



information



formation



recherche

ÉVALUATION DU PROGRAMME EXPÉRIMENTAL SUR LE JEU PATHOLOGIQUE

MONITORAGE ÉVALUATIF
ENTREVUES AVEC LES DIRECTIONS ET LES COORDONNATEURS
SUR L'ORGANISATION DES SERVICES ET LEUR ÉVOLUTION

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC

ÉVALUATION DU PROGRAMME EXPÉRIMENTAL
SUR LE JEU PATHOLOGIQUE

MONITORAGE ÉVALUATIF
ENTREVUES AVEC LES DIRECTIONS ET LES COORDONNATEURS
SUR L'ORGANISATION DES SERVICES ET LEUR ÉVOLUTION

DIRECTION DE LA PLANIFICATION, DE LA RECHERCHE ET DE L'INNOVATION
UNITÉ CONNAISSANCE-SURVEILLANCE

JUIN 2006

AUTEURS

Denis Allard

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

Marie-Anne Kimpton

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

Élisabeth Papineau

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

Chantale Audet

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

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

RÉFÉRENCE SUGGÉRÉE

Allard, D., Kimpton, M.-A., Papineau, É., Audet, C. (2006). *Évaluation du programme expérimental sur le jeu pathologique - Monitoring évaluatif - Entrevues avec les directions et les coordonnateurs sur l'organisation des services et leur évolution*. Institut national de santé publique du Québec.

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

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

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

CONCEPTION GRAPHIQUE
MARIE PIER ROY

DÉPÔT LÉGAL – 1^{er} TRIMESTRE 2007
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA
ISBN 13 : 978-2-550-48788-3 (VERSION IMPRIMÉE)
ISBN 13 : 978-2-550-48789-0 (VERSION PDF)

©Gouvernement du Québec (2007)

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES FIGURES.....	III
1. INTRODUCTION.....	1
2. PRÉCISIONS MÉTHODOLOGIQUES.....	3
2.1. PERSPECTIVE D'ÉVALUATION	3
2.2. POINTS DE RÉFÉRENCE OU DE COMPARAISON	3
2.3. LE MATÉRIEL D'ENTREVUES	6
2.4. L'OBJET D'ÉVALUATION	8
3. ANALYSE DU SYSTÈME D'IMPLANTATION : RÉSEAUX ET DÉLIMITATION DU CHAMP D'INTERVENTION	13
3.1. TYPES DE RÉSEAUX DE SERVICES DE TRAITEMENT.....	14
3.2. LES RÉSEAUX RÉGIONAUX DU SITE-PILOTE #1	19
3.3. LES RÉSEAUX RÉGIONAUX DU SITE-PILOTE #2	33
3.4. LES RÉSEAUX RÉGIONAUX DU SITE-PILOTE #3	44
3.5. LE RÉSEAU RÉGIONAL DU SITE-PILOTE #4.....	52
4. CONCLUSION.....	59
ANNEXE 1 COMPOSANTES DU PROGRAMME DU CQPTJ EN INTERVENTION INDIVIDUELLE ET DE GROUPE.....	63
ANNEXE 2 GUIDES D'ENTREVUE	69
ANNEXE 3 MODALITÉS DE DÉVELOPPEMENT DES SERVICES AUX PROCHES.....	89
ANNEXE 4 PROPOSITION DE MONITORAGE DU PROGRAMME DE STABILISATION DE LA RÉGION DE MONTÉRÉGIE (MODÈLE LOGIQUE, INDICATEURS ET CRITÈRES D'ADMISSION).....	95

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Cheminement logique du programme proposé par le CQEPTJ	4
Figure 2	Zones de participation potentielle (cercles concentriques) des organismes de traitement pour les activités prévues dans le Plan d'action gouvernemental sur le jeu pathologique 2002-2005.....	5
Figure 3	Vagues d'entrevues avec les coordonnateurs régionaux et locaux.....	6
Figure 4	Évolution des modalités de traitement 2001-2003.....	9
Figure 5	Modèle général du système d'implantation du programme de traitement	13
Figure 6	Réseaux de services de traitement 2003	16
Figure 7	Positionnement des régions en 2003 selon les types de réseaux de services de traitement	17
Figure 8	Mise en œuvre régionale d'un réseau de services pour les problèmes reliés au jeu pathologique – Région G	21
Figure 9	Mise en œuvre régionale d'un réseau de services pour les problèmes reliés au jeu pathologique – Région F	25
Figure 10	Mise en œuvre régionale d'un réseau de services pour les problèmes reliés au jeu pathologique – Région H.....	29
Figure 11	Mise en œuvre régionale d'un réseau de services pour les problèmes reliés au jeu pathologique – Région A.....	35
Figure 12	Mise en œuvre régionale d'un réseau de services pour les problèmes reliés au jeu pathologique – Région B.....	41
Figure 13	Mise en œuvre régionale d'un réseau de services pour les problèmes reliés au jeu pathologique – Région D.....	46
Figure 14	Mise en œuvre régionale d'un réseau de services pour les problèmes reliés au jeu pathologique – Région E.....	53

1. INTRODUCTION

Le présent rapport complète le document Évaluation du programme expérimental sur le jeu pathologique. Rapport 6. Monitoring évaluatif – Entrevues initiales auprès des décideurs et des coordonnateurs (désigné par l'expression « rapport précédent » dans la suite du texte). Il analyse une seconde série d'entrevues réalisées à l'été 2003 qui visaient essentiellement à cerner le chemin parcouru en deux ans dans l'organisation des services de traitement pour les joueurs pathologiques. Il inclut aussi une analyse des entrevues réalisées auprès des responsables régionaux de ce dossier dans les Régies régionales de santé et de services sociaux (aujourd'hui les Agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux) et couvre, par conséquent, des questions qui relèvent du continuum et du réseau de services pour les joueurs pathologiques et problématiques, de même que pour leurs proches. Il traite fondamentalement de l'implantation de ces services du point de vue de ces décideurs et coordonnateurs et doit être intégré à ceux des autres groupes d'acteurs qui forment le débat évaluatif dont fait et va continuer de faire l'objet l'intervention publique sur la problématique du jeu pathologique.

Dans notre perspective globale de monitoring évaluatif du programme expérimental sur le jeu pathologique, le rapport précédent avait permis de faire un premier pas dans la représentation d'un indicateur qualitatif de l'adaptation du programme. Bien que les entrevues aient eu lieu dans les premiers mois de la mise en œuvre du programme de traitement, le travail nécessaire à l'adaptation du programme, recommandé par le ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS) et développé par le Centre québécois d'excellence sur la prévention et le traitement du jeu (CQEPTJ), était déjà perceptible et permettait de juger de la vraisemblance du programme, c'est-à-dire de la possibilité de l'implanter de manière efficace dans différents contextes régionaux. Que retenir des jugements d'alors de ces décideurs et coordonnateurs sur la vraisemblance du programme?

Il y avait une reconnaissance globale du fait que le programme du CQEPTJ, et la formation qui l'accompagne, donnent accès à une connaissance de la problématique du jeu pathologique et à une des clés importantes du traitement, soit le rôle des pensées erronées dans la perte de contrôle des comportements de jeu et, par conséquent, la nécessité de travailler à la restructuration cognitive de ces perceptions chez le joueur. Mais il y avait aussi une reconnaissance tout aussi globale de la nécessité de disposer des autres clés lorsque ou parce que celle-ci était insuffisante.

Pour certains, il était possible de se limiter à ce programme en acceptant un processus de sélection serré des joueurs à l'accueil (qui est d'ailleurs recommandé dans la formation du CQEPTJ lorsqu'il suggère de référer ailleurs les cas de multiples dépendances et de problèmes de santé mentale) et l'ajout et la précision de composantes nécessaires au bon fonctionnement du programme. Dans les faits, les organismes de traitement ont largement contribué au développement des processus d'accueil et de transition (en attente d'une place disponible ou pour travailler la motivation), et à la précision des interventions sur la gestion des problèmes financiers du joueur et le soutien de prévention des rechutes. La possibilité de se limiter au programme du CQEPTJ est apparue le plus souvent viable pour les

organismes qui ont fait le choix du traitement en groupe plutôt qu'individuel (tel que proposé initialement par le CQEPTJ) et qui avaient une demande suffisante.

