontrer un proche ou une connaissance lorsqu'ils se présentent à leur rendez-vous. Certains iront même jusqu'à cesser d'assister à leurs rencontres parce qu'un membre de leur famille fréquente le même organisme qu'eux. Aussi, pour préserver leur anonymat, certains développent des stratégies telles que : utiliser leur nom de jeune fille ou ne pas participer aux activités à l'extérieur proposées par l'organisme de traitement.

Malencontreusement, quelques usagers rencontrés en entrevue mentionnent avoir vécu certaines expériences de bris de la confidentialité. C'est le cas, par exemple, lorsqu'un intervenant laisse un message sur le répondeur familial ou que, durant une rencontre de couple, un secret est dévoilé. Cela peut avoir des conséquences graves, menant dans certains cas, à l'abandon de la thérapie ou une rechute : « *Ç'a été dévoilé alors que j'avais une rencontre avec mon épouse devant l'intervenant, fait que je n'ai pas aimé ça. Là j'ai perdu comme..., parce que c'était un secret que j'avais gardé, au-dessus de quarante ans, et puis ç'a été dévoilé. Fait que, on a le thérapeute, il a tout chambardé ma vie.* » (Jean-Pierre, GRTF) D'autres situations jugées moins graves mais aussi problématiques ont été décrites par les usagers : le fait de devoir inscrire son nom sur une feuille de présence lors d'une rencontre de groupe ou d'être suivi par un intervenant que l'on connaît personnellement (du même village) en sont des exemples.

4.10. Relation requérant/pourvoyeur

Le non-respect de la confidentialité peut avoir de lourdes conséquences sur la relation entre l'intervenant et l'utilisateur qui, à son tour, semble avoir beaucoup d'impact sur le fait de compléter ou non la thérapie. La plupart des usagers sont satisfaits de leur relation avec leur intervenant et la décrivent comme une relation de confiance où la position de pouvoir du thérapeute n'est pas exploitée. Ils estiment avoir une bonne communication et un contact très proche avec l'intervenant qui souhaite les aider à surmonter leur problème de dépendance au jeu. Ils se sentent écoutés, compris et ont l'impression que leur intervenant sait « d'instinct » lorsqu'ils ont besoin d'aborder un sujet délicat. Quelques usagers craignent, toutefois, d'être dépendants de leur thérapeute et anticipent la fin de leur traitement.

D'autres, par contre, plus critiques par rapport à leur relation avec les intervenants, se disent incompris. Ils estiment que leur thérapeute ne peut les comprendre parce qu'il n'a jamais eu de problème de dépendance. Pour ces joueurs, la compétence professionnelle ou l'expérience de l'intervenant ne sont pas suffisantes. Ils leur manque une expérience vécue, comme le souligne Sonia (COM) :

Je me disais : “ tabarnouche, pourquoi qu’il ne comprend pas. S’il a joué, il serait supposé de savoir ça de quoi que je parle, le “ feeling ” que t’as là, lui il ne l’a pas ”. Là il dit : “ je vais vous dire, je ne suis pas un joueur ”. Bien “ crise ”, je m’en avais aperçu moi là, là que ce n’était pas un joueur. Fait que je me disais : “ c’est dur de faire comprendre les sensations puis tout qu’est-ce qui peut se passer dans ta tête quand t’es pas joueur ”.

Mais, outre le sentiment d'incompréhension ressenti par plusieurs usagers, d'autres facteurs nuisent à la relation intervenant/utilisateur. C'est le cas, entre autres choses, lorsque l'intervenant manque ses rendez-vous, ne respecte pas la confidentialité ou impressionne trop l'utilisateur qui se sent inférieur.

4.11. Suivi post traitement

Parce que les usagers, même après avoir complété leur thérapie, demeurent vulnérables au jeu et qu'une bonne part d'entre eux rechute, il s'avère important qu'un contact minimum soit préservé. Le programme du CQEPTJ, conscient de cette réalité, prévoit trois suivis post traitement, s'échelonnant sur une période de un an et qui ont lieu respectivement aux troisième, sixième et douzième mois. Certains organismes appliquent déjà cette mesure alors que d'autres pratiquent des formes différentes de suivi ou négligent cet apport.

Lorsqu'il existe une forme de suivi, il est généralement de la responsabilité de l'intervenant de contacter l'utilisateur pour fixer les rendez-vous. Il semble, toutefois, que ce ne soit pas toujours le cas puisque quelques usagers rencontrés en entrevue soutiennent qu'ils doivent eux-mêmes rappeler leur intervenant trois mois après la fin du traitement. Lors des suivis,

individuels ou en groupe, les usagers font un bilan de leurs derniers mois et répondent à des questionnaires similaires à ceux qu'ils remplissaient déjà durant la thérapie. En plus de ces suivis structurés, certains organismes proposent, en complément ou en substitut, d'autres formes de soutien post-thérapeutique : rencontres avec les GA, ateliers d'art thérapie, café rencontres hebdomadaires ou dîners mensuels avec le groupe de thérapie en sont des exemples.

Aux dires des usagers, le suivi est important car il permet d'éviter les rechutes, de constater les progrès et, par le fait même, d'acquiescer un sentiment de fierté. Certains, inquiets à l'idée de quitter le programme, estiment que le suivi leur procure une forme de surveillance dont ils ont besoin : *« C'est utile parce que c'est ma police. J'ai mon suivi, c'est ma police là. Elle est..., je suis encore sous probation autrement dit. »* (Jean, COM) C'est pourquoi plusieurs usagers, ayant fréquenté des organismes ne faisant pas de suivi ou proposant des alternatives insuffisantes, font des démarches auprès de leur intervenant en les contactant, à l'occasion, pour leur donner des nouvelles ou sollicitent d'autres centres de traitement pour compléter leur cheminement.

Alors que certains usagers comptent appeler leur intervenant au besoin et sont invités à la faire, d'autres se sentent abandonnés et laissés à eux-mêmes, comme le mentionne Lison (AB) : *« Parce que, eux-autres, c'est facile, ils te laissent leur carte puis ils te disent : "regarde, si t'as besoin, appelle ". Mais ce n'est peut-être pas ça là que t'as besoin. C'est toi appelle-moi. T'as-tu joué ou non ? Aie!, ah!, bien, la thérapie t'a aidée. Tu sais. T'as-tu eu le goût ? Euh!, tu y as-tu pensé ? Juste ça là, il le saurait si la personne est guérie ou pas. »* Quelques-uns trouvent également anormal qu'on ne puisse les informer du taux de réussite de la thérapie parce que, en l'absence de suivi auprès des anciens usagers, le nombre de personnes ayant fait une rechute est inconnu.

Règle générale, les usagers pensent que les suivis sont non seulement une mesure intéressante mais aussi nécessaire. Ceux qui n'en ont pas eu jugent qu'il serait bon qu'ils soient rappelés à fréquence régulière –aux trois ou six mois- durant quelques années, tandis que plusieurs parmi ceux ayant bénéficié d'un programme de suivi estiment qu'il est insuffisant. La période de six mois séparant le suivi du sixième mois et celui du douzième est jugée trop longue parce que, comme le dit Réjean (GRGA) : *« Entre le six mois puis le un an là, il se passe du "stock" en battinsse. »*

La prochaine partie présente donc l'effet des traitements, du point de vue des usagers, ainsi que la nature et l'ampleur de ces effets. Nous verrons aussi quels aménagements ils souhaiteraient voir apporter aux services offerts pour le jeu.

5. Résultats obtenus

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

Tableau 6. Aspects bénéfiques de la démarche d'aide

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

Les *résultats obtenus* ne se quantifient pas proprement dit. Ils ne se limitent pas non plus strictement à estimer le pourcentage de personnes abstinentes ou ayant rechuté, le nombre de personnes ayant complété ou non la thérapie (pour les détails quantitatifs de la recherche sur le traitement des joueurs consulter le rapport 7 et le rapport 12). Ces résultats s'évaluent à une foule de détails qui ont fait en sorte que la qualité de vie des usagers s'est ou non améliorée. C'est ce dont nous faisons l'inventaire ici. Cette section constitue donc, dans une certaine mesure, une version synthèse et subjective de la section précédente *Services offerts*.

5.1. Situation actuelle

La situation personnelle des répondants, sur le plan physique, mental ou en ce qui concerne les co-dépendances, varie sur un registre très large entre l'euphorie et le désespoir dépendamment, vraisemblablement, du nombre de fois qu'ils ont déjà tenté d'arrêter de jouer, de l'état d'avancement de la thérapie actuelle, de la somme de problèmes accumulés par la pratique du jeu.

Certains répondants manifestent la joie de ne plus vivre dans l'isolement, la honte et le mensonge, affichent un optimisme lié à la découverte d'aspects positifs de leur personne, témoignages qui évoquent l'idée d'une renaissance : « *Complètement une autre personne. J'ai, à la fin d'une semaine, je commençais à rire et à chanter dans la douche. Je voyais..., et ça c'est déjà des..., je voyais que je suis content là. Je commence à être content de la vie.* » (Rogerio, COM) Par exemple, le fait de se lever le matin pour aller travailler, de dormir mieux, les joies assez simples sont autant de résultats obtenus.

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

Cependant, la majorité des gens ayant abandonné la thérapie en tracent évidemment un bilan négatif par rapport à leurs attentes. En terme de résultats, le fait d'avoir « échoué », une fois de plus pour certains, est un échec qui amplifie ou rajoute aux problèmes éprouvés initialement. Pour certains répondants, la mort est une alternative inéluctable qui semble à peine moins cruelle que la vie : « *La présentement, je suis mort. J'ai un pouls, mais je suis mort. Fais que... L'avenir n'est pas rose, non. J'ai décroché, oui.* » (Alain, AB) Le suicide est évoqué à plusieurs reprises par les répondants qui ne réussissent pas à jouer de façon contrôlée ou à arrêter de jouer : visiblement, le problème d'isolement et de découragement

est amplifié par l'abandon du traitement, suggérant un suivi particulier pour les gens qui abandonnent.

On sait que les problèmes de jeu ont des répercussions d'importance sur l'institution familiale et sur les relations sociales en général. Comment les joueurs vivent-ils l'impact de leur rétablissement sur leur vie relationnelle ? Les usagers ont axé la plupart de leurs témoignages sur le problème de la confiance entre joueur et conjoints, amis, employeurs, etc. Certains constatent avec émotion le retour des relations de confiance perdues (ou des relations tout court) pendant l'épisode de jeu: *« J'ai tout perdu ceux que j'aimais là, puis, tu sais, là on..., on..., eux autres m'ont comme : « Viens ici, on va prendre soin de toi là, puis tu vas prendre soin de toi en même temps. Laisse faire les autres, laisse faire. Ce n'est pas important ça ». Sais-tu qu'est-ce qui est merveilleux là-dedans, c'est que tout le monde, pouf! Ils reviennent tous tranquillement. »* (Suzie, GRF) Certains proches s'impliquent activement dans le processus de rétablissement et sont présents lors de la prise de jetons lors des réunions de GA, par exemple, rétablissant en cela la communion et la communication dont les usagers s'étaient privés pendant les épisodes de jeu.

Règle générale, les résultats obtenus concernant la vie familiale sont encourageants. La thérapie a permis dans bien des cas de renouer les liens parent joueur-enfant, de replacer la famille au centre des préoccupations : *« J'ai appris à..., à mieux connaître, de donner de l'affection au lieu de donner de l'argent comme je faisais avant, en tout cas, de les acheter. Au lieu de les acheter, mais être là pour eux autres, c'est ça. »* (Jocelyn, COM) Cependant, un bémol ; un père endetté n'arrive pas plus qu'avant à satisfaire aux petites demandes de jouets, de loisirs, d'argent de poche de son enfant et se sent très impuissant devant cette réalité.

Les relations se sont stabilisées, mais elles ne sont pas pour autant harmonieuses pour tous puisque l'on recense un bon nombre de témoignages faisant état de conjoints rancuniers, toujours choqués soit de l'argent perdu soit de la confiance trahie. En ce sens, ils ne sont pas aidants et maintiennent le sentiment de culpabilité chez la personne en rétablissement. Il s'agirait là d'un bon argument en faveur de la promotion des thérapies de couple. Par ailleurs, l'ex joueur souffre parfois de se sentir « sous surveillance », perpétuellement soupçonné de mensonge alors qu'il tente à tout prix de normaliser ses rapports avec ses proches.

Dans le domaine financier, le processus de traitement contribue à développer une responsabilisation et le développement de compétences de gestion. S'il peut donc contribuer à long terme à solutionner certains problèmes d'ordre financier, il ne peut remédier directement à la résolution des problèmes d'endettement, de crédit, d'insolvabilité, etc. Plus l'endettement est important, plus la pente est difficile à remonter, et un répondant qui cumule trois emplois avoue penser encore parfois que le jeu serait la solution pour éponger ses dettes d'un coup.

Cependant, si l'endettement est minime, l'arrêt de l'habitude de jeu permet un réacheminement des rentrées d'argent vers des nécessités ou des plaisirs que le joueur négligeait pour jouer : *« Aïe!, moi j'adore le cinéma, je n'allais même plus au cinéma. Fait que là, à un moment donné je suis allée, j'étais fière de moi d'avoir été au cinéma. Puis je me..., j'ai été capable de m'acheter un premier morceau de linge, j'ai..., je n'étais pas capable d'aller dans les boutiques mais je suis allée dans une [...] friperie... »* (Sylvie, COM)

En ce sens, les conseils ou les services dispensés pour la gestion du budget semblent très appréciés de certains usagers, qui éprouvent de la fierté à pouvoir rencontrer leurs obligations financières (même auprès de *shylocks*) dans les délais prescrits : *« Tu sais, c'est..., c'est sûr, mes problèmes ne sont pas tous réglés à, ça..., ça fait quinze mois, ce n'est pas encore tout réglé. Tu sais là..., je paie mes comptes, c'est merveilleux, je ne cours plus pour..., je cours après mon propriétaire pour payer le loyer parce qu'il ne vient pas le chercher le premier. »* (Suzie, GRF)

Le traitement permet donc vraisemblablement de redonner à la majorité des joueurs un contrôle sur leurs dépenses, et de façon assez marquée, leur inculque aussi la capacité de temporiser face à leurs dettes, de les aborder « un jour à la fois ». Souvent, c'est l'attitude face à la richesse et au désir d'accumulation qui est réglé : *« C'est dans ce sens là, ce n'est pas d'accumuler des richesses, c'est d'essayer de bien vivre, de se faire des petits bonheurs puis au moins d'avoir des sous pour pouvoir..., c'est dans cette optique là. Moi ç'a été beaucoup au niveau de l'argent moi, c'est ça qui m'a mis dans la merde. »* (Philippe, COM)

Nous ne possédons pas de données qui permettent de vérifier l'impact direct du traitement sur la satisfaction au travail. Il semblerait qu'en cours de rétablissement, l'intérêt pour l'activité professionnelle ou simplement le fait d'être occupé aide substantiellement à éviter de penser trop au jeu. Un répondant nous affirme que sa situation a été améliorée puisqu'il a remboursé à tous ses collègues les sommes dues. Pour d'autres, le fait d'avoir à rembourser des sommes importantes implique parfois un emploi imposé, ou même deux emplois parallèles, ce qui rend le milieu de travail invivable.

5.2. Position face au jeu

Rompre ses habitudes de jeu est une chose, faire cesser ses pensées sur le jeu, faire cesser le désir de jeu en est une autre. Les répondants expriment donc des nuances dans leur satisfaction après le traitement: ils sont satisfaits de leur contrôle mais les tentations sont permanentes pour certains, de plus en plus fugaces pour d'autres. Le point fort du traitement consisterait en cela en l'apprentissage de la capacité de contrôle des pulsions. La majorité des témoignages parlent de stratégies pour éviter de se retrouver en présence d'offre de jeu, ce qui est très difficile à gérer puisque cela implique de ne plus fréquenter les bars, brasseries et tavernes exploitant des ALV pour certains, ou d'éviter les dépanneurs, les épiceries, les pharmacies qui vendent des loteries et tous les comptoirs de Loto-Québec pour d'autres. Les multiples sollicitations au jeu dans les commerces et sous forme de publicité sont vues comme autant de déclencheurs de ces pensées. L'arrêt des habitudes de

jeu provoque un manque, au même titre que le sevrage d'une toxicomanie : les répondants manifestent aussi avoir développé des activités alternatives, des échappatoires : « *Tu sais je me dis, je n'ai pas fait ça pour rien, je n'ai pas d'affaire à aller là. Enlève toi ça de la tête, va-t-en à maison, fends du bois, sors ta hache, fends du bois, tu vas oublier ça. Change toi les idées, c'est ça qui est le plus dur, c'est de se changer les idées.* » (Jean, COM)

Les ex joueurs ont cependant développé une conscience vraisemblablement plus aiguisée qu'avant de ce qui leur pend au bout du nez s'ils cèdent à leur envie. Selon Sylvie (COM), c'est le développement d'une nouvelle estime de soi qui alimente cette conscience :

Puis quand j'ai des envies de jouer, je me dis : tu retournes à ça, vas-y, parce que c'est toi que tu vas perdre, c'est toi que tu vas démolir. Parce que je suis plus fière, je me dis, je ne me sens plus « moins que rien », puis je sais que si je retourne jouer, ça va me démolir. Je te dis pas que la tentation, des fois, est là de me lancer un défi, puis ça on en parle aussi en thérapie, tu sais, on l'a décortiqué ça...

5.2.1. Abstinence/jeu contrôlé

Certains joueurs pratiquent aujourd'hui l'abstinence totale, et certains y sont arrivés sans terminer la thérapie. Mais la plupart d'entre eux disent que, peu importe qu'ils en aient ou non le désir, ils savent que s'ils remettaient un seul dollar dans une machine, l'engrenage du jeu serait autant sinon plus dévastateur qu'avant : « *La dernière fois que j'ai mis une piastre là-dedans puis la paie va passer. Moi là...si je mets pas la première piastre, après ça, ça va aller bien. Il faut pas que je mette la première, sans ça les (...) vont suivre.* » (Mike, GRRP) En principe, le choix entre abstinence et jeu contrôlé est ultimement laissé à l'individu, mais chez ceux qui pratiquent l'abstinence, c'est la seule voie possible. Romain (M) se fait la réflexion suivante à la suite de sa thérapie :

En même temps, j'ai continué à approfondir ma vision et à la définir davantage face aux appareils vidéo, et aussi à me refaire une opinion que je n'avais jamais eue face à l'abstinence. Étant non pas quelques chose..., non pas un compromis, mais quelque chose qui pouvait être désirable et..., et..., j'ai beaucoup, beaucoup de respect aujourd'hui pour l'abstinence, et dans plusieurs domaines, pas nécessairement et uniquement lié au jeu.

D'ailleurs, une autre répondante confirme que son abstinence ne se limite pas à l'activité qui était à la source de son problème mais concerne tous les jeux de hasard et d'argent. Une question reste pour quelques-unes de ces personnes qui ont éliminé le jeu de leur vie et elle concerne le deuil qu'elles ont à faire de toute activité de jeu :

Mais dans le sens j'avais de la misère pendant tout le long de la thérapie, mais c'est comme plus tu..., t'écoutes le discours qui est donné, c'est que tu peux plus jamais aller jouer, donc pourquoi que je peux aller jouer ? Pourquoi

que j'aurais un problème ? On peut consommer puis on n'est pas alcoolique. Pourquoi on ne peut pas jouer ? En tout cas, j'avais de la misère à faire, d'accepter que je ne peux plus jamais jouer dans toute la vie (Diane, AB)

Le contrôle peut concerner la fréquence de jeu, les dépenses au jeu ou le type de jeu. Chez les tenants du contrôle des dépenses de jeu, l'idée de risque reste présente et dicte la modération : « (...) *bon peut-être une fois semaine je vais prendre un à deux piastres, si ça reste comme ça, deux piastres de Loto Québec par semaine, c'est bien assez, parce que j'ai trop peur de me réembarquer.* » (Rémi, COM) Comme en témoigne un répondant, le problème du jeu contrôlé est que l'on peut relativement contrôler la fréquence de jeu mais qu'il est possible que se produise un dérapage sur les montants misés si l'on n'est pas vigilant.

Pour les joueurs d'appareils de loterie vidéo, le contrôle peut consister par exemple, à s'abstenir complètement de jouer aux ALV mais à se permettre une partie de billard, de cartes, de backgammon pour quelques cents ou l'achat de billets de loterie en petite quantité. Si le contrôle est une amélioration par rapport aux pratiques de jeu antérieures au traitement, il est vu parfois comme un échec puisque le but préconisé de la thérapie est idéalement l'abstinence ; à cet égard, les mécanismes de dissimulation (on cache le jeu contrôlé aux proches), de manque d'estime de soi et de remord, dans certains cas, restent présents malgré une baisse de l'intensité de jeu : « *Avant, je dirais que j'avais pas beaucoup de conscience, tu sais, je m'analysais même pas, j'y pensais même pas, je rentrais pis je jouais puis ça finissait là. Là, j'y vais, mais on dirait que là je veux jouer le plus vite possible pour sortir le plus vite possible, tu sais. Sauf que... quand je suis là, je m'analyse plus : qu'est-ce que je fais ici ?* » (Louis, COM)

Des dilemmes se posent aux personnes qui privilégient l'abstinence à l'autocontrôle. Si certains ont résolument décidé de ne plus jouer et s'en tiennent strictement aux consignes de GA : « *Quand on dit abstinence de jouer, c'est aucune gageure, aucun billet de loterie, aucun...* » (Bruno, COM), d'autres se posent la question de la légitimité de participer à des achats de groupe de 6/40 au bureau, par exemple, où le jeu n'est pas un acte individuel. Par ailleurs, les sollicitations à jouer sont nombreuses et parfois présentées avec une connotation positive. Pour certains ex joueurs, le doute subsiste à savoir s'il ne leur serait pas permis de participer à des tirages pour des œuvres de bienfaisance (levées de fonds pour hôpitaux, fondations, ligues junior de hockey, etc.) :

Mais comme je te dis... Mais arriver puis dire ; « bien tu ne peux pas embarquer dans les 50/50 parce que tu es joueur », il faut que tu te raisonnes. Ou si le monde passe à ta porte, (...) tu sais comme les joueurs de hockey, ils vendent des billets pour gagner des ticket de ..., bien il faut que tu l'encourages. Si c'est pour encourager la levée de fonds pour les jeunes, puis c'est dur aujourd'hui parce que le monde en a assez là que tu viens que le monde de tanne de donner et donner. Tu sais c'est beau donner, mais il y a

des fois que c'est le fun de recevoir, mais... Comme je te dis, il faut que tu te raisonnes. (Jocelyn, COM)

5.2.2. Rechute

On entend souvent dire que les rechutes font partie du processus de rétablissement. Les membres d'un de nos groupes de discussion semblent unanimes à dire que la rechute est grave et ne devrait pas être banalisée, tel que le précise Charles (GRTI) :

Tu ne fais pas juste un flat, crisse, tu prends le champ. Et ne viens pas me dire que t'as fait une crevaison mon petit chum puis que tu sors ton pneu puis tu le changes puis tu t'en vas, ce n'est pas vrai, c'est plus grave que ça. C'est plus grave que ça parce que c'est symptomatique de quelque chose (...) Il y a des gens que j'ai connus ils ne voulaient même pas aller aux ateliers sur la rechute : « je ne veux même pas en entendre parler de la rechute. Même pas savoir ce que c'est, je veux dire..., je veux rayer ça de mon vocabulaire ». Maintenant, je me méfie des extrêmes, tu sais, je veux dire ne pas (vouloir) en entendre parler puis admettre ça comme étant banal là, banaliser ça.