Pour d'autres, la grande majorité, il était impossible de se limiter à ce seul programme et ce pour différentes raisons d'ordre organisationnel ou professionnel. Une demande plus faible que prévue sur le territoire desservi couplée à un désir de répondre aux besoins exprimés par les joueurs, à une tradition d'intervention sur les cas de multi-dépendances, ou la difficulté de référer rapidement à d'autres services, sont tous des facteurs qui incitent à élargir le contenu du programme au-delà du programme proposé. Il y a aussi le cas des services en hébergement (en interne) qui, pour répondre au besoin d'occupation intensive de joueurs en cure fermée sur une période d'une vingtaine de jours, doivent nécessairement intégrer le programme proposé à un ensemble programmatique plus large qui a sa logique propre. Enfin il y a le choix de vouloir aborder, que ce soit professionnellement ou en réponse à l'insistance d'un joueur, les causes profondes du problème du jeu pathologique et par conséquent d'utiliser des approches jugées plus appropriées que l'approche cognitive-comportementale du CQEPTJ.

La pratique des premiers mois révèle deux domaines d'intervention cruciaux, sous-développés dans le programme initial. Il s'agit, d'une part, de l'intégration des proches au traitement et plus largement le soutien aux proches de joueurs pathologiques, d'autre part, du suivi post-traitement et de la réinsertion des joueurs dans leurs milieux de vie.

Le matériel d'entrevues qui exprime ces jugements et explicite les ajustements apportés au programme de traitement proposé est accessible dans le rapport précédent et ne sera pas repris ici. Le nouveau rapport se penchera surtout, dans la mesure où le matériel obtenu en entrevues permet de le faire, sur la question de l'intégration des services, y compris dans les efforts de travailler en réseau. Notre devis de monitoring évaluatif comprenait un indicateur qualitatif nommé « évolution de l'intégration du réseau » qui devait être cerné à partir des entrevues avec des coordonnateurs et décideurs locaux et régionaux. Les pages suivantes porteront une attention particulière à cette question complexe, à la manière dont les coordonnateurs l'ont abordée et traitée dans les deux premières années du programme expérimental.

Mais avant d'entrer dans le vif du sujet, quelques brèves précisions méthodologiques sont de mise.

2. PRÉCISIONS MÉTHODOLOGIQUES

Les précisions méthodologiques que nous apportons se limitent à énoncer en quoi le travail d'analyse, de synthèse et d'évaluation du présent rapport se différencie de celui du rapport précédent. Essentiellement, nous voulons signaler certains points sur la perspective d'évaluation, les points de référence ou de comparaison, le matériel d'entrevues et l'objet d'évaluation.

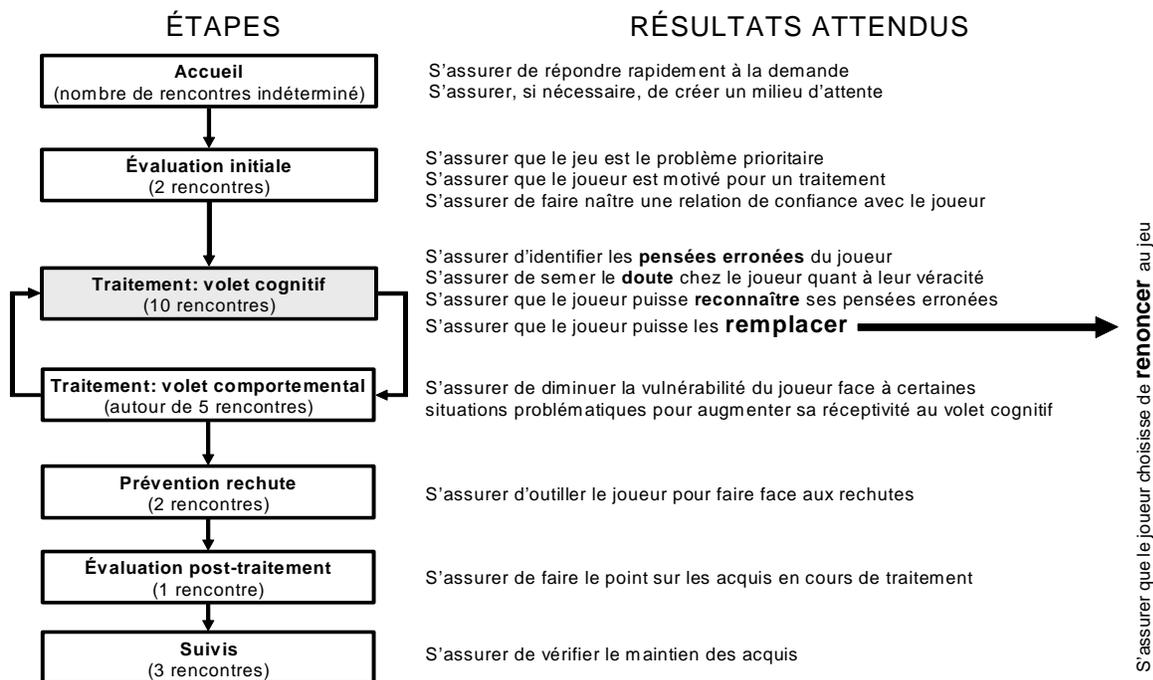
2.1. PERSPECTIVE D'ÉVALUATION

Notre perspective d'évaluation est toujours la même, soit de juger de la conception et de l'implantation du programme. Dans le domaine de l'évaluation, on parle aussi d'évaluer la vraisemblance (en quoi le programme implanté nous dit que le programme conçu était plausible?) et la résilience (en quoi le programme implanté colle ou se démarque par divers ajustements du programme conçu et de ses orientations?). Comme on le voit, la résilience et la vraisemblance sont les deux pôles de la même comparaison; cela dépend du bout de la lorgnette qu'on utilise. Dans un cas, on examine le programme dans sa conception et on porte un jugement sur sa capacité de s'implanter et de produire les résultats attendus à partir de ce qu'on observe dans son implantation effective (la description d'autres implantations peut aussi servir de point de comparaison). Dans l'autre, on examine le degré d'implantation et d'adaptation du programme en fonction de ce qui avait été proposé initialement comme programme et orientations. Pour faire notre travail de comparaison dans les deux cas, nous avons donc besoin de deux objets : le programme proposé et des données d'implantation.

2.2. POINTS DE RÉFÉRENCE OU DE COMPARAISON

Dans le rapport précédent, nous avons présenté une synthèse du programme proposé par le CQEPTJ (Ladouceur et al. 2000) qui nous a servi de base de comparaison. Il semble que cette conception du programme soit demeurée à la base de la formation des intervenants au cours des deux années couvertes par nos entrevues, à une exception près que le CQEPTJ a produit une adaptation de ce programme pour l'intervention de groupe (Ladouceur et al. 2002). À titre d'aide-mémoire, nous reprenons à la figure 1 le cheminement logique de ce programme que nous avons résumé dans le rapport précédent. Vous trouverez aussi à l'annexe A un ensemble de tableaux qui précisent, d'une part, les composantes du programme initial du CQEPTJ développé pour une intervention individuelle et, d'autre part, les activités proposées pour onze rencontres d'intervention de groupe. L'évaluation du joueur en pré et post-traitement, de même que la simulation d'une séance de jeu avec lui, demeurent des activités à réaliser seul avec le thérapeute. Toutes les autres activités de groupes sont majoritairement les mêmes que celles qui sont présentées dans le guide ou les acétates de formation du programme initial d'intervention individuelle. Les éléments nouveaux touchent le travail en groupe et l'utilisation de documents audio-visuels ou de conférenciers.

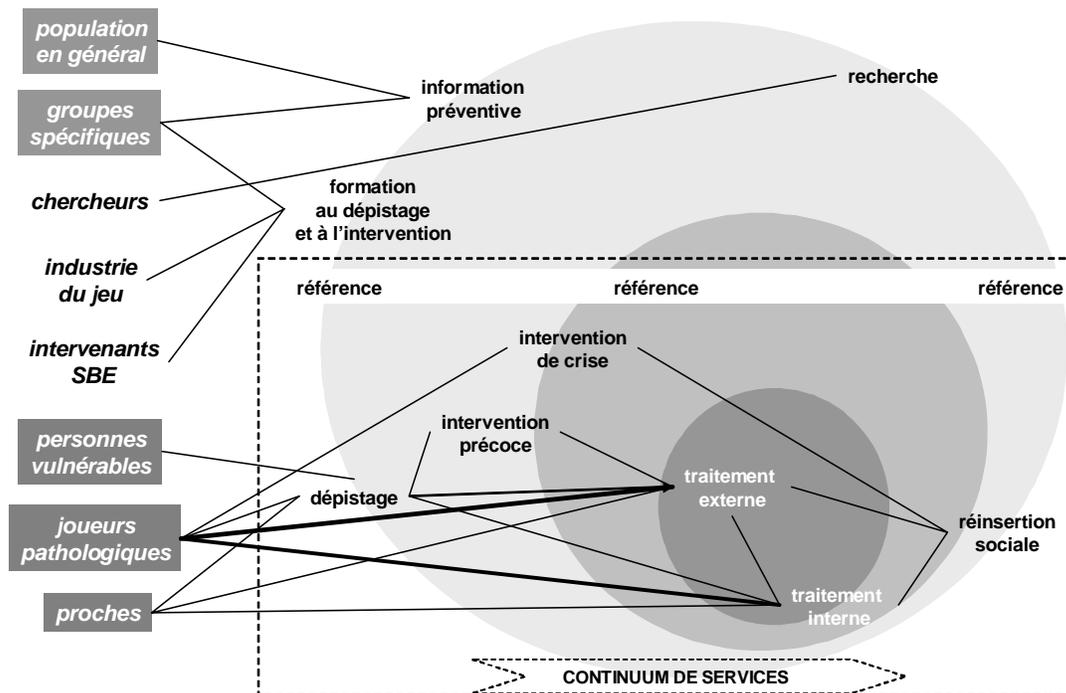
Figure 1
Cheminement logique du programme proposé par le CQEPTJ