Parmi nos répondants, certains ont vécus l'expérience d'une rechute durant le traitement. Ils l'attribuent soit au fait d'avoir voulu tester leur contrôle, soit à la très intense sollicitation externe, soit au fait qu'ils avaient l'impression erronée d'être guéri. D'autres reconnaissent que ces arguments étaient des prétextes : « Je me suis évaluée moi-même et je me suis dit, c'est quoi que j'ai été faire là ? Là c'était, c'était pas vraiment parce que je voulais voir si... qu'est-ce que ça ferait si je recommençais..., non, non, j'avais envie de jouer, j'ai joué, c'est ça. » (Aline, COM)

Règle générale, il semblerait que le thérapeute mis au courant de la situation s'abstienne de porter un jugement moral sur la rechute et fournisse « des outils » à l'usager, en cas de nouvelles tentations : mais il arrive aussi souvent que la rechute reste cachée, ce qui est moins probable en interne.

Les mêmes mécanismes de rechute opèrent après le traitement. Un sentiment d'invulnérabilité s'installe après un certain délai et le joueur est tenté d'aller tester sa résistance. Le manquement graduel aux rencontres de *Gamblers* Anonymes, aux groupes de soutien, l'oubli graduel des informations et des outils donnés pourraient être des facteurs de rechute. Des suivis sont cependant opérés par les centres de thérapie mais certains répondants avouent difficilement leur rechute au thérapeute, dont ils ont l'impression de trahir la confiance. Un joueur qui a rechuté incrimine quant à lui le centre de thérapie qui n'aurait pas évalué correctement la gravité de ses problèmes et lui aurait fait sauter des étapes. Comme il a été mentionné précédemment, la rechute est vécue difficilement par le joueur qui est passé par une thérapie et avait accumulé un bon temps d'abstinence :

Il y en a deux qui ont fait des rechutes qui avaient un an d'abstinence. Ils arrivent aussi défaits que quand ils jouaient à plein. Ce n'est pas le point de vue monétaire qui en prend une claque cette fois là, la fois de la rechute, mettons qu'il a joué trois heures. Mais c'est toutes les valeurs que tu as reperdues, ce n'est pas long ça, reperdre ça. (Sonia, COM)

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

6. Aménagements souhaités

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

6.1. Évaluation générale

Tableau 7. Évaluation générale de l'aide reçue

Éléments positifs	Éléments négatifs
Encadrement	Groupes non homogènes
Thérapeute ouvert	Thérapeute insuffisamment expérimenté
Programme ouvert	Sentiment d'incompréhension
Discipline serrée	Thérapeutes peu motivés
Partage intense	Manque de profondeur
Ateliers d'estime de soi	Manque de maîtrise de la psychologie
Bonne communication	Solutions pas assez rapides
Travail sur soi en profondeur	Fréquences trop espacées
Découvertes sur soi	Besoins de soins plus approfondis
Outils de compréhension du jeu	Approche CQEPTJ trop froide
Outils d'auto contrôle	Thérapies trop longues (3 hres)
Outils d'estime de soi	Thérapie individuelle inappropriée
Bon soutien	Conflit de personnalité thérapeute-client
Relations de confiance	Conceptions erronées inutiles
Ouverture d'esprit	Besoin de psychiatre
Dignité et valeurs positives transmises	
Bonne organisation	
Recueillement	
Apprentissage nouveau mode de vie	
« Dix sur dix »	
« C'est un hôpital de l'âme »	
« Ça m'a sauvé la vie »	
Un bon travail sur les émotions	
Matériel didactique utile	
Engagement dans le groupe	
Entraide mutuelle	
Thérapie plaisante	
« Comme à l'école » (devoirs, leçons)	

Les répondants des entrevues ont été questionnés sur les éléments qu'ils jugeaient les plus aidants. Nous avons divisés ces éléments en sous sections concernant l'environnement, la nature du service, le personnel, le matériel et le programme de traitement lui-même. Mais soulignons d'emblée la réponse lucide et laconique donnée par Jean (COM) à la question « qu'est-ce qui a été le plus aidant ? » : « *C'est moi.* »

L'environnement : L'aspect, l'atmosphère du lieu prédisposeraient favorablement le joueur, qui parfois « y va à reculons ». La situation géographique de certains centres de thérapie semblent offrir la prise de distance, le dépaysement, l'isolement voire, nécessaires à un travail en profondeur sur soi : « *Et tu voyais la différence dans les gens d'un jour à l'autre. Et ça, ça motivait. Le fait que tu es vraiment en..., t'es en pleine campagne.* » (Rogerio, COM)

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

Le personnel : Globalement, l'introspection sur les causes du comportement, où ce qu'un répondant a joliment appelé le « décortilage », est considérée comme l'étape la plus aidante de la thérapie. Celle-ci est toujours liée, dans les propos des répondants, aux compétences du personnel. L'ouverture du personnel est un élément positif dans l'évaluation des services puisque certains répondants ont affirmé n'avoir jamais rencontré une telle qualité d'écoute dans leur vie familiale. Pour certains, leur « sauvetage » est attribuable à un intervenant en particulier. Par ailleurs, les usagers, qu'ils aient ou non terminé le traitement, estiment la capacité de certains thérapeutes à leur faire prendre conscience d'éléments fondamentaux de leur comportement ou de leur personnalité : « *Elle dit : T'es un gars de contrôle. Quand elle m'a dit ça je suis tombé en bas de ma chaise, ç'a pris un bon cinq minutes que je me relève puis là je l'ai regardée... Elle dit : ça te fait chier parce que t'as pas le contrôle sur toi ni sur la machine. Elle dit : Tu ne l'auras jamais sur la machine par exemple le contrôle. Puis c'est vrai. Fait qu'elle a touché un point.* » (Alain, AB) De nombreux témoignages soulignent aussi la capacité des thérapeutes à « poser les bonnes questions », à « donner des trucs », des « mécanismes de protection dans les situations à risque », à discuter généreusement, à donner confiance : « *Et l'élément qui m'a peut-être le plus aidé là-dedans, c'est que j'ai rencontré une personne qui était beaucoup plus sûre que moi que j'allais m'en sortir.* » (Romain, COM)

Il semblerait que ces capacités sont associées indifféremment à la formation du thérapeute, à sa personnalité, au fait qu'il ait ou non déjà eu des problèmes de dépendance : « *Puis si tu es chanceux puis tu prends un thérapeute qui a déjà joué, c'est comme les alcooliques anonymes, si t'as un intervenant qui a déjà été alcoolique, il va te comprendre mieux que quelqu'un qui a juste... J'ai eu affaire avec deux thérapeutes de jeu, un qui avait déjà joué, un qui n'avait pas joué, qui avait suivi son cours à l'Université (...). C'était la guerre...* »

(Wilfred, GRTF) Finalement, le suivi est évoqué comme élément fondamental du rétablissement.

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

Programme de traitement : Certaines étapes des traitements impliquent l'inventaire ouvert par le joueur de sa propre vie, et des situations d'échanges profonds et intenses sont ainsi créées. Un des effets de ce processus est que le joueur se trouve dans une situation d'honnêteté :

On commence à parler des choses qui sont vraies. Puis ce niveau..., ce niveau de confiance est..., les gens étaient tellement ouverts à un niveau qu'on ne voit pas même dans les familles on ne le voit pas. (...) Mais le fait que tout le monde soit assez ouvert là-dedans, ça m'a vraiment impressionné, vraiment impressionné. Parce que j'ai jamais été dans une situation où l'honnêteté était absolue, you know. (Rogerio, COM)

Dans une autre perspective, pour certains, le contenu moins émotif de la partie cognitive du traitement est vu comme élément positif : « *Tu sais que dans le fond..., puis ça m'a réveillée. Tu sais, quand c'est, parce que c'est des choses logiques, des études scientifiques, puis ils ont raison (...) Puis me ramener aux jeux de hasard, qu'on n'a pas le contrôle. Un jeu d'adresse et un jeu de hasard c'est différent.* » (Sylvie, COM) Un autre témoignage d'Alain (AB) est frappant : « *Je suis venue les yeux quasiment plein d'eau quand elle m'a dit que ce n'était pas moi qui arrêtais la machine.* » Mais les opinions à ce sujet sont partagées : pour d'autres, l'universitaire qui s'aide de son tableau et de ses statistiques pour démontrer qu'on ne peut gagner aux machines ne comprend rien aux pulsions des joueurs : « *Selon la méthode du [CQEPTJ], il ne m'accrochait pas parce que c'est une personne qui l'avait seulement au niveau intellectuel. Puis s'il fallait que je me..., qu'on me rejoigne moi au point de vue émotionnel.* » (Solange, GRTI)

Le développement des habiletés à gérer « 24 heures à la fois » est perçu comme un outil précieux pour les usagers. Certains joueurs considèrent qu'à cet égard, les réunions de Gamblers Anonymes sont très aidantes : « *Tu sais, la thérapie m'a ouvert la porte à GA qui va m'entretenir dans mon rétablissement, fait que ça, [le nom de l'établissement], je le remercie au bout parce que vraiment, ils te montrent, ils sont basés sur les douze étapes. Puis pour moi, ça marche.* » (Suzie, GRF)

Cette dernière phrase est fondamentale pour nous aider à aborder la prochaine section concernant l'évaluation de ce qui a été « moins aidant » selon les usagers. Ce *qui marche* pour l'un *ne marche pas* pour l'autre, et c'est pourquoi nous retrouverons dans les prochains paragraphes des éléments en totale contradiction avec les précédents énoncés.

Ainsi, l'autre côté de la médaille concernant les retraites fermées est qu'à leur terme, l'exposition des usagers « à la vraie vie » n'en est que plus brutale. Les activités de groupe et le manque d'autonomie étaient aussi considérés plus nuisibles qu'aidantes pour un répondant. Dans le même ordre d'idée, un répondant aurait préféré l'anonymat que lui aurait assuré la fréquentation d'un centre moins près de chez lui : « *Parce que, en thérapie il y avait du monde que je connaissais. T'es pas capable de t'ouvrir complètement. Moi j'ai vu ça, c'était une faiblesse d'aller dans un centre de traitement proche de chez vous.* » (Mike, GRRP) Le problème est similaire avec les réunions de GA, peu nombreuses dans les régions.

Au sujet de l'hétérogénéité des groupes, un usager n'y trouve pas son compte puisque, adepte des loteries, il ne se sentait pas interpellé par les problèmes des joueurs d'ALV ou d'autres dépendants. Il semblerait que l'intégration des différents groupes ne se fasse pas toujours bien.

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

6.2. Améliorations proposées

En résumé, cet exercice démontre assez bien que les systèmes en place doivent être flexibles et hétérogènes puisque ce qui siéra à un joueur risque de déplaire à un autre. Permettre un maximum d'ajustements, c'est aussi maximiser les chances de réussite et de rétablissement. C'est pourquoi nous avons demandé aux répondants quelles améliorations pourraient être apportées aux services offerts. On réalise que ces derniers ont une bonne idée des modifications possibles et des ajustements souhaitables. Ils en suggèrent plusieurs qui découlent de leur expérience d'utilisateurs de service, de ce qu'ils ont vécu, entendu et voulu. Le tableau suivant rapporte les aménagements aux programmes de traitement sur le jeu souhaités par les usagers, qui ont par ailleurs fait des suggestions qui dépassaient un peu le strict cadre de la thérapie. Nous les avons incorporées quand même, puisqu'elles reflètent les sensibilités et les besoins des personnes les plus directement susceptibles de parler en connaissance de cause.

Tableau 8. Aménagements aux programmes de traitement sur le jeu souhaités par les usagers

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

6.3. Mots descriptifs

Lorsque nous avons demandé aux usagers qui ont complété la thérapie de nous décrire en un seul mot l'aide qu'ils ont reçue lors de ce traitement, nous avons constaté que, dépendamment de leurs attentes et de leurs besoins relativement à ces services, leurs réponses sont très différentes. Nous présentons ici ces mots descriptifs, extraits des verbatims d'entrevue, dont aucun n'a de connotation négative.