Le présent rapport se concentre sur la façon dont les organismes de traitement se situent dans l'intégration en réseau des services aux joueurs, à leurs proches et à la population. Puisque l'adaptation du programme du CQEPTJ, par les organismes de traitement, a déjà fait l'objet d'un autre rapport (rapport 6), travail d'évaluation présenté dans ce rapport portera davantage sur les orientations données par le msss et les Agences aux organismes de traitement. En effet, ceux-ci ont très certainement influencé la manière dont elles ont implanté leurs services et cherché à se développer. Chaque Agence de santé et de services sociaux a pu avoir ses propres orientations et elles vont se refléter dans le discours des coordonnateurs régionaux que nous avons interviewés, mais ces orientations avaient comme fond de scène le Plan d'action gouvernemental (Table de concertation interministérielle sur le jeu pathologique, 2002) que le Msss a mis de l'avant en 2002. Ce plan d'action 2002-2005 était au cœur des entrevues que nous avons réalisées avec les coordonnateurs régionaux. L'allocation budgétaire, l'animation et la coordination des partenaires régionaux y ont été rattachées. Ce plan donne une image de l'intégration des services sur le plan de la globalité (répondre à tous les besoins) et de la continuité (de manière continue d'un service à l'autre) et indique la place que doivent y tenir les services de traitement. Il sera intéressant de voir si les adaptations régionales et locales y correspondent. Il est important de comprendre en quoi l'intégration, qui est le fait d'articuler les services de manière continue et efficace, doit d'abord passer par la différenciation des services, qui est l'identification et le développement de ces services. Dans une situation de services émergents et centrés en priorité sur une catégorie de services (par exemple, le traitement), le développement des services complémentaires au traitement et du continuum

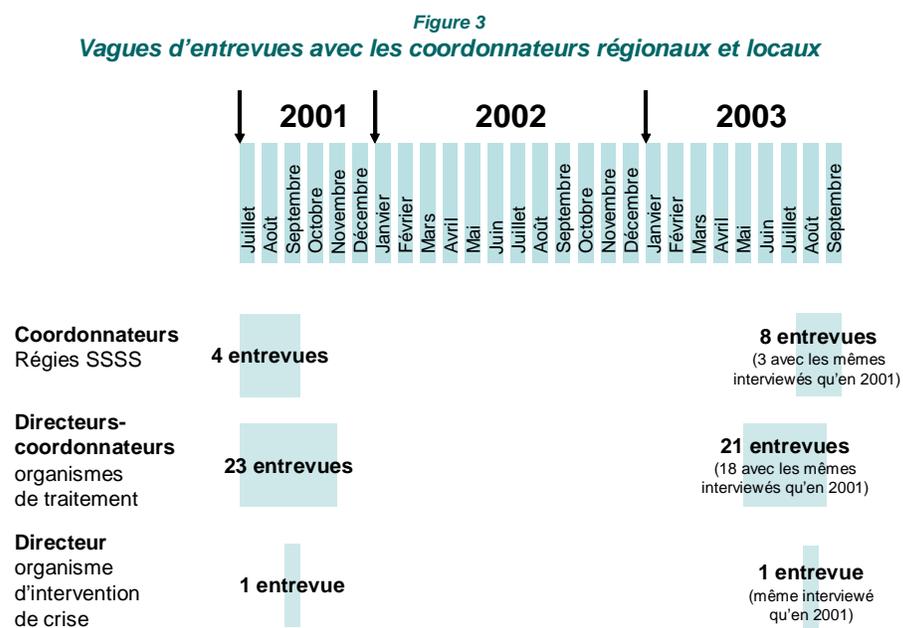
de services peut se faire à différents paliers organisationnels. L'intervenant lui-même peut ajouter un service à sa démarche, une organisation peut développer un nouveau service ou se transformer pour devenir ce service, une instance régionale peut demander à une organisation de créer ce service de toute pièce. Le défi de l'intégration est donc de contrôler, d'articuler et d'assurer la qualité de ces initiatives multiples. La figure 2 donne un aperçu des zones de participation potentielle des organismes de traitement au regard des composantes du Plan ministériel définissant des services, à la limite un continuum de services, pour différents groupes d'acteurs. Le cercle le plus foncé désigne le mandat initial, largement tributaire en 2001 de l'urgence de la situation, de traitement des joueurs pathologiques. Peu à peu certains organismes de traitement, d'autres organismes de santé/bien-être (SBE) et des Agences ont travaillé à élargir leur zone d'intervention (autres cercles concentriques). Ils ont pu influencer la conception du Plan ministériel comme celui-ci a pu indiquer des orientations sur lesquelles il fallait accentuer le travail. Le Plan ministériel propose de consolider les services qui précèdent ou suivent le traitement en externe et en interne (hébergement). Il vise à améliorer les services de dépistage et d'intervention précoce en première ligne, de même que l'intervention de crise et de référence. Il cherche à compléter le tableau en signalant l'importance des services de réinsertion sociale des joueurs traités. Il veut enfin créer un contexte social de jeu responsable et de prévention dans la population en général et dans des groupes spécifiques (ex. jeunes, aînés, communautés culturelles), le tout appuyé par de la formation auprès des intervenants et des employés de l'industrie du jeu, et de la recherche sur le jeu.

Figure 2
Zones de participation potentielle (cercles concentriques) des organismes de traitement pour les activités prévues dans le Plan d'action gouvernemental sur le jeu pathologique 2002-2005



2.3. LE MATÉRIEL D'ENTREVUES

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



L'augmentation du double des entrevues avec les coordonnateurs régionaux est liée à la simple raison que les premières entrevues avaient été faites avec les coordonnateurs des sites-pilotes qui, au début du projet, touchaient la plupart du temps plus d'une région. Les sites-pilotes regroupaient les régions suivantes :

- Site de la grande région de Montréal (Montréal/Laval/Montérégie)
- Site de la grande région de Québec (Québec/Chaudière-Appalaches)
- Site de la grande région du Sud-Est (Bas-St-Laurent/Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine)
- Site de l'Outaouais (Outaouais)

L'abandon graduel de ce mode de coordination supra-régionale a créé un repli sur une coordination régionale plus active, accompagné d'une redistribution du personnel

responsable. C'est ce qui explique que les entrevues de seconde vague ont été plus nombreuses avec un plus grand nombre de nouveaux interviewés.

Dans le cas des entrevues avec les coordonnateurs locaux de centres de traitement, le nombre d'entrevues a diminué parce qu'un organisme a dû abandonner le programme expérimental, ses activités ne correspondant pas au mandat pour lequel il était financé, et un autre, parce qu'il négociait une modification de son mandat et n'était pas disponible pour une entrevue à la période prévue. Par ailleurs, dans 18 des 21 entrevues de la seconde vague, on retrouve le même interviewé principal qu'en 2001. Nous avons repris aussi l'entrevue avec le responsable d'un centre de crise qui avait été identifié par le MSSS en 2001 au bloc d'organismes mandatés pour développer un réseau de traitement. L'expérience de cet organisme auprès des joueurs et ses liens solides avec un organisme de traitement en faisait un exemple de réseau intervention de crise - traitement à examiner¹.