Le caractère fondamental de la démarche est exprimé par les répondants par les mots « nécessaire » et « indispensable », tandis que la nature du changement est vécue comme « bénéfique », « un cadeau pour moi, une opportunité », elle a permis de « rechercher mes besoins et mes valeurs ». Si, on l'a vu plus haut, un répondant s'est identifié comme le principal agent de sa guérison, la majorité des gens manifeste une reconnaissance aux organisations, aux thérapeutes et mêmes aux autres usagers qui ont accompagné leur rétablissement : « merci [le nom de l'établissement] », « merci de m'avoir donné une vie », on exprime sa gratitude pour « une autre chance », pour la « sollicitude et l'altruisme ». Une satisfaction générale vis-à-vis des services reçus est exprimée par les termes « excellent », « de toute beauté », « super », « ça a été positif », et les usagers y ont gagné « la tranquillité d'esprit », « la sérénité », « la paix ». Nous avons vu que les usagers ont souvent une très basse estime d'eux-mêmes au moment où ils recourent au traitement. Cette expérience du traitement est positive à cet égard puisque nous pouvons lire : « *je suis fier de moi* », « *[ça m'a permis de] retrouver l'estime de moi, me rebâtir* ». Cette vision positive est en partie due au fait que le traitement demande le « courage d'accepter », « de la persévérance » et qu'en cela il constitue une victoire. Finalement, les usagers ont conscience que le processus de traitement et l'abandon des habitudes de jeu constituent un « deuil », un « cheminement de vie » mais aussi « l'espoir ».

4. DISCUSSION

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

Il s'avère que les raisons formulées par les joueurs pour consulter varient notablement en fonction des motifs pour lesquels ils consultent. Cependant, il ressort que le découragement, l'impuissance et le désir de retrouver ses valeurs seraient des motivations très importantes dans la prise de décision et que c'est souvent en dernier recours que les joueurs vont demander de l'aide. Il est donc essentiel d'être prêt et disponible lorsque le joueur criera à l'aide. En effet, tous soulignent qu'ils veulent réussir à se contrôler ou à cesser de jouer après des séances de jeu intensives. Il serait donc utile de se questionner sur l'utilité d'offrir de l'aide et des services aux joueurs lorsqu'ils en requièrent, c'est-à-dire à la fin des activités de jeu (au casino, dans les bars ou les hippodromes) et de diminuer le temps d'attente entre l'offre et la demande. De plus, il ressort de notre analyse que la difficulté à identifier les ressources d'aide et la disponibilité des services découragent le joueur qui a besoin d'assistance. Il est donc important d'améliorer les efforts consentis dans l'information offerte aux joueurs et à leur entourage, afin de la rendre plus disponible et accessible. Cependant, il est aussi essentiel de déployer des énergies dans deux dossiers. Celui de la prévention, qui consiste à informer la population de la réalité et des risques du jeu. Celui de la sensibilisation, afin de faire connaître – et reconnaître – la problématique du jeu à tous les acteurs concernés, tels que les employeurs, le personnel qui évolue dans les aires de jeu, l'entourage des joueurs, le personnel médical, etc.

Le premier contact semble aussi très significatif pour le joueur qui décide, souvent pour une première fois, de demander de l'aide. Que ce soit par l'entremise d'une ligne d'aide téléphonique (Chevalier et autres, 2003), d'un organisme spécialisé, d'un CLSC ou de tout autre endroit où il s'adresse, il voudrait – et devrait – être en mesure de recevoir une réponse ou une aide rapide, pertinente et efficace. Dans ce sens, il est essentiel de travailler

en partenariat concerté et de développer des ressources d'aide qui soient accessibles et disponibles pour les joueurs en tout temps.

Pourtant, une difficulté semble se présenter à différents endroits. Alors que certains organismes reçoivent un trop grand nombre de demandes pour les ressources dont ils disposent, d'autres en revanche – et surtout dans les régions périphériques – éprouvent des difficultés à rejoindre les joueurs ou à les convaincre de venir consulter pour leurs problèmes. La solution réside, nous semble-t-il, dans un travail à long terme qui consisterait d'une part à faire connaître à la population la réalité du jeu et les services offerts, et d'autre part, à mettre les joueurs en confiance en leur offrant des services de qualité, qui ont fait leurs preuves.

Le nombre important d'usagers qui ont dû s'y reprendre à plusieurs fois pour s'en sortir et le nombre élevé d'abandons et de rechutes durant ou après le traitement montrent clairement qu'il est indispensable d'arrimer les services qui sont offerts avec les besoins et les attentes des clients. Ceux-ci semblent, en partie insatisfaits de la nature des services, de leur accessibilité, des frais encourus afférents aux thérapies internes, du manque de connaissances de certains intervenants en matière de jeu de hasard et d'argent et, finalement, du manque de profondeur du programme cognitif. De plus, il serait pertinent et nécessaire d'offrir des suivis post thérapie ou différentes formes de soutien et de groupes d'entraide, ce qui aiderait grandement plusieurs usagers en rétablissement à contrôler leurs envies de jouer. Par contre, il faut mentionner que le taux d'abandon des programmes de traitement pour le jeu par les usagers est peu documenté et semble très variable d'une recherche à une autre. En ce qui a trait aux personnes qui étaient inscrites au programme expérimental de traitement du jeu pathologique pour la période étudiée, 42 % d'entre elles ont complété le programme, et donc, plus de la moitié ont abandonné le programme avant la fin du traitement (Audet et autres, 2003). Cependant, la réalité des abandons et des rechutes dans les différentes problématiques de dépendances fait que l'on observe bon nombre d'expériences de retour à la dépendance, avant l'atteinte des résultats escomptés des traitements.

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

Dans un tout autre ordre d'idées, le traitement offert spécifiquement à la clientèle d'usagers chinois semble se démarquer des autres clientèles et démontre plusieurs spécificités propres à cette culture. En effet, la communauté chinoise de Montréal représente près de 3 % de la population montréalaise. Elle a été identifiée comme étant particulièrement à risque par le SFCGM (1997). Depuis l'entrée en vigueur des services de traitement dans la communauté chinoise, le SFCGM et le CSQRS compilent respectivement une clientèle de 35 clients chacun. Il existe donc une demande notable de services spécifiquement dédiés à la

communauté chinoise, d'autant qu'il a été établie que la population chinoise montre une réticence certaine à recourir à des services en dehors de sa communauté, principalement en regard de barrières culturelles et linguistiques.

Les démarches menées et les données recueillies auprès des deux organismes nous suggèrent le bien fondé de remettre en question la duplication des services. L'aspect organisationnel du SFCGM nous apparaît de prime abord plus proche des standards de fonctionnement pour de tels services et il dispose d'une thérapeute qui possède une précieuse expertise en la matière. Pour cette raison, nous recommandons qu'un budget spécifique soit consenti pour l'embauche à temps plein d'une thérapeute dédiée aux problèmes de jeu dans la communauté chinoise. Cependant, nous avons observé des lacunes dans le domaine de l'enregistrement de données concernant les usagers, de la standardisation des procédures d'évaluation, et de la disponibilité (horaires) des services. C'est pourquoi nous recommandons aussi que des procédures strictes d'évaluation de l'état des clients (SOGS ou DSM) et de reddition de comptes ponctuelles soient installées.

5. CONCLUSION

La qualité des témoignages que nous avons reçus et la richesse de nos données nous ont permis de mieux comprendre le vécu des joueurs qui demandent de l'aide. Nous espérons que ces renseignements serviront à améliorer les services et à proposer d'autres formes de soutien aux personnes qui éprouvent des difficultés avec les différents jeux de hasard et d'argent disponibles sur le marché québécois.

Nous sommes reconnaissants envers les personnes qui nous ont permis d'obtenir tous ces précieux renseignements et sans lesquelles cette étude n'aurait pu voir le jour. C'est avec vous – et pour vous – que nous croyons qu'il est essentiel de fournir des renseignements aux preneurs de décisions afin qu'ils soient en mesure d'offrir des services mieux adaptés et plus adéquats. Votre opinion et votre expérience ont été essentielles pour mettre à jour les aménagements possibles à apporter au Programme expérimental sur le jeu pathologique.

6. RÉFÉRENCES

- Allard, D., Audet, C., St-Laurent, D., Chevalier, S., (2003). *Évaluation du programme expérimental sur le jeu pathologique. Rapport 6 - Monitoring évaluatif – entrevues initiales auprès des décideurs et des coordonnateurs*. Montréal: Institut national de santé publique du Québec.
- Audet, C., St-Laurent, D., Chevalier, S., Allard, D., Hamel, D., & Crépin, M. (2003). *Évaluation du programme expérimental sur le jeu pathologique. Rapport 7 - Monitoring évaluatif - indicateurs d'implantation - données rétrospectives*. Montréal: Institut national de santé publique du Québec.
- Bardin, L. (1977). *L'analyse de contenu*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Beaupré, R. (2002). *Rien ne va plus - itinéraire du joueur*. Montréal: Éditions Québec Amérique.
- Boechler, V., Neufeld, A., & McKim, R. (2002). Evaluation of client satisfaction in community health centre: Selection of a tool. *Canadian Journal of Program Evaluation*, 17: (1). 97-117.
- Boughton, R. (2002). *Voices of women who gamble in Ontario: A survey of women's gambling, barriers to treatment & treatment service needs*. Dallas (TX): The 16th Annual National Conference of Problem Gambling June 13-15.
- Brown, R.I.F. (1986a). Dropouts and continuers in gamblers anonymous: Life-context and other factors. *Journal of Gambling Behavior*, 2: (2). 130-140.
- Brown, R.I.F. (1987b). Dropouts and continuers in Gamblers Anonymous: Part 2. Analysis of free-style accounts of experiences. *Journal of Gambling Behavior*, 3: (1). 68-79.
- Brown, R.I.F. (1987c). Dropouts and continuers in Gamblers Anonymous: Part four. Evaluation and summary. *Journal of Gambling Behavior*, 3: (3). 202-210.
- Chevalier, S., Papineau, É., & Geoffrion, C. (2003). *Évaluation du programme expérimental sur le jeu pathologique. Rapport 9 – Les lignes téléphoniques dédiées aux jeux de hasard et d'argent*. Montréal: Institut national de santé publique du Québec.
- Chevalier, S., & Allard, D. (2001). *Pour une perspective de santé publique des jeux de hasard et d'argent*. Montréal: Institut national de santé publique du Québec.
- Cromer, G. (1978). Gamblers anonymous in Israel: A participant observation study ? of a self-help group. *International Journal of the Addictions*, 13: (7). 1069-1077.
- Donabedian, A. (1973). *Aspects of medical care administration*. Cambridge (MA): Harvard University Press.
- Griffiths, M., & MacDonald, H.F. (1999). Counselling in the treatment of pathological gambling: An overview. *British Journal of Guidance & Counselling*, 27: (2). 179-190.

- Hodgins, D. (2001). Processes of changing gambling behavior. *Addictive Behaviors*, 26:121-128.
- Hodgins, D., Currie, S., Peden, N., & Diskin, K. (2002). *Preventing relapse for problem gamblers who are not attending support groups*. Dallas (TX): The 16th Annual National Conference of Problem Gambling June 13-15.
- Hodgins, D., & el-Guebaly, N. (2000). Natural and treatment-assisted recovery from gambling problems: A comparison of resolved and active gamblers. *Addiction*, 95: (5). 777-789.
- Hodgins, D.C., Makarchuk, K., el-Guebaly, N., & Peden, N. (2002). Why problem gamblers quit gambling: A comparison of methods and samples. *Addiction Research & Theory*, 10: (2). 203-218.
- Hudak Jr, C.J., Varghese, R., & Politzer, R.M. (1989). Family, marital, and occupational satisfaction for recovering pathological gamblers. *Journal of Gambling Behavior*, 5: (3). 201-210.
- Keefler, J., & Rondeau, G. (2002). Men and shame. *Intervention*, (116). 26-36.
- Léger, J. M., & Florand M. F. (1985). L'analyse de contenu : deux méthodes, deux résultats ?, *L'entretien dans les sciences sociales* (A. Blanchet et autres). Paris, Dunod, 1985
- Lesieur, H., & Blume, S.B. (1987). The South Oaks gambling screen (SOGS): A new instrument for the identification of pathological gamblers. *American Journal of Psychiatry*, 144: (9). 1184-1188.
- Lorenz, V., & Yaffee, R.A. (1986). Pathological gambling: Psychosomatic, emotional and marital difficulties as reported by the gambler. *Journal of Gambling Behavior*, 2: (1). 40-49.
- Mancuso, C.A., Rincon, M., McCulloch, C.E., & Charlson, M.E. (2001). Self-efficacy, depressive symptoms, and patients' expectations predict outcomes in asthma. *Medical Care*, 39: (12). 1326-1338.
- Mark, M.E., & Lesieur, H. (1992). A feminist critique of problem gambling research. *British Journal of Addiction*, 87:549-565.
- Meyer, B., Pilkonis, P.A., Krupnick, J.L., Egan, M.K., Simmens, S.J., & Sotsky, S.M. (2002). Treatment expectancies, patient alliance, and outcome: Further analyses from the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70: (4). 1051-1055.
- Moore, T.L. (2000). *Gambling treatment programs evaluation update*. Salem (OR): Department of Human Services, Office of Alcohol and Drug Abuse Programs.
- National Research Council. (1999). *Pathological gambling. A critical review*. Washington, DC: National Academy Press.