Il est important de rappeler que le matériel d'entrevues est le discours d'acteurs sur différentes thématiques que couvre le guide d'entretien. Ce discours est constitué d'une composante d'évocation, qui rappelle des faits et événements, et d'une composante d'énonciation, qui fait état de prises de positions, de jugements. Même une évocation, parce qu'elle décide d'effectuer une sélection dans les faits rapportés, n'est pas exempte d'une dimension d'énonciation. L'analyse d'entrevues est une analyse des représentations des acteurs, dans le sens où ils se représentent la réalité, donne une représentation (une entrevue est un acte public) et représente leurs intérêts personnels ou ceux de leurs groupes d'appartenance. Seul le travail d'analyse et de synthèse, en comparant les discours des acteurs entre eux, en les situant dans leurs contextes, en les replaçant par rapport à ce qui est tu (le non-dit du discours) ou dit ailleurs (littérature scientifique, autres expériences), permet, en les replaçant dans leur contexte, de dresser un portrait plus complet et nuancé de l'objet d'évaluation soumis aux commentaires de chacun des interviewés. Ce portrait demeure évidemment partiel mais il n'en est pas moins utile aux acteurs s'il leur donne une vue d'ensemble qui questionne les points de vue respectifs et les fait avancer dans le dialogue. Ajoutons aussi que le portrait fourni est présenté comme une analyse de cas multiples. Nous essayons dans la mesure du possible de montrer les planifications régionales et les organismes de traitement dans ce qu'ils ont de comparables et de spécifiques en fonction des contextes qui sont les leur. Nous ne voulons pas perdre dans une analyse thématique trop large ce qui permet de comprendre les déterminants des réseaux et des services de traitement qui se sont structurés dans le temps. Évidemment ce travail a ses limites parce qu'il ne repose que sur l'analyse des entrevues des coordonnateurs et décideurs. Une étude de cas multiples complète aurait nécessité une intégration de plusieurs sources de données autour de la connaissance spécifique des pôles que sont les organismes de traitement et les réseaux qu'ils constituent. La présente analyse en montre l'intérêt.

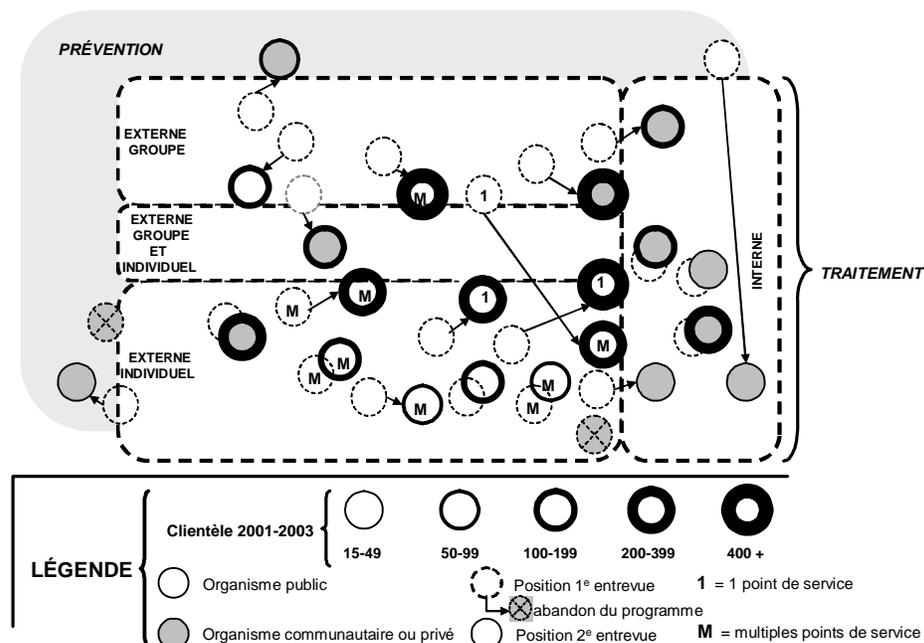
¹ Une entrevue avec un membre de l'équipe du MSSS sur le jeu pathologique a été réalisée en 2003. Nous aurions voulu faire des entrevues avec tous les membres de l'équipe pour analyser leurs points de vues sur l'évolution du programme; malheureusement, ils n'ont pu se libérer pour le faire. Le matériel recueilli dans la seule entrevue réalisée est utilisé au besoin dans le rapport pour fournir les éléments contextuels nécessaires à la compréhension du programme expérimental. Le guide d'entretien est aussi à l'annexe B.

2.4. L'OBJET D'ÉVALUATION

Notre objet d'évaluation est l'implantation du programme expérimental d'intervention sur le jeu pathologique mis en place par le MSSS en 2001. Il y a toujours eu confusion autour de ce qu'était le programme expérimental puisque les premiers services mis en place ont été les services de traitement et que le MSSS a proposé l'utilisation du programme du CQEPTJ dans les organismes de traitement mobilisés. Pour cette raison, le programme expérimental a souvent été associé à l'application du modèle du CQEPTJ. La tradition de la recherche en psychologie où la notion d'expérimentation correspond à l'application stricte d'un programme proposé (comme c'est le cas pour les essais cliniques des médicaments), n'est pas étrangère à cette confusion. Pourtant le MSSS et le CQEPTJ acceptaient dès le départ que les organismes de traitement puissent donner une « couleur locale » au programme de traitement. Dans notre langage de l'évaluation, cela signifiait que le programme ne serait pas suffisamment contrôlé ni stabilisé pour permettre une évaluation de type expérimentale². À la limite, nous aurions pu le réaliser en nous concentrant sur un ou deux organismes de traitement qui en garantissait le contrôle. Mais le MSSS voulait, avec raison, une information sur l'implantation du programme en situation réelle dans les organismes de traitement sélectionnés, à la fois dans leur diversité régionale et leur appartenance aux secteurs public, privé ou communautaire. Dès le départ d'ailleurs, à cause de choix politiques, la volonté de développer en priorité des services externes de traitement était gauchie partiellement par la présence d'organismes de traitement interne (avec hébergement). Nous avons donc tracé notre chemin de l'évaluation sur la base d'un suivi, d'un monitoring de l'implantation du programme expérimental largement occupé, pour les trois années qui nous intéressent, par l'intervention des organismes de traitement. C'est d'abord en lien avec les organismes de traitement que les coordonnateurs régionaux, dans le cadre de comité de concertation, ont réfléchi à l'élargissement du champ d'intervention sur le problème du jeu pathologique.

² La littérature nous montre que plusieurs évaluations expérimentales ont été réalisées à tort sur des programmes non contrôlés ou stabilisés, ce qui rend les résultats difficilement interprétables.

Figure 4
Évolution des modalités de traitement 2001-2003



Notre objet d'évaluation est donc largement constitué par le système d'implantation du programme de traitement et sa différenciation dans le temps sous l'impulsion des besoins locaux et des orientations régionales et provinciales. Une première image de cette différenciation, tirée des informations obtenues lors des entrevues, est présentée à la figure 4. On y voit l'évolution des positions des différents organismes de traitement entre les zones de modalités de traitement. Il y a trois modalités de traitement fondamentales : le traitement externe individuel (en face à face avec le thérapeute), le traitement externe en groupe et le traitement interne (traitement intensif avec hébergement). Le fait de dire qu'un organisme de traitement donne un traitement en groupe signifie que l'essentiel de la démarche thérapeutique se fait en groupe. Cela n'exclut pas la possibilité de rencontres en face à face avec les joueurs pour de l'évaluation, de la résolution de problèmes ou des activités spécifiques mieux adaptées à une relation individuelle. Même commentaire pour un organisme qui choisit la modalité de traitement individuel. Il peut y avoir à l'occasion des activités de groupe. Le traitement en interne d'ailleurs se fait principalement dans des activités de groupe complétées par des rencontres individuelles avec des thérapeutes. Mais ce qui caractérise l'interne est l'intensité et l'hébergement qui isole le joueur de son environnement à risque. Les trois représentent en quelque sorte des actes de foi sur la capacité d'une modalité de faire le travail thérapeutique : la relation directe et continue avec le thérapeute, le soutien d'un groupe, la parenthèse dans un milieu protégé. Ces actes de foi ne sont toutefois pas des dogmes puisqu'il est admis globalement par les coordonnateurs qu'une seule démarche de traitement ne peut répondre aux besoins de tous les joueurs. D'où les efforts de différenciation qui se manifestent de deux manières, soit qu'un établissement diversifie ses approches de traitement, soit que des établissements avec des approches différentes se mettent en réseau. L'idée originale des sites-pilotes multi-régions

visait au départ à permettre cette seconde possibilité, ce qui a été réalisé en partie, nous y reviendrons plus loin. La figure 4 montre que bien que la majorité des établissements se sont maintenus dans leur modalité de traitement de départ, il y a eu une tendance à la diversification des démarches à l'intérieur des établissements ayant une forte clientèle³, y compris dans certains cas, en ajoutant des expériences de traitement à l'interne. Il demeure que le traitement en interne est assumé majoritairement par les organismes communautaires, certains y étant retournés ou assignés avec le temps.

On remarque aussi que quelques organismes du communautaire ont migré vers la prévention. Entendons-nous encore une fois. Il y évidemment un travail de prévention qui se fait dans chaque organisme de traitement et qui peut prendre différentes formes : le thérapeute qui donne des conseils de prévention (désigné aujourd'hui en santé publique par l'expression de « pratiques cliniques préventives »), la prévention des rechutes qui est intégrée au traitement, le soutien et le suivi post-traitement, les services aux proches, la promotion du programme qui nécessairement donne des informations sur les risques associés au jeu. Mais dans les cas qui nous intéressent, ce sont des organismes qui ont laissé le traitement pour se concentrer sur un travail de promotion de la santé, de dépistage ou à la limite d'intervention brève auprès de personnes vulnérables. Le programme expérimental avait été amorcé en se concentrant sur le traitement de joueurs pathologiques, sur le palier secondaire des soins. Deux années d'intervention marquent un retour en arrière vers le palier primaire de la détection et des soins précoces. Certains établissements y ont perdu la vocation initiale qu'on leur avait attribuée.

La figure 4 indique finalement qu'il y a eu une tendance à la délocalisation des services. Pour répondre sans doute mieux aux exigences que posent les déplacements pour la clientèle, certains établissements ont augmenté le nombre de leurs points de services. Quelques-uns avaient déjà cette orientation au départ, ayant à couvrir de vastes territoires. D'autres l'ont fait plus tard pour répondre à la demande des clients, dans la mesure où ils pouvaient se permettre de créer des points de services multiples. Plusieurs organismes urbains ont ajouté un point de service à l'établissement principal pour faciliter l'accessibilité. D'autres ajustements ont aussi été apportés pour faciliter l'accessibilité. Nous y reviendrons plus loin.

L'utilisation de cette figure, qui représente en quelque sorte le « terrain de jeu » des organismes de traitement, vise à montrer la complexité de la mise en place d'un programme provincial de traitement et, par conséquent, de notre objet d'évaluation. Nous allons la reprendre à l'occasion pour faire ressortir l'étalage des différentes pratiques et positions des organismes de traitement, du point de vue toujours des coordonnateurs locaux et régionaux.

³ Les tailles de clientèles indiquées sur la figure 4 sont tirées des données du monitoring quantitatif recueillies pour la période allant de mai 2001 à juin 2003. Nous avons créé des catégories de taille pour avoir un indicateur sommaire de la capacité de traitement de chaque organisme.

Retenons pour le moment qu'une première lecture de cette représentation synthétique de la réalité, nous a permis de constater trois tendances dans l'évolution récente de ce réseau :

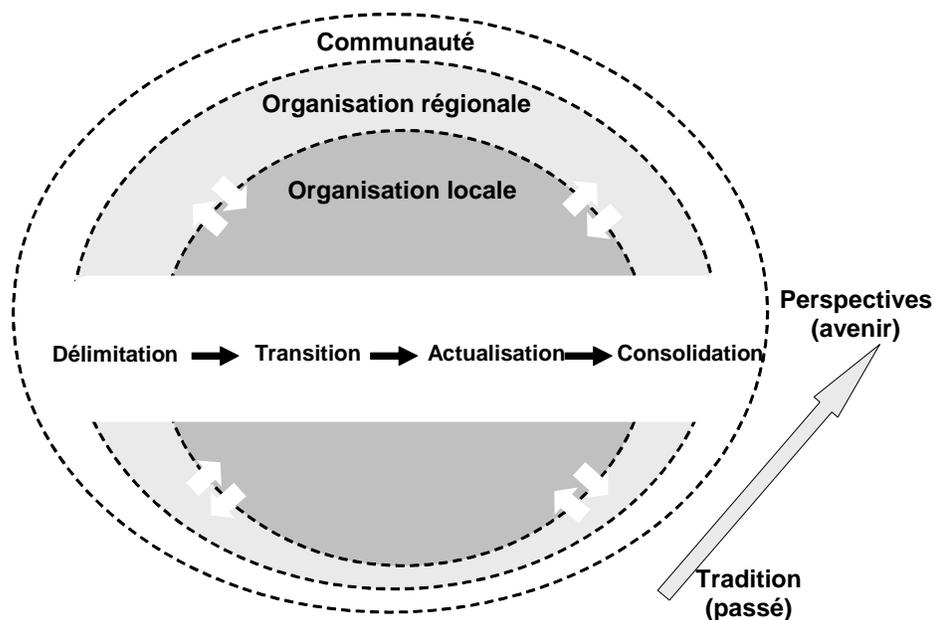
- une tendance de **division** globale du travail qui associe le secteur public au traitement externe et le secteur communautaire au traitement interne et à la prévention;
- une tendance à la **diversification** intra-établissement externe sur l'utilisation des modalités de traitement individuel et en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

Nous allons revenir sur ces tendances. Nous venons simplement de planter le décor pour une description plus détaillée du système d'implantation.

3. ANALYSE DU SYSTÈME D'IMPLANTATION : RÉSEAUX ET DÉLIMITATION DU CHAMP D'INTERVENTION

Un système d'implantation correspond à un ensemble des structures et de processus qui interagissent dans le temps pour maîtriser un problème social. Celui qui nous préoccupe est le jeu pathologique et l'intervention ciblée par notre analyse est principalement le traitement des joueurs pathologiques. Dans le rapport précédent, nous avons été guidés dans la présentation des résultats d'analyse d'entrevues par un modèle général et simplifié de ce système (voir figure 5). Chaque composante du processus d'implantation (délimitation de la clientèle, mécanismes de transition, modes d'actualisation du traitement, consolidation des résultats obtenus) était traitée séparément.

Figure 5
Modèle général du système d'implantation du programme de traitement



Cette fois nous voulons poursuivre un peu plus dans le détail ce que nous avons amorcé plus tôt dans la comparaison des différents réseaux régionaux de services pour le jeu pathologique. Nous analysons principalement les données d'entrevues réalisées auprès de coordonnateurs et de dirigeants régionaux. Cette analyse permet de voir comment a été ou veut être défini et délimité plus largement le champ d'intervention régional sur le jeu pathologique et le réseau de services qui s'y rattache.

Un processus de délimitation de la clientèle (on traite qui?) est une nécessité pour un organisme de traitement dans la mesure où la demande de services se heurte aux ressources et aux compétences disponibles. La délimitation de la clientèle est donc en lien direct avec la délimitation du champ d'intervention d'un organisme (ce qu'elle peut et veut faire, ce qu'on lui demande de faire). Dans le rapport précédent, on a vu que la préoccupation principale des organismes de traitement dans les premiers mois du programme était de gérer la demande de la clientèle par une offre que le MSSS voulait principalement de traitement externe. L'offre n'étant pas tout à fait encore ajustée à la demande, le questionnement sur les mécanismes d'attente (liste d'attente, file d'attente, groupe de transition vers le traitement), le type de clients éligibles, et les modalités de traitement (le débat individuel-groupe) qui permettaient de mieux répondre à la demande, dominaient le discours. Bien que cette préoccupation demeure, elle n'est plus aussi dominante. En deux ans, l'organisation des services autour de la demande quantitative est passée à une organisation autour des besoins qualitatifs des demandeurs. Il y a reconnaissance que des besoins différents de traitement appellent des services différents. Les manifestations principales ont déjà été mentionnées dans les tendances observées plus tôt et touchent la proximité des services en région, l'augmentation de l'accessibilité aux services internes et à des modalités de traitement diverses (groupe, individuel, groupe et individuel). À cela, il faut ajouter trois changements marquants : la confirmation de la place des services de traitement du jeu à côté et en lien avec ceux traitant les toxicomanies, la consolidation des liens avec des organismes d'intervention de crise et l'offre des services de soutien aux proches des joueurs. Cette différenciation des services et ses liens avec la délimitation de la clientèle ne s'est évidemment pas manifestée de la même façon, ni à la même vitesse, dans toutes les régions. Les contraintes régionales et le travail de coordination qui s'y est fait ont eu une influence, variable elle aussi, sur les réseaux d'organismes de traitement qui se sont constitués. En fait, dans la seconde année du programme expérimental, le MSSS a voulu accorder plus de place aux Agences dans l'organisation des services sur le jeu et leur a demandé de produire un plan d'action régional. Chaque Agence avait donc la responsabilité de renforcer et de compléter leur réseau régional dans l'esprit du Plan d'action gouvernemental et la volonté de répondre aux besoins régionaux. Les entrevues avec les coordonnateurs régionaux ont été réalisées après la production de ces plans. Les interrogations sur les efforts pour compléter un réseau de services dont font partie les établissements de traitement, sur la délimitation des clientèles et sur la division du travail entre les organismes sont centrales dans leur discours.

3.1. TYPES DE RÉSEAUX DE SERVICES DE TRAITEMENT

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

et de la demande d'un plan d'action régional, le MSSS a demandé un repli de l'organisation des services sur une base régionale.