- Orford, J., & McCartney, J. (1990). Is excessive gambling seen as a form of dependence ? Evidence from the community and the clinic. *Journal of gambling studies*, 6: (2). 139-152.
- Ozga, D., & Brown, J. (2002). *When treatment follows gambling ? expansion*. Dallas (TX): The 16th Annual National Conference of Problem Gambling June 13-15.
- Perreault, M., Tempier, R., Tardif, H., Bernier, J., Pawliuk, N., Garceau, L., & Lusignan, R. (1999). Perspective d'usagers suivis en clinique externe d'établissements de première, deuxième et troisième lignes. *Santé mentale au Québec*, XXIV: (2). 52-73.
- Poirier, L. (2001). *La trajectoire de demande d'aide des joueurs excessifs*. Québec: Mémoire - École de service social, Université Laval.
- Poirier, L., & Lindsay, J. (2001). *Trajectoire de demande d'aide des joueurs excessifs*. St-Augustin-de-Desmaures: Centre CASA.
- Rhodes, W., Norman, J., Langenbahn, S., Harmon, P., & Deal, D. (1997). *Evaluation of the Minnesota state-funded compulsive gambling treatment programs - Final report*. Cambridge (MA): Abt Associates Inc.
- Roth, D., & Crane-Ross, D. (2002). Impact of services, met needs, and service empowerment on consumer outcomes. *Mental Health Services Research*, 4: (1). 43-56.
- Service à la famille chinoise du Grand Montréal. (1997). *Jeux et jeu problématique chez les adultes chinois du Québec : une étude exploratoire*. Montréal: Service à la famille chinoise du Grand Montréal.
- Steinberg, M.A. (1993). Couples treatment issues for recovering male compulsive gamblers and their partners. *Journal of gambling studies*, 9: (2). 153-167.
- Stewart, R.M., & Brown, R.I.F. (1988). An outcome study of Gamblers anonymous. *British Journal of Psychiatry*, 152:284-288.
- Stewart, D.W., & Shamdasani, P.N. (1990). *Focus groups - Theory and practice*. Newbury Park (CA): Sage.
- Stinchfield, R., & Winters, K. (1999). *Outcome of Minnesota's gambling treatment programs*. Saint Paul (MN): University of Minnesota.
- Turcotte, D., Dulac, G., Lindsay, J., Rondeau, G., & Dufour, S. (2002). La demande d'aide chez les hommes en difficulté : trois profils de trajectoires. *Intervention*, (116). 37-51.
- Wray, I., & Dickerson, M. (1981). Cessation of high frequency gambling and 'withdrawal' "symptoms. *British Journal of Addiction*, 76:401-405.

ANNEXE 1

MANDAT DU MSSS

OCT 18 '02 10:06 FR MSSS RECHERCHE

418 643 3717 H 95435099

P 02/01

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux

Québec 

Direction générale de la planification stratégique,
de l'évaluation et de la gestion de l'information
Bureau de la sous-ministre adjointe

Québec, le 9 octobre 2002

Monsieur Louis-E. Bernard
Président-directeur général
Institut national de santé publique du Québec
945, avenue Wolfe
Sainte-Foy (Québec)
G1V 5B3

OBJET : Programme d'évaluation et de traitement des joueurs excessifs : Le point
de vue des usagers

Monsieur,

Pour faire suite à votre lettre transmise à madame Renée Lamontagne, sous-ministre adjointe à la Direction générale des services à la population, concernant la demande de financement dont l'objet est identifié en rubrique, j'ai le plaisir de vous annoncer l'octroi d'une subvention de 71 330 \$ pour la réalisation de cette étude complémentaire aux travaux du monitoring évaluatif du Programme expérimental sur le jeu pathologique 2000-2003.

Cette étude complémentaire, dont le devis révisé a été transmis au Ministère le 20 septembre 2002, doit permettre de recueillir le point de vue des usagers du programme ayant reçu des traitements par rapport à quatre thèmes :

- Les besoins ressentis par les joueurs qui sollicitent le traitement ; leur évaluation personnelle de leur problème en incluant les paramètres qui définissent ce problème ; les motifs qui ont présidé à leur demande d'aide ; les attentes qu'ils formulent relativement au traitement et à son résultat.
- L'accessibilité des programmes de traitement, de leur contenu et de la congruence de ceux-ci avec les attentes de la clientèle.
- Le résultat du programme selon la perspective des joueurs.

1075, chemin Sainte-Foy, 16^e étage, Québec (Québec), G1S 2M1
Téléphone : (418) 266-7100 - Télécopieur : (418) 266-7105
Adresse électronique : jocelyne.dagenais@msss.gouv.qc.ca

2/

- Les aménagements au programme souhaités par les usagers.

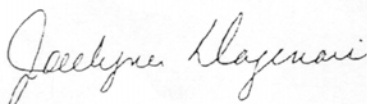
L'étude fournira des renseignements utiles dans le cadre de l'évaluation formative ainsi que des pistes et des éléments de solution pour l'amélioration du programme expérimental de traitement des joueurs pathologiques, selon la perspective des personnes à qui s'adresse le programme.

Une première tranche de 64 200 \$ sera versée dans les prochaines semaines. La dernière tranche de 7 130 \$ suivra le dépôt et l'acceptation du rapport final par le MSSS. Une rencontre prévue en novembre 2002 permettra de présenter un état de situation. Le rapport est attendu pour le mois de mars 2003.

Ce projet est sous la responsabilité du Comité de suivi du monitoring évaluatif du Programme expérimental sur le jeu pathologique. Le rapport du comité d'éthique devra lui être transmis dès qu'il sera disponible. Pour des informations supplémentaires, je vous invite à communiquer avec monsieur Michel Duchesneau. Vous pouvez le rejoindre par téléphone au numéro (418) 266-7062 ou par courriel à l'adresse suivante : michel.duchesneau@msss.gouv.qc.ca

Dans l'espoir que ces travaux contribueront à l'amélioration des services auprès des joueurs pathologiques, je vous prie d'agréer, Monsieur, l'expression de mes sentiments distingués.

La sous-ministre adjointe,



Jocelyne Dagenais

** PAGE TOTALE.03 **

ANNEXE 2

DOCUMENT D'INFORMATION ET FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Nom et prénom de la participante ou du participant (en majuscules) :	Nom de l'établissement :
--	---------------------------------

Document d'information sur la recherche et formulaire de consentement

Projet : Évaluation du programme expérimental sur le jeu pathologique – Le point de vue des usagers
--

Chercheur principal : Serge Chevalier, INSPQ, (514) 528-2400 poste 3386
Co-chercheurs : Catherine Geoffrion, INSPQ (418) 724-8197,
Denis Allard, INSPQ (514) 528-2400 poste 3539,
Chantale Audet, INSPQ (418) 650-5115 poste 5713

Projet financé par le ministère de la Santé et des Services sociaux

I. Le projet de recherche vise à explorer le processus et les raisons qui mènent à demander des services de traitement, à s'impliquer ou non dans les activités proposées, à maintenir ou non les acquis sur le contrôle des comportements de jeu excessif et des problèmes connexes. Cette recherche met une emphase toute particulière sur le cheminement des personnes et leurs opinions sur les services reçus et à développer.

II. Les objectifs de la recherches sont de : 1) documenter les besoins ressentis par les joueurs qui sollicitent des traitements, l'évaluation personnelle qu'ils font de leur problème, les motifs qui ont présidé à leur demande d'aide ainsi que les attentes qu'ils formulent quant au traitement et à son résultat ; 2) connaître l'opinion des joueurs sur l'accessibilité des programmes de traitement et leur contenu par rapport à leurs attentes ; 3) constater le résultat de la démarche, toujours du point de vue des joueurs ; 4) recenser les aménagements au programme souhaités par la clientèle.

III. Dans cette étude, la participation est volontaire et consiste en une entrevue individuelle ou de groupe d'une durée d'environ 60 à 75 minutes. Cette entrevue sera enregistrée et transcrite pour fin d'analyse. Une copie des résultats de recherche sera remise, sur demande, au participant ou à la participante.

IV. Cette étude est importante parce qu'elle permettra de fournir des renseignements utiles à l'amélioration du programme de traitement des joueurs pathologiques. Votre participation est

V. Aucun inconfort prévisible n'est associé à la participation à ce projet de recherche. Si un inconfort ou un malaise survient, l'entrevue sera interrompue ou reportée, selon les désirs de la participante ou du participant. La personne responsable de la tenue des entrevues a prévu des numéros de téléphone d'urgence pour obtenir de l'aide au besoin, advenant le cas, fort peu probable, où une personne manifesterait un besoin d'accompagnement avant, pendant ou après la rencontre.

VI. Pour assurer la confidentialité et l'anonymat, les moyens suivants seront pris :

- le nom des participants et participantes ou toute autre information permettant d'identifier personnellement un participant ou une participante n'apparaîtra dans aucun rapport de recherche ;
- un code sera utilisé au lieu du nom sur le questionnaire et sur les transcriptions d'entrevue ;
- un code sera utilisé pour désigner chacun des participants et chacune des participantes afin de rendre la banque de données anonyme ;
- les informations recueillies seront conservées sous clé et seuls les chercheurs auront accès à la liste des noms et des codes ;
- en aucun cas, les résultats individuels des participantes et des participants ne seront communiqués à qui que ce soit ;
- la grille de concordance entre les renseignements nominatifs et les transcriptions d'entrevue ainsi que les enregistrements audio des entrevues recueillies dans le cadre du présent projet seront détruits à la fin du projet.

VII. Relativement à la confidentialité, bien que la recherche se déroule dans la plus stricte confidentialité, il demeure un risque potentiel de divulgation notamment par les participants aux *focus groups*, et la confidentialité ne peut être assurée à 100 % ;

VIII. Ce projet ne représente aucune source de conflit d'intérêt entre le commanditaire (le ministère de la Santé et des Services sociaux) et les chercheurs de l'Institut national de la santé publique du Québec.

IX. Chaque personne qui accepte de participer à une entrevue individuelle ou de groupe se verra remettre un montant de 10 \$. Dans le cas où la personne refuserait ce montant, il sera alors remis à une des deux œuvres charitables de son choix (l'Association canadienne pour la santé mentale ou Centraide).

X. En cas de problème, il sera également possible de communiquer avec une personne-ressource indépendante : Danielle St-Laurent,

- téléphone : (418) 650-5115 poste 5700.
- courriel : danielle.st.laurent@inspq.qc.ca

XI. Si vous avez des questions ou des commentaires, il est possible de communiquer avec le chercheur principal : Serge Chevalier,

- téléphone : (514) 528-2400 poste 3386
- courriel : scheval2@santepub-mtl.qc.ca

En résumé :

- 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 avez participé. Les résultats de cette évaluation serviront à faire des recommandations pour l'amélioration de ce programme.
- À cette fin, l'INSPQ désire réaliser une série d'entrevues individuelles et de groupe dans différentes régions de la province afin d'obtenir les renseignements qui nous sont nécessaires pour explorer et examiner en profondeur le point de vue des personnes à qui s'adresse le programme de traitement. Ces renseignements concernent les besoins et problèmes ressentis par les joueurs qui sollicitent des traitements, les motifs de consultation, l'accessibilité des programmes de traitement, les résultats de la démarche et les aménagements au programme souhaités par la clientèle.
- Nous vous demandons de participer à une entrevue _____ (*individuelle ou de groupe*) d'une durée d'environ une heure et demie. Cette entrevue sera enregistrée et transcrite à des fins d'analyse.
- En aucun moment, votre nom ou toute autre information permettant de vous identifier, ne seront transmis. Un code sera utilisé au lieu du nom sur le questionnaire et sur la transcription de l'entrevue. Les informations recueillies seront conservées sous clé et seuls les chercheurs auront accès à la liste des noms et des codes.
- Vous êtes entièrement libre d'accepter ou non de participer à cette entrevue de recherche sans préjudice aucun. Si vous acceptez, vous serez libre de retirer votre consentement en tout temps.