... un an après, comme changement pour la deuxième enveloppe qu'on a reçue du ministère, il est précisé que chaque Régie régionale prend la relève de la coordination régionale (R3).

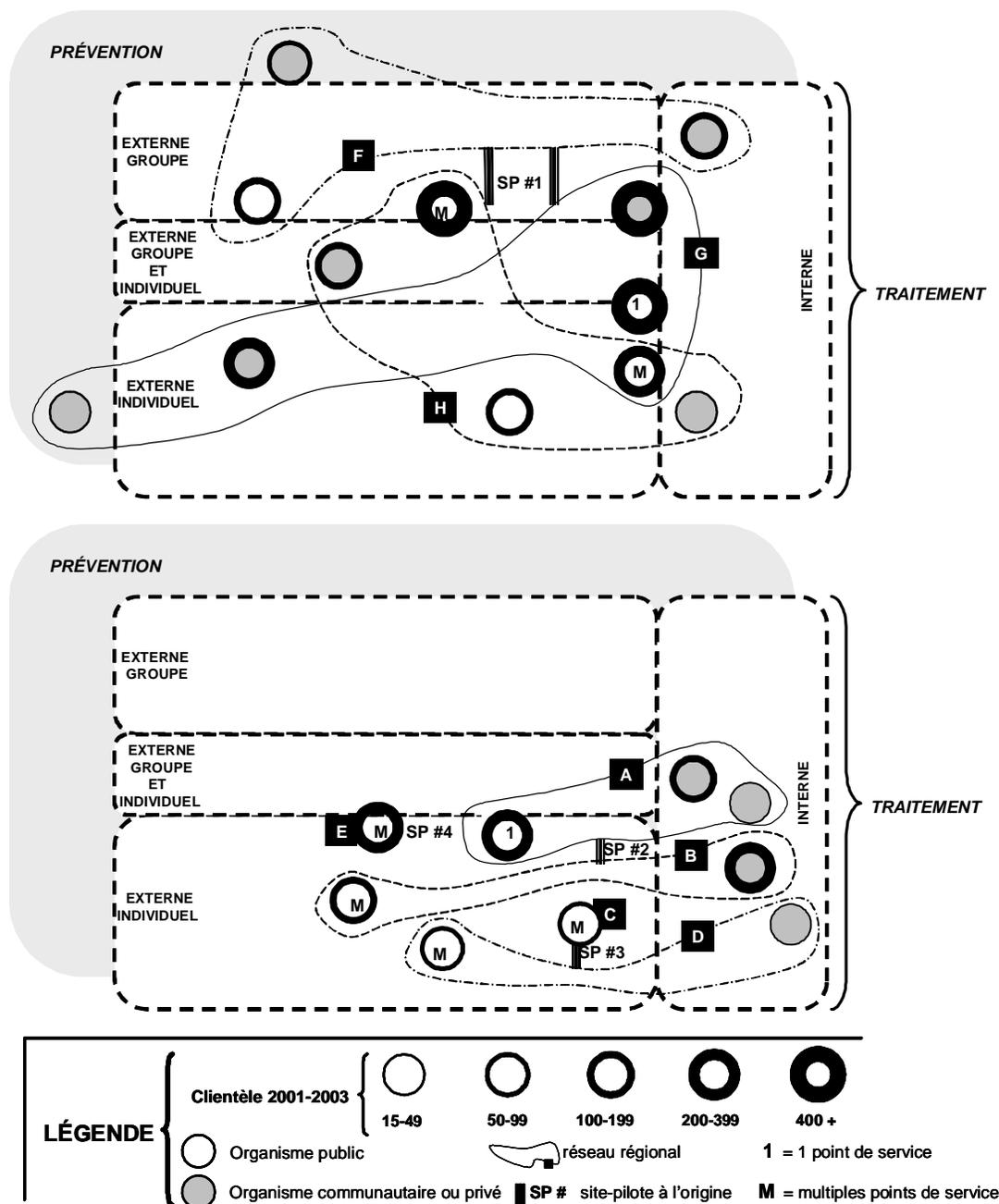
Pour bien situer ce que les coordonnateurs régionaux nous disent, nous reprenons à la figure 6 les positions des organismes de traitement en 2003 selon leurs modalités de traitement, en les regroupant, cette fois, par région. Sont aussi indiqués les sites-pilotes qui regroupaient certaines régions. Cette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

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

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

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

Figure 6
Réseaux de services de traitement 2003

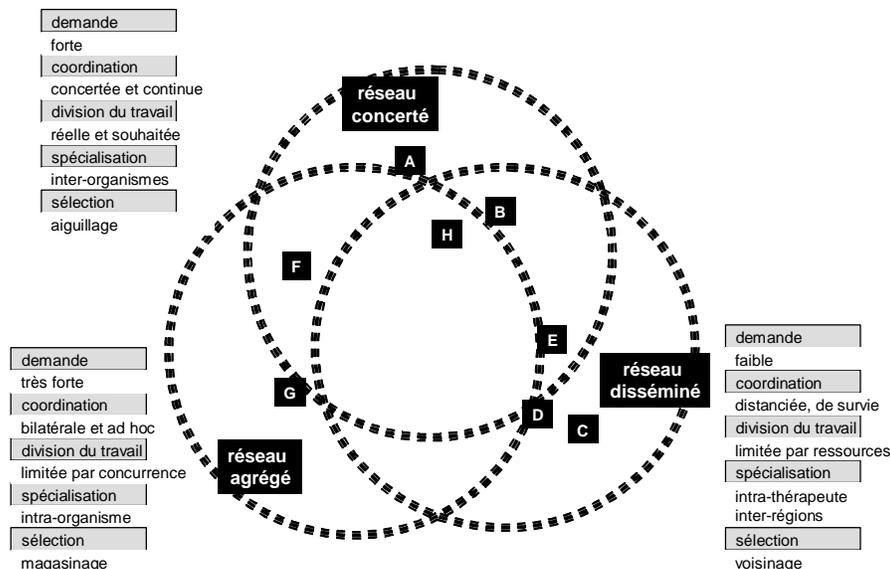


L'analyse des entrevues pourra éclairer ces observations. Entre autres, elles laissent apparaître une vision des réseaux que les figures précédentes ne peuvent pas montrer. On voit que la création d'un réseau de services repose sur des déterminants spécifiques à chaque région et à son histoire d'intervention sur le problème du jeu et les autres problèmes de dépendance. Cela ne signifie pas qu'on ne peut pas les caractériser et les comparer. Une

lecture le moins attentif des deux années de développement des services dédiés aux problèmes du jeu laisse voir trois types fondamentaux de réseaux. Chaque région ne correspond pas parfaitement à un type, elle se situe plutôt dans un espace où se superposent les types, leur position laissant voir une tendance (voir figure 7). Ces positions ne sont pas non plus constantes, elles peuvent et elles ont varié dans le temps, mais elles reflètent toujours, si on se réfère au discours de dirigeants, des combinaisons des trois types fondamentaux.

Le **réseau concerté** est le réseau de services où les organismes de traitement agissent de concert pour offrir les services les mieux adaptés aux besoins du client. Le développement de ce type de réseau est favorisé par la présence ou la volonté d'avoir une division du travail inter-organismes qui permet cette adaptation. La structuration d'un tel réseau n'est possible que si elle repose sur des mécanismes de coordination forts (lieux décisionnels d'échange et d'orientation) et d'une clientèle suffisante qui assure la survie de chacun des organismes. Le réseau concerté pourrait aussi être nommé réseau spécialisé dans la mesure où chaque organisme développe un domaine d'intervention spécifique. Il est aussi réseau intégré parce qu'on cherche à rendre ces domaines spécifiques complémentaires. Il dispose d'un mécanisme d'aiguillage qui permet l'orientation des joueurs vers la bonne ressource. La spécialisation est donc portée par l'ensemble des organismes du réseau. Le réseau concerté semble représenter un idéal dans la mesure où les ressources limitées, les vastes territoires à couvrir, l'impossibilité de développer toutes les expertises et le maintien de l'identité organisationnelle constituent des facteurs omniprésents qui appellent la contribution et la coopération avec d'autres organismes. Il s'agit d'un idéal difficile à atteindre toutefois, en fait foi l'existence de types de réseau agrégé et disséminé.

Figure 7
Positionnement des régions en 2003
selon les types de réseaux de services de traitement



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

Disons que, je ne sais pas, j'ai l'impression que tout le monde tient le même discours à savoir : « le plus important c'est le client », mais le plus important, je pense, c'est la « job » de tout le monde là.

... on aime mieux garder nos clients que de les référer, parce que si on les réfère à d'autres centres, nous autres on est moins occupé, les autres sont plus occupés, donc les subventions vont aller plus là puis... (L)

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

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

3.2. LES RÉSEAUX RÉGIONAUX DU SITE-PILOTE #1

Le site-pilote #1 est composé de trois régions dont deux sont urbaines et une semi-urbaine. Ces régions, en décembre 2002, avaient donné des services de traitement aux deux tiers des clients touchés par le programme expérimental. Le site-pilote a connu des problèmes de coordination et a pris rapidement la forme d'un réseau agrégé. Avec le retour à une coordination régionale, deux des trois régions ont pu retrouver ou tendre vers un réseau plus concerté.

Région G

Seule la région G qui a la demande la plus forte (près de 40 % de la clientèle du programme) est en 2003 identifiable principalement à un réseau agrégé.

Et puis on est à l'écoute des besoins. Il y a des organismes qui viennent nous voir pour nous proposer des services plus comme intervention financière. On est à l'écoute. On est sur une période d'expérimentation, rien n'est fermé, rien n'est déterminé. On est là pour écouter, pour discuter avec les organismes pour voir comment on pourrait encore mieux améliorer l'accessibilité des services (R3).

La différenciation des services à l'intérieur même des organismes apparaît y être plus forte que dans les autres régions où elle cherche à se faire par une division du travail entre les organismes. Nous l'avons vu plus haut à la figure 6 où trois organismes externes développent des services internes, modalité de différenciation locale qui est encouragée par le palier régional pour atteindre son autonomie.

... On voulait comme expérimenter pour voir les besoins et puis le volume de travail.

... ces trois-là ont eu le mandat, il y a une proposition d'expérimenter, c'est-à-dire on leur demandait de répondre à ces besoins et de nous facturer pour nous permettre de voir et puis nous, on a réservé un montant. Au lieu de dire : « on vous donne deux lits, trois lits, cinq lits », parce qu'on ne sait pas c'est quelle base il a..., alors on voulait..., on leur donnait une ouverture d'expérimenter, de documenter ça pour un an, pour 2002-2003, et à partir de cette année, là on a une base. Alors ça nous permet d'accorder neuf lits dans notre région.

... Et à ce moment-là, on a surtout encouragé de nos établissements de prendre en charge de ces dossiers-là puis de mettre..., de donner des services au lieu d'envoyer dans d'autres régions. C'est pour développer nos propres ressources, à moins que ce soit des cas extrêmes, mais on n'a pas eu encore. Mais c'était ouvert quand même. Si c'est vraiment..., nos ressources ne sont pas en mesure. Alors on pourrait aussi envoyer ce client en urgence dans d'autres région (R3).

Les initiatives locales ont beaucoup d'importance dans le développement du réseau régional de services visant les problèmes de jeu. Après la dissolution du site-pilote où les décisions

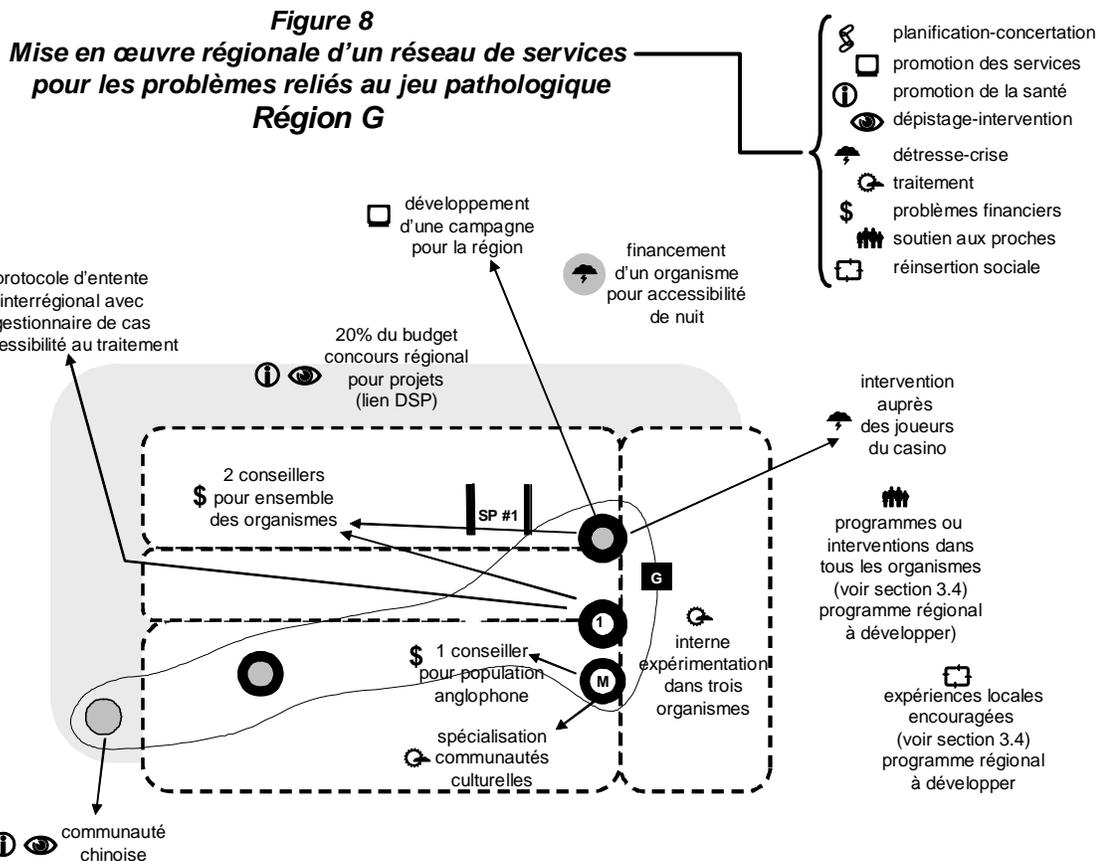
étaient prises, si non discutées, en comité de pilotage, les nouveaux projets émergent plus dans des relations bilatérales entre l'Agence et ses organismes de traitement. La figure 8 donne le portrait de cette mise en œuvre régionale d'un réseau de services pour la région G. Elle reprend le même fond de scène que celui de la figure 6. On y revoit la diversification des modalités de traitement chez les plus gros organismes. Cette diversification semble se prolonger pour les ressources traitant des problèmes financiers. Deux organismes avaient le mandat dans le site-pilote initial d'offrir aux organismes des trois régions la possibilité d'utiliser les services d'un conseiller sur les questions financières. Avec le repli régional, le mandat s'est rétréci graduellement à une seule région. De plus, un organisme a obtenu récemment un financement pour un conseiller visant sa clientèle anglophone. Cet organisme a reçu de plus le mandat d'intégrer le traitement de joueurs provenant de minorités ethniques. Entre autres, il a pris en charge le traitement des joueurs de la communauté chinoise, mandat qu'un organisme communautaire n'a pu conserver. Ce dernier se consacre maintenant à la prévention bien que sa persistance à accueillir et informer des proches de joueurs ne l'éloigne pas entièrement des organismes de traitement qui sont tous en période d'expérimentation pour développer un volet de soutien aux proches. Ils cherchent aussi à faire des percées dans le domaine de la réinsertion sociale mais on est loin d'un programme régional dans ce cas.

Un autre organisme s'occupe de l'intervention de crise auprès des joueurs du casino, programme développé et coordonné à l'origine par le MSSS. L'Agence a voulu toutefois s'assurer de sa capacité d'intervention de crise auprès de tous les joueurs qui en ont besoin, pas seulement ceux du casino.

... , on voulait élaborer aussi un service en situation de crise hors le casino ...un centre de crise ... a eu le mandat pour desservir toute la région la nuit et le jour. Il y a sept centres de crise de sous-régions ... qui considèrent que les joueurs font partie déjà de leurs clients. Alors ils rendent un service sans demander de financement additionnel. Mais, pour la nuit, ils ne sont pas équipés pour le faire, alors ça fait qu'on subventionne un centre pour couvrir toute la région pendant la nuit (R3).

L'Agence a aussi donné le mandat à un organisme d'utiliser son expérience des campagnes de publicité pour en développer une touchant la promotion des services de la région. L'Agence s'est aussi tournée vers la Direction de la santé publique (DSP) pour l'assister dans le développement d'un programme de prévention. Ce programme qui utilise 20 % du budget régional sera composé d'un ensemble de projets d'organismes locaux soumis et sélectionnés dans le cadre d'un concours soumis à un processus d'évaluation, à l'exception d'un dépistage plus systématique à partir des CLSC qui attend les résultats d'une expérimentation dans la région E pour se mettre en place en commençant par une formation des intervenants.