J'accepte librement de participer à cette entrevue pour des fins de recherche et d'évaluation sur le programme de traitement des joueurs pathologiques.

Signature

Signature de la participante ou du participant

Date

Formule d'engagement

Je certifie :

- a) avoir expliqué dans un langage accessible les termes du présent formulaire de consentement à la participante ou au participant ;
- b) avoir répondu, à la satisfaction de la participante ou du participant, à toutes les questions qui m'ont été posées par celle-ci ou par celui-ci ;
- c) avoir averti la participante ou le participant que je lui remettrai une copie dûment signée du présent formulaire de consentement.

Signature de la chercheuse ou du chercheur

Date

ANNEXE 3

FORMULAIRE DE DEMANDE POUR LES RÉSULTATS DE LA RECHERCHE



**Évaluation du programme expérimental
sur le jeu pathologique**
Le point de vue des usagers

Si vous désirez recevoir une copie des
résultats de la recherche, veuillez fournir les
informations suivantes.

Nom _____

Adresse _____

Ville _____

Code Postal _____

LES RÉSULTATS SERONT DISPONIBLES
À L'ÉTÉ 2003.

ANNEXE 4

REÇU POUR LES INCITATIFS



**Évaluation du programme expérimental sur le jeu pathologique -
Le point de vue des usagers**

Je, _____, ai participé à une entrevue dans le cadre d'une recherche sur *l'évaluation du programme expérimental sur le jeu pathologique* et reconnais avoir reçu un montant de 10 \$.

J'accepte le montant : ☐

Je préfère remettre le montant à l'un des organismes suivants :

- *L'Association canadienne pour la santé mentale* ☐

- *Centraide* ☐

Signature de la participante ou du participant

Signature de l'intervieweuse

Date

ANNEXE 5

REÇU POUR LES FRAIS DE DÉPLACEMENT



**Évaluation du programme expérimental sur le jeu pathologique -
Le point de vue des usagers**

Je, _____, ai participé à une entrevue dans le cadre d'une recherche sur *l'évaluation du programme expérimental sur le jeu pathologique* et reconnais avoir reçu un montant de _____ \$ pour couvrir mes frais de déplacement.

Signature de la participante ou du participant

Signature de l'intervieweuse

Date

ANNEXE 6

SCHÉMA D'ENTREVUE INDIVIDUELLE



Évaluation du programme expérimental sur le jeu pathologique
Le point de vue des usagers –

SCHÉMA D'ENTREVUE AVEC LES USAGERS
DU PROGRAMME EXPÉRIMENTAL

Rencontre - entrevue individuelle -
--

Serge Chevalier
Catherine Geoffrion
Chantale Audet
Denis Allard
Odile Sévigny

Version du 1 octobre 2002

Présentation du déroulement de la rencontre et protocole d'entrevue (10 min.)

1. Présentation générale :

- Accueillir et remercier
- Exposer les objectifs de la recherche
- Présenter l'interviewer

2. Objectif général de la rencontre :

- « *Connaître votre point de vue et vos expériences sur les services que vous avez reçus dans le cadre du Programme expérimental sur le jeu pathologique.* »

3. Déroulement de l'entrevue :

- Expliquer l'importance des informations recueillies
- Définir le rôle du participant
- Décrire le rôle de l'interviewer et les règles qu'il respecte
- Préciser la durée de l'entrevue
- Justifier l'enregistrement audio
- Rassurer concernant le respect de la confidentialité
- Faire signer le formulaire de consentement

4. Présentation des thèmes de l'entrevue :

- *Les habitudes de jeu ;*
- *Les raisons de consulter ;*
- *Les attentes face au traitement ;*
- *Les effets du traitement ;*
- *Les améliorations à apporter aux services.*

⇒ *Il est à noter que tout ce qui est entre crochets dans le schéma d'entrevue s'adresse à l'interviewer et sert de piste pour investiguer, en cas de besoin.*

I. PROFIL DU JOUEUR - Habitudes de jeu (10 min.)

Avant de commencer l'entrevue portant sur les services que vous avez reçus à (*nommer l'organisme*), j'aimerais que vous me parliez un peu de vous comme joueur...

1. Parlez-moi des jeux auxquels vous participiez le plus régulièrement ainsi que de vos habitudes de jeu avant de commencer ce traitement ?

[piste pour l'interviewer :

- *À quels endroits alliez-vous jouer ? (le lieu : casino, bar, hippodrome, etc.)*
- *Pourquoi cet endroit-là ? (un endroit que vous fréquentiez avant de commencer à jouer ; un lieu de rencontre avec des amis ; etc.)*
- *À quel moment jouiez-vous ? (la fréquence, le moment de la journée, etc.)*
- *En général, vous pouviez jouer pendant combien de temps sans vous arrêter ?]*

2. Qu'est-ce que le jeu vous apportait ?

[À quoi vous servait le jeu ? ou Quelles satisfactions vous amenait le jeu ?]

- a. Qu'est-ce que vous aimiez dans le jeu ?
- b. Qu'est-ce qui vous faisait le plus de bien lorsque vous jouiez ?

3. Quand avez-vous commencé à jouer ? Pourquoi selon vous ?

- a. Avec le temps, est-ce que vous avez continué à jouer pour les mêmes raisons ou est-ce que c'était différent ? Si c'était différent, en quoi ce l'était ?
- b. À quel moment vous est-il apparu que vous aviez un problème avec le jeu suffisamment grave pour que vous décidiez de chercher de l'aide ?

*[Y a-t-il un événement quelconque qui est survenu,
i.e. perte d'un emploi ; acte illégal ; départ du conjoint ; etc.]*

4. Y a-il un jeu spécifique qui vous a causé plus de problème ? Si oui, lequel et pourquoi ?

II. LES PROBLÈMES ÉPROUVÉS - Les raisons de consulter (15 min.)

5. Pouvez-vous me parler des problèmes que le jeu a entraînés dans votre vie ?

- a. Est-ce que le jeu a entraîné des problèmes dans d'autres sphères de votre vie ?
 - i. sur le plan PERSONNEL *[physique, santé mentale, toxicomanie]*
 - ii. sur le plan RELATIONNEL *[conjoint, famille, amis, etc.]*
 - iii. sur le plan FINANCIER *[dette de jeu, légal, etc.]*
 - iv. sur le plan PROFESSIONNEL *[ou scolaire]*

6. On sait qu'il peut-être difficile pour un joueur de consulter ; dites-moi ce qui vous a amené ou décidé à entreprendre un traitement à (*nommer l'organisme*) ?

[*Qu'est-ce qui vous a motivé à consulter ?*]

- a. Pouvez-vous me raconter comment ça s'est passé ?

i. Est-ce que quelqu'un vous a suggéré de consulter ?

7. Auparavant, est-ce que ça vous était déjà arrivé d'essayer de vous contrôler ou d'arrêter de jouer par vous-même ? Pouvez-vous m'en parler ?

[*piste pour l'interviewer* :

- *Combien de fois ?*
- *Quels moyens aviez-vous pris pour arrêter (ou vous contrôler) ?*
- *Quand aviez-vous essayé cela ?*
- *Qu'est-ce qui vous poussait à essayer de vous contrôler (ou arrêter) ?*
- *Est-ce que cela a fonctionné ? Combien de temps ?*
- *Pourquoi ça n'a pas marché comme vous l'espériez ?*

8. Aviez-vous déjà fait des démarches ailleurs qu'à (*nommer l'organisme*), avant cette fois-ci, pour régler votre problème de jeu ? [*ou rechercher de l'aide extérieure*]

- a. Pouvez-vous m'expliquer quelles démarches vous aviez entreprises ?

- b. Auprès de qui aviez-vous fait ces démarches ?

[*famille, amis, entourage, psychologue, GA, prêtre, PAE, etc.*]

- c. Quels ont été les résultats ? [*la durée de la démarche, etc.*]

- d. Recevez-vous encore de l'aide ou du soutien de la part de ces personnes ? Si oui, quel type d'aide recevez-vous ? De qui ?

9. En quoi l'aide que vous avez reçue cette fois-ci à (*nommer l'organisme*) se compare-t-elle avec des expériences similaires vécues auparavant ? En quoi est-elle différente ?

III. RECHERCHE D'AIDE POUR LE DERNIER TRAITEMENT– AIDE REÇUE

- Les attentes face au traitement (25 min.)

10. Concernant le traitement à (*nommer l'organisme*), pouvez-vous me raconter ou m'expliquer comment se sont déroulées vos démarches pour trouver de l'aide cette fois-ci ?

- a. Quelles ont été les démarches nécessaires ?

- b. Avez-vous été référé par quelqu'un, soit un médecin, CLSC, hôpital, organisme communautaire tel que GA, etc. ? [*Qui vous a référé à (nommer l'organisme) ?*]

- c. À quel endroit (ou bien par qui) avez-vous entendu parler de ce service ? [*médecin, barmaid, autocollant, dépliant, publicité, etc.*]

- d. Y a-t-il eu une période d'attente ? Si oui, comment avez-vous vécu cette période ?

- i. Est-ce que (*nommer l'organisme*) maintenait un contact ou un lien avec vous durant cette période ?
11. Sur une échelle de 0 à 10, comment évaluez-vous votre motivation au moment où vous avez commencé votre traitement ? [10 = *maximum de motivation*] Pourquoi ?
12. Quels étaient vos besoins avant de commencer le traitement à (*nommer l'organisme*) ?
 - a. Est-ce que l'aide que vous avez reçue lors de ce traitement a comblé vos besoins ? Comment ? Sinon, pourquoi ?
13. Quelles étaient vos attentes avant de commencer le traitement à (*nommer l'organisme*) ?
[*vos motivations à demander de l'aide ?*]
 - a. Est-ce que l'aide que vous avez reçue lors de ce traitement a répondu aux attentes que vous aviez avant de commencer ? Comment ? Sinon, pourquoi ?
14. À partir du moment où vous avez commencé votre démarche d'aide à (*nommer l'organisme*), comment cela s'est-il déroulé ?
 - a. Comment s'est passé votre premier contact avec (*nommer l'organisme*) ? [*l'accueil*]
 - b. Avez-vous été référé ailleurs (avant, pendant ou après) le programme de traitement pour le jeu, par exemple à des services financiers, judiciaires, en toxicomanie, en santé mentale, etc. ?
15. Pouvez-vous me décrire le traitement comme tel ou l'aide que vous avez reçue à (*nommer l'organisme*) ?

[piste pour l'interviewer :

- Le type de service reçu ? (*interne, externe, individuelle, groupe, couple, familiale*)
 - La fréquence et la durée des rencontres ?
 - Les thèmes abordés ? (*jeu, problème personnel, financier, emploi, légaux...*)
 - Les différents types d'intervention de traitement ? (*intervention cognitive, comportemental, prévention de la rechute*)
 - Les différents moments d'évaluation (*initial et post-traitement, i.e. évaluation à l'aide de questionnaire lors de la première et dernière rencontre*)
 - Les lieux physiques ? (*endroits, distances, coût de déplacement, etc.*)
 - Le rôle des proches dans le traitement ?]
- a. Pouvez-vous me parler des questionnaires que vous avez dû remplir durant votre traitement ? [*le moment ; leur utilité ; qui vous les a administrés ; etc.*]
 - b. Avez-vous pu assister à toutes les rencontres et activités prévues dans le cadre de ce traitement ? Sinon, pouvez-vous me parler du contexte et des raisons de ces absences ?

- c. Est-ce que le programme était adapté à votre situation ?
- a. Avez-vous le sentiment que vous avez pu exprimer vos besoins ?
- b. Avez-vous pu faire des demandes spécifiques quant au contenu, à l'horaire ou à l'aménagement des services que vous avez reçus ? *[négocier les services versus vos besoins]*
16. On sait que la rechute peut faire partie du processus de rétablissement. Pour votre part, avez-vous vécu des épisodes de rechute durant votre traitement ? Pouvez-vous m'en parler ?
- a. À la suite de cette(ces) rechute(s), est-ce que vous êtes retourné en traitement ? (ou avez décidé de suivre ce programme-ci) ? *[si plusieurs rechutes, voir une par une]*
- b. Comment s'est déroulé le retour au traitement ?
- [piste pour l'interviewer :*
- période d'attente,*
- reprise ou poursuite du programme]*
17. Pouvez-vous me parler de votre relation, en général, avec l'intervenant ?
- a. Avez-vous eu à changer d'intervenant durant toute la durée de votre traitement ?
- b. Aviez-vous toujours le même intervenant ou bien il y en avait plusieurs ?
18. Recevez-vous encore de l'aide de cet organisme ? *[financière, familiale, etc.]*
- a. Est-ce que vous participez à un suivi post-traitement offert par l'organisme ? *[l'intervenant qui fait des relances pour évaluer la situation après 3, 6 et 12 mois]*
- i. Si oui : Quel est-il ? *[questionnaire, service, etc.]* Comment vous sentez-vous par rapport à ses relances ?
- ii. Si non : Seriez-vous disposé ou intéressé à ce que votre intervenant communique avec vous 3, 6 et 12 mois après la fin de votre traitement, pour évaluer la situation ? Pourquoi ?
19. Pour votre part, de quoi êtes-vous le plus fier par rapport à votre démarche d'aide ?
20. Qu'avez-vous appris sur vous-même pendant ce traitement ?

ABANDON [avec les personnes qui ont abandonné le programme seulement]
(5 minutes)

21. Pouvez-vous me parler des raisons qui vous ont amené à abandonner ce programme de traitement à (*nommer l'organisme*) ?
22. Depuis que vous avez quitté le programme, avez-vous reçu ou recherché d'autres formes d'aide ? [*GA ; entourage ; psychologue ; PAE ; soutien financier ; etc.*]

IV. SITUATION ACTUELLE - Les effets du traitement (10 min.)

23. Comment allez-vous maintenant ? [*en comparaison d'avant le traitement*]
24. Plus tôt, je vous ai demandé quel(s) problème(s) le jeu vous avait occasionnés. Maintenant, pouvez-vous me dire où vous en êtes par rapport à ces difficultés ?
- a. sur le plan personnel [*physique, santé mentale, toxicomanie*]
 - b. sur le plan relationnel [*conjoint, famille, amis, etc.*]
 - c. sur le plan financier [*légal, dette de jeu, etc.*]
 - d. sur le plan professionnel [*ou scolaire*]
25. Vous arrive-t-il encore de jouer ?
- a. À quel jeu ?
 - b. À quelle fréquence en comparaison d'avant ? [*temps et argent*]
 - c. Jouez-vous pour les mêmes raisons ou pour des raisons différentes ?

ou pour ceux qui ont abandonné :

Depuis que vous avez quitté le programme, êtes-vous retourné jouer ?

- a. À quel jeu ?
- b. À quelle fréquence en comparaison d'avant ? [*temps et argent*]
- c. Jouez-vous pour les mêmes raisons ou pour des raisons différentes ?

V. RÉTROSPECTIVE - Les améliorations à apporter (10 min.)

26. Globalement, quelle évaluation faites-vous de l'aide que vous avez reçue ?
[*ou que pensez-vous de l'aide que vous avez reçue ?*]

27. Pensez-vous qu'il y a des choses qui devraient être modifiées dans les services que vous avez reçus ? Lesquelles et pourquoi ?
- a. Qu'est-ce qui a été le plus aidant dans le programme de traitement ?
 - b. Qu'est-ce qui a été le moins aidant dans le programme de traitement ?
 - i. Qu'auriez-vous préféré ?
 - c. Qu'est-ce qui aurait pu être plus aidant dans le programme de traitement ?
28. Que diriez-vous à quelqu'un qui veut suivre ce programme de traitement pour régler son problème de jeu ?
29. Si vous aviez un seul mot à dire pour décrire l'aide que vous avez reçue lors de ce traitement, quel serait-il ?

ANNEXE 7

SCHÉMA D'ENTREVUE DE GROUPE



Évaluation du programme expérimental sur le jeu pathologique
Le point de vue des usagers –

SCHÉMA D'ENTREVUE AVEC LES USAGERS
DU PROGRAMME EXPÉRIMENTAL

Rencontre - entrevue de groupe -

Serge Chevalier
Catherine Geoffrion
Chantale Audet
Denis Allard
Odile Sévigny

Version du 1 octobre 2002

Les huit groupes de discussion :

Les caractéristiques des joueurs traités

- ♣ groupe de *femmes* seulement,
- ♣ groupe de personnes dont le jeu de prédilection est autre que
- ♣ les appareils électroniques de jeu,
- ♣ groupe de personnes de *régions périphériques*,
- ♣ groupe de personnes issues des *communautés culturelles* ;

Les caractéristiques des traitements

- ♣ groupe de personnes qui ont été *traitées en interne*,
- ♣ groupe de personnes qui ont eu une *thérapie familiale*,
- ♣ groupe de personnes qui participent aussi à des *rencontres GA*,
- ♣ groupe de personnes qui ont bénéficié d'un programme de *gestion financière*.

Présentation du déroulement de la rencontre et protocole de discussion de groupe (10 min.)

1. Présentation générale

- Accueillir et remercier
- Exposer les objectifs de la recherche
- Présenter l'animateur

2. Objectif général de la rencontre

- « *Connaître votre point de vue et vos expériences sur les services que vous avez reçus dans le cadre du Programme expérimental sur le jeu pathologique.* »

3. Déroulement du groupe de discussion

- Expliquer la dynamique de la discussion de groupe
- Parler de l'importance des opinions personnelles et spontanées
- Exprimer l'importance de réagir aux opinions des autres et de les respecter
- Indiquer que toutes les réponses sont bonnes et utiles
- Décrire le rôle de l'animateur et les règles qu'il respecte
- Préciser la durée de la discussion
- Justifier l'enregistrement audio et la salle d'observation (s'il y a lieu)
- Rassurer concernant le respect de la confidentialité
- Faire signer le formulaire de consentement

4. Présentation des thèmes de la discussion

- *Les habitudes de jeu ;*
- *Les raisons de consulter ;*
- *Les attentes face au traitement ;*
- *Les effets du traitement ;*
- *Les améliorations à apporter.*

5. Présentation des participants (tour de table)

- Prénom, lieu de résidence (la ville ou le village), l'endroit où le traitement a été suivi

I. VOS HABITUDES DE JEU (10 min.)

Avant de commencer la discussion portant sur les services que vous avez reçus lors de votre traitement dans les différents organismes, j'aimerais que vous me parliez un peu de vos habitudes de jeu...

1. Pour faire d'abord un tour de table, j'aimerais connaître les jeux auxquels vous participiez le plus régulièrement avant de commencer votre traitement.
2. Pouvez-vous me dire ce que le jeu vous apportait ? (ou quelles satisfactions vous amenait le jeu ?)
3. Avec le temps, est-ce que vous avez continué à jouer pour les mêmes raisons ou est-ce que c'était différent ? En quoi ?
4. Quel est le jeu qui vous a causé le plus de problème ? Depuis quand ?

II. LES RAISONS QUI VOUS ONT AMENÉ À CONSULTER (15 min.)

5. Pouvez-vous me parler des problèmes que le jeu a entraînés dans votre vie ?

[Piste pour l'animateur :

i. sur le plan personnel [physique, santé mentale, toxicomanie]

ii. sur le plan relationnel [conjoint, famille, amis, etc.]

iii. sur le plan financier [dette de jeu, légal, etc.]

iv. sur le plan professionnel [ou scolaire]

6. On sait qu'il peut être difficile pour un joueur de consulter ; cependant vous avez toutes et tous entrepris un traitement. Dites-moi ce qui vous a décidé à le faire ?
 - a. Est-ce que quelqu'un ou quelque chose vous a incité à consulter ? Si oui, qui ou quoi ?
7. Auparavant, est-ce que ça vous était déjà arrivé d'essayer de vous contrôler ou d'arrêter de jouer par vous-même ? Pouvez-vous m'en parler ?
8. Aviez-vous déjà recherché de l'aide extérieure ailleurs, avant cette fois-ci, pour régler votre problème de jeu ? Pouvez-vous m'expliquer quelles démarches vous aviez entreprises ?

III. VOS ATTENTES FACE AU TRAITEMENT (25 min.)

9. Concernant le traitement comme tel, pouvez-vous me raconter ou m'expliquer quelles ont été les démarches nécessaires pour trouver de l'aide cette fois-ci ?

[Piste pour l'animateur :

- Où avez-vous entendu parler de ce service ou de cet endroit (référence) ? ;
- Étiez-vous motivé à commencer le traitement ? ;
- Y a-t-il eu une période d'attente ?]

10. EXERCICE ÉCRIT :

Quels étaient vos besoins avant de commencer le traitement ?
(Inscrire sur la feuille)

- a. Tour de table : Qu'avez-vous écrit ?
- b. Est-ce que l'aide que vous avez reçue a comblé vos besoins ? Comment ?

11. EXERCICE ÉCRIT :

Quelles étaient vos attentes avant de commencer le traitement ?
(Inscrire sur la feuille) [vos motivations à demander de l'aide ?]

- a. Tour de table : Qu'avez-vous écrit ?
- b. Est-ce que l'aide que vous avez reçue lors de ce traitement a répondu aux attentes que vous aviez avant de commencer ? Comment ?

12. À partir du moment où vous avez commencé votre démarche d'aide, comment cela s'est-il déroulé ? [le début du traitement]

[Piste pour l'animateur :

- L'accueil ou les premiers contacts avec l'organisme ;
- Référé ailleurs (services financiers ; judiciaires ; toxicomanie ; etc.)]

13. Maintenant, j'aimerais que vous me décriviez l'aide que vous avez reçue ou le traitement comme tel ?

[Piste pour l'animateur :

- Le type de service reçu ? (interne ; externe ; individuelle ; groupe ; couple ; familiale) ;
- La fréquence et la durée des rencontres ? ;
- Les thèmes abordés ? (jeu ; problème personnel ; financier ; emploi ; légaux ;....) ;
- Les différents types d'interventions de traitement ? (intervention cognitive, comportemental, prévention de la rechute)
- Les différents moments d'évaluation (initial et post-traitement, i.e. évaluation à l'aide de questionnaire lors de la première et dernière rencontre)

- Les lieux physiques ? (endroits, distances, coût de déplacement, etc.) ;
 - Le rôle des proches dans le traitement ?]
- a. Pouvez-vous me parler des questionnaires que vous avez dû remplir durant votre traitement ? [le moment ; leur utilité ; qui vous les a administrés ; etc.]

14. Est-ce que le programme était adapté à votre situation ?

- a. Avez-vous le sentiment que vous avez pu exprimer vos besoins ?
- b. Avez-vous pu faire des demandes spécifiques quant au contenu, à l'horaire ou à l'aménagement des services que vous avez reçus ? [négocier les services versus vos besoins ?]

15. On sait que la rechute peut faire partie du processus de rétablissement. Pour votre part, avez-vous vécu des épisodes de rechute durant votre traitement ?

- a. À la suite de cette(ces) rechute(s), est-ce que vous êtes retourné en traitement (ou avez décidé de suivre ce programme-ci) ?
- b. Comment s'est déroulé le retour au traitement ?
[Piste pour l'animateur : période d'attente, reprise ou poursuite du programme]

16. Pouvez-vous me parler de votre relation, en général, avec l'intervenant ?

- a. Avez-vous eu à changer d'intervenant ?
- b. Aviez-vous toujours le même intervenant ?

17. Recevez-vous encore de l'aide de cet organisme ? [financière, familiale, etc.]

- a. Est-ce que vous participez à un suivi post-traitement (3, 6 et 12 mois) offert par l'organisme ? [voir si apprécié ou aimerait en avoir un]

17. Tour de table : De quoi êtes-vous le plus fier par rapport à votre démarche d'aide ?

18. Qu'avez-vous appris sur vous-même pendant ce traitement ?

IV. LES EFFETS DU TRAITEMENT (10 min.)

19. Plus tôt, je vous ai demandé quel(s) problème(s) le jeu vous avait occasionnés. Maintenant, pouvez-vous me dire où vous en êtes par rapport à ces difficultés ?

[Piste pour l'animateur :

- a. sur le plan personnel (physique, santé mentale, toxicomanie, etc.)*
- b. sur le plan relationnel (conjoint, famille, amis, etc.)*
- c. sur le plan financier (légal, dette de jeu, etc.)*
- d. sur le plan professionnel (ou scolaire)]*

20. Vous arrive-t-il encore de jouer ?

- a. À quel jeu ?
- b. À quelle fréquence en comparaison d'avant ? *[temps et argent]*
- c. Jouez-vous pour les mêmes raisons ou pour des raisons différentes ?

V. Les améliorations à apporter au TRAITEMENT pour les joueurs (10 min.)

21. Pensez-vous qu'il y a des choses qui devraient être modifiées dans les services que vous avez reçus ? Lesquelles et pourquoi ?

22. Que diriez-vous à quelqu'un qui veut suivre ce traitement pour régler son problème de jeu ?

23. Dernier tour de table : Si vous aviez un seul mot à dire pour décrire l'aide que vous avez reçue lors de ce traitement, quel serait-il ?

ANNEXE 8

LISTE ET CARACTÉRISTIQUES DES CENTRES DE TRAITEMENT

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

ANNEXE 9

ABSENCE DU POINT DE VUE DES PERSONNES ISSUES DES COMMUNAUTÉS CULTURELLES

Évaluation du programme expérimental sur le jeu pathologique: l'absence de point de vue des usagers chinois.

Dans le cadre de l'Évaluation du programme expérimental sur le jeu pathologique, nous avons demandé aux usagers des sites pilotes et des autres centres de traitement du Québec d'évaluer les services qu'ils avaient reçus. Hormis ces 21 centres de traitement, des services spécialisés sont aussi prodigués par deux autres organismes, le Service à la Famille Chinoise du Grand Montréal (SFCGM) et le Centre Sino-Québec de la Rive-Sud (CSQRS).

Nous n'avons pu obtenir d'entrevue d'aucun des usagers de ces deux centres, vraisemblablement tant pour des raisons administratives que culturelles.

Le SFCGM et le CSQRS ont officiellement été sollicités par courrier une première fois, le 31 juillet 2002, en même temps que les 21 autres centres (lettre alors adressée à Madame Cynthia Lam). Le 18 octobre 2002, une seconde tentative a été réalisée afin que les deux organismes recrutent respectivement deux personnes, parmi leurs clients passés ou actuels, qui acceptent de participer à une entrevue individuelle menée en chinois. La dénominalisation des entrevues était assurée et une compensation pour les frais encourus était proposée. Après une série de relances auprès des responsables du SFCGM et du CSQRS (parfois sans réponse en ce qui concerne le CSQRS), aucun répondant n'a été trouvé. Nos interlocuteurs étaient Madame Xixi Li, Directrice, et Cindy Cheung et Patrick Tam, intervenants (CSQRS) ainsi que Madame May Chiu, Directrice et Louisa Leung, psychothérapeute (SFCGM). Un nombre élevé de démarches de recrutement ont effectivement été entreprises par les deux organismes concernés.

À cette étape, nous avons supposé que les personnes contactées n'avaient peut-être pas été saisies du caractère officiel de l'évaluation et des bénéfices que pourraient retirer de l'amélioration des services d'autres personnes chinoises aux prises avec des problèmes de jeu.

En janvier 2003, nous envoyions aux mêmes personnes une lettre suggérant de faire parvenir aux usagers un message officiel en chinois qui explique clairement le but de l'évaluation. Cette fois encore, nous n'avons réussi à recruter aucun répondant. Louisa Leung, psychothérapeute au SFCGM, estime que des problèmes culturels peuvent, au moins partiellement, expliquer cette réticence à participer à l'évaluation :

« Started from Oct, 2002, we have 12 new clients (Nov., Dec., and Jan. are very quiet months because of Christmas, New Year and Chinese New Year). Among these new cases, 6 cases are family members, and 6 cases are gamblers. Among these six gamblers, I mentioned to five of them about the research, and interview, explaining to them about the study with the letter. Unfortunately, none of these gamblers agree to participate in the interview. Most of them worry about being identified by their stories, Because of the

cultural factors, I expect it will be a very difficult process to have gamblers to be willing to tell their stories. Some of my clients who have successfully stopped gambling, when I asked whether they will invite some of their gambler friends to come for treatment and the answer were "no". They said they did not want any body knows they came to see a therapist . »

Le CSQRS nous explique quant à lui les démarches entreprises en vain :

« Altogether we have 35 clients. We have asked 17 clients to take part of the interview. 15 letters were sent out. (...) By the present moment, we cannot expect any clients to participate. »

Le CSQRS nous a mentionné qu'il leur serait dorénavant impossible de recruter quelque client que ce soit puisque leur subvention pour le traitement n'a pas été reconduite, et qu'ils n'acceptent plus de nouveaux clients à partir de la mi-février.

Nous espérons que des participants pourront être recrutés dans l'année courante au SFCGM, mais des règles évidentes d'éthique interdisent toute insistance auprès des usagers.

Lettre de demande de collaboration au recrutement d'usagers chinois (octobre 2002)

Mme Xi Xi Li, Directrice générale
Le Centre Sino-Québec de la Rive-Sud
45, Place Charles-Lemoine, bureau 102
Longueuil (Québec) J4K 5G5

Madame Xi, bonjour

Le 31 juillet dernier, madame Geoffrion et monsieur Chevalier, de l'Institut national de la santé publique du Québec, vous faisaient parvenir une lettre ayant pour objet l'Étude complémentaire dans la démarche du monitoring évaluatif (voir pièce jointe).

Comme vous l'expliquait cette lettre, l'INSPQ procède actuellement à une « évaluation du programme expérimental sur le jeu pathologique ». Dans ce projet, nous nous intéressons au point de vue des usagers, c'est-à-dire à l'opinion des gens qui ont eu recours aux services mis en place par le MSSS dans le cadre du programme expérimental. Plus concrètement, nous aimerions que votre intervenant auprès des joueurs contacte deux personnes ayant complété une démarche de traitement au CSQRS et leur demande s'ils acceptent de participer à une entrevue individuelle d'une durée d'une heure environ (nous rencontrerons aussi deux personnes ayant reçu des services au SFCGM). La confidentialité des répondants est assurée et chacun se verra remettre une compensation symbolique pour sa participation à l'entrevue.

Ces entrevues devant être réalisées dans des délais assez rapprochés, je vous téléphonerai en début de semaine prochaine afin de prendre des arrangements pour la suite de cette recherche. Je vous remercie à l'avance de votre collaboration.

Bien cordialement

Elisabeth Papineau
Institut national de recherche scientifique-UCS

4750, avenue Henri-Julien, 5e étage
Montréal, H2T 3E5
Bureau: 5097

Téléphone: (514) 849.3989 poste 3702
Télécopieur: (514) 849.3369
Courriel: elisabeth.papineau@inrs-ucs.uquebec.ca

C.C. Patrick Tam, CSQRS
Serge Chevalier, Sociologue, INSPQ
Catherine Geoffrion, INSPQ

Lettre d'accompagnement de la lettre pour les usagers (janvier 2003)

Ms Cindy Cheung
Centre Sino-Québec de la Rive-Sud
45, Place Charles-Lemoine, bureau 102
Longueuil (Québec) J4K 5G5

□□□

I hope you spent a beautiful Christmas holidays and that the Goat Year beginning very soon will be beneficial for all of you. The "Evaluation of Québec's experimental program for compulsive gamblers: user's viewpoint" is going fairly well as we received much collaboration from the 23 treatment centres among the province.

After some disappointing attempts, we couldn't find any Chinese user's of your services to participate in the survey. Do you believe some of your clients would be more inclined to take part in the Quebec survey if they would receive the letter joined below (translated in Chinese) ? We suggest:

- 1- You mail this letter to the patients who already received the treatment (insofar as the family is aware of the treatment), as a second try after your verbal solicitation in fall.
- 2- Secondly, we suggest you present this letter to every new client of your counselling service (whether or not the family is aware of the treatment), to inform him in advance he will be invited to participate voluntarily in this survey at the end of the treatment.

We believe the Chinese community as a whole will benefciate from the result of this survey and this is the only way we can renew and improve experimental program for compulsive gamblers. Waiting for your response on this subject to get along on the details,

Best regards

□□□□□□



Elisabeth Papineau

C.C. Ms Xixi Li
Centre Sino-Québec de la Rive-Sud
45, Place Charles-Lemoine, bureau 102
Longueuil (Québec) J4K 5G5

Lettre transmise aux usagers par le SFCGM et le CSQRS (janvier 2003)

敬有關人士：

魁北克衛生與社會服務部長誠請魁北克公共衛生學院（INSPQ）來評估您所參與的有關治療計畫。評估的結果將用來為改進此計畫提供建設性意見。為了達到此目的，

INSPQ 將組織一系列在全省不同地區的個人或團體面談，這意味著認識這些尋求治療賭徒的問題及需求；他們尋求援助的原因；治療計畫是否可行；他們行為的後果以及他們所希望看見的計畫的改進意見。

我們會讓你參加一個大致一個半小時的個人面談，整個面談過程將會被錄音下來，然後被用來分析，無論何時，您的名字及其他私人資料都不會洩露給人，所有資料將很好地保管起來，只有研究人員才能有這些姓名及密碼。您也有 100 % 的權利同意或拒絕參與這項研究面談，拒絕也絕不會對您參與療程有任何影響，如果您愿意的話，您也可在任何時候撤銷您的意向。

我們相信對整個中國社區來說，都會從中得益，也只有這樣才能改進對衝動賭徒的實驗計畫，您隱在的問題對您的具有賭性的同胞來說也同樣具有重要作用。

如果您有意參與此面談的話，請聯絡伊麗沙白女士，她的電話是（514）849－3989，分機 3702。感謝您。

滿城華人服務中心，南岸華人服務中心敬啟于，滿地可 2003 年 2 月 1 日

Lettre transmise aux usagers par le SFCGM et le CSQRS

TRADUCTION

Montréal, February 1, 2003

To whom it may concern,

The Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) has asked the Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) to evaluate the treatment program in which you participated. The results of the evaluation will be used to make recommendations for improving this program. To this end, the INSPQ wishes to conduct a series of individual and group interviews in various regions of the province. This will give us the information we need to explore and examine the viewpoints of those the treatment program is intended to serve. This entails learning about the needs and problems of gamblers who seek treatment, their reasons for seeking assistance, whether treatment programs are readily available to them, the results of their actions, and the program improvements they would like to see.

We ask that you participate in an individual interview lasting approximately one and a half hours. This interview will be recorded and transcribed for analysis. At no time will your name or any other identifying information be made available. The information gathered will be kept under lock and key, and only the researchers will have access to the list of names and codes. You are entirely free to agree or refuse to participate in this research interview. Refusal will in no way affect your participation in the treatment program. If you agree, you will be free to revoke your consent at any time.

We believe the Chinese community as a whole will benefit from the result of this survey, which is the only way we can renew and improve experimental program for compulsive gamblers. Your own implication is then important to your own fellow-citizens with gambling problems. Would you be interested to take part in this interview, please contact Elisabeth Papineau (□□□□) at the following number (514) 849-3989, ext. 3702.

Thank you in advance,

Service à la Famille Chinoise du Grand Montréal
Centre Sino-Québec de la Rive-Sud