Mais c'est dans la politique de Santé et Bien-être, ... ils demandent de mettre dans tous les budgets de développement, de mettre 20 % au moins pour la prévention et nous on est..., on a suivi ça et puis ç'a donné un bon équilibre on dirait entre les services spécialisés et la prévention (R3).



De la période du site-pilote se maintient un projet touchant l'accessibilité ponctuelle des services d'une région aux clients des deux autres régions. À l'origine, ce mécanisme visait à compenser les difficultés de réponse à la demande d'un client qui habitait loin de l'unique point de services de sa région. Il était en fait proche d'un point de service d'une autre région. Les coordonnateurs des trois régions ont alors développé un protocole d'entente sur l'accueil interrégional de clients dans des situations de ce type. Avec le repli régional et la tendance à l'étalement des services, cette entente est moins nécessaire pour des raisons d'accessibilité mais a été conservée pour tenir compte de demandes spécifiques de clients qui voudraient, pour des raisons pratiques (par exemple, la nécessité d'avoir le traitement près du lieu de travail) ou de confidentialité, avoir un traitement dans une autre région que celle de leur lieu de résidence.

...mais on a maintenu ce qu'on a déjà commencé, comme par exemple un accès..., mécanisme d'accès des services interrégionaux, c'est-à-dire quelqu'un qui demeure (dans une région), mais il travaille (dans une autre). À ce moment-là, s'il le souhaite, il pourrait avoir des services (dans la seconde). Alors ça on a eu une entente, un protocole d'entente...

...pour que ce service soit mis en place concrètement, on a travaillé à l'avance avec les trois régions pour choisir un gestionnaire de cas par région. Alors c'est cette personne-là qui est responsable quand il y a des demandes

interrégionales. Cette personne fait le contact. Au lieu de laisser le client sur deux chaises, il fait les démarches dans deux régions. Alors il a juste à mentionner qu'il a besoin des services, mais dans une autre région, alors, à ce moment-là, son nom va être obtenu, son numéro de téléphone et puis on transmet au gestionnaire de cas... Alors cette personne-là va faire des démarches pour trouver le meilleur service approprié à ce client et donner des informations directement au client. Alors c'est de cette façon-là.

... ces ententes-là sont déjà placées, déjà mises en place, alors ça continue quand il y a des cas de même (R3).

Tous les organismes travaillent à élargir la portée des services de traitement en expérimentant des activités de soutien aux proches et de réinsertion sociale. Il s'agit d'efforts locaux qui n'ont pas encore fait l'objet d'une programmation régionale.

Parce que dans un premier temps, on voulait qu'ils consolident ce service-là puis aller voir les besoins puis créer des services intégrés. Mais c'est quelque chose qu'on prévoit de faire dans un deuxième temps, de monter aussi un programme de réinsertion sociale. On est comme pas rendu là, mais pour le programme, c'est comme le programme « soutien aux proches », on laisse expérimenter et tranquillement on va monter un programme (R3).

Le palier régional semble donc avoir tendance à circonscrire le problème de la demande par un financement de la diversification de l'offre de services qui permettent de rejoindre de nouveaux clients. Dans les rares cas où un problème de file d'attente en traitement externe s'est présenté, le problème a été réglé par une augmentation des ressources de l'établissement visé. Le transfert de la clientèle vers des établissements du même réseau pour compenser les engorgements n'est pas évoqué.

... j'ai apporté des ajustements parce que chez ..., il y avait une liste d'attente importante... Je n'ai pas eu besoin de coordonner à ce niveau-là, parce que nos centres sont indépendants et puis, avec le financement adéquat, ils s'organisent... Alors on a ajouté un budget et depuis ce temps-là, on n'a pas eu de problèmes avec ... l'accessibilité des services ... (R3)

Si l'isolement relatif des établissements au regard du traitement spécifique du jeu pathologique ne semble pas poser problème, on ne peut pas en dire autant des limitations que sentent les organismes locaux face aux besoins de gérer des problématiques associées souvent à celle du jeu, en particulier celles de santé mentale. Chaque organisme a son propre réseau de ressources médicales et psychiatriques. Mais ce réseau est la plupart du temps informel, fragile et insuffisant. Sur ce point particulier, il y a une attente d'un coup de pouce du palier régional.

Mais en termes de mettre en place un réseau qui est plus étendu, qui comprend psychologues, psychiatres et tout ça, je ne pense pas... c'est rendu à ce point-là encore.

J'identifie comme première..., comme une priorité, c'est surtout au niveau des psychiatres et des médecins. C'est sûr qu'on a le médecin-maison ici qui est prêt à rencontrer ou à évaluer un client au niveau du jeu, sauf que ce sont des médecins qui sont déjà très, très occupés et je dirais même débordés. Au niveau de psychiatres aussi, dans les cas..., dans certains cas on a fait évaluer un client ou des clients par un consultant... Mais il y a vraiment une... une pénurie là assez importante au niveau des services psychiatriques, psychologiques... Psychologiques, moins, ils peuvent toujours passer par l'Ordre des psychologues, mais même là il faut payer pour les consultations à moins de passer par le CLSC. (L13)

... il y a le côté de travailleurs sociaux qui serait..., qui est nécessaire. Il y a des gens qui viennent ici démunis, ils n'ont plus rien et la réinsertion sociale là est difficile. Alors il y a des gens, tu sais, qui viennent avec leur sac vert là. Alors cet aspect-là est nécessaire que les gens peuvent avoir quelqu'un pour les aider là à retrouver loyer, manger, travail et ainsi de suite. C'est qu'on est souvent..., on est souvent pogné à jouer le rôle de travailleuse sociale, parce que de suivre le client dans sa démarche, justement trouver un logement ou quoi que ce soit, parce qu'il y a une pénurie là. (L13)

... on a tout l'accès là à l'évaluation psychiatrique qui est bien compliqué là. Il a fallu sensibiliser aussi les ressources là aux problèmes des joueurs, à beaucoup de ressources qui... Bien là ça s'en vient comme plus connu mais, un moment donné, la personne qui a un problème de jeu n'était pas considérée comme ayant véritablement un problème là. Donc elle n'était pas priorisée et donc là... Non, ça manque encore. (L18)

En résumé, la région G a fait porter principalement ses efforts de développement, d'une part, sur la consolidation et la diversification intra-organismes des modalités de traitement, et d'autre part, sur une planification plus structurée des projets de prévention-promotion.

Région F

Dans la région F, le mandat initial du MSSS et du site-pilote de se limiter au traitement externe avait bousculé la division du travail entre les organismes qui avait pris forme au cours des années précédentes, soit un organisme spécialisé dans le traitement externe, un dans le traitement interne et un dans le soutien aux familles. L'adaptation du travail des organismes au même mandat (traitement externe) avec le même programme (modèle du CQEPTJ) ne s'était pas fait sans contorsions organisationnelles (par exemple dans un établissement, un programme externe intensif d'une semaine).

Mais l'idée de départ de former comme un site avec les trois régions là, c'est un petit peu..., en tout cas, ce n'était pas tellement fonctionnel là (R7).

Avec le repli vers une gestion régionale des services d'intervention et l'élargissement des mandats dans le Plan d'action gouvernemental, il a pu y avoir un retour à une division du

travail régional qui correspond plus aux vocations initiales des organismes, soit un organisme public qui se spécialise dans le traitement externe, un organisme communautaire qui organise un traitement en interne, et un autre organisme communautaire qui fait du dépistage et de l'intervention précoce auprès de joueurs ou des proches de joueurs.

...c'est assez satisfaisant. Que quelqu'un appelle ici..., puis on leur dit qu'est-ce qu'on offre et puis quand il nous dit : « bien non, moi ça ne me satisfait pas, j'aimerais mieux ça », bien on est capable de leur offrir d'autre chose. Tu sais, ça veut dire : « bon, écoutez, vous pouvez au..., ils offrent un service en externe » ou si c'est le conjoint ou la conjointe, nous on reçoit ici en thérapie familiale... Mais ici on favorise vraiment, parce qu'on n'est pas beaucoup d'intervenants, les proches de nos clients. Fait que ça c'est sûr que quand il y a des gens qui appellent puis qui disent : « écoutez, moi je veux absolument une démarche soutenue en externe », bon, on les réfère à... Fait que tu sais, on n'est pas mal pris, on ne laisse pas nos gens en plan... (L7)

L'organisme de traitement interne est même ouvert à une couverture de clients qui viendraient d'autres régions, le constat étant que certains joueurs voulant un traitement avec hébergement ne le veulent pas nécessairement dans leur région et recherchent des conditions d'anonymat. Cette orientation régionale soulève toute la question de la répartition provinciale de la clientèle qui ne semble pas, d'après les entrevues avec les directions régionales, avoir fait l'objet d'un débat provincial structuré.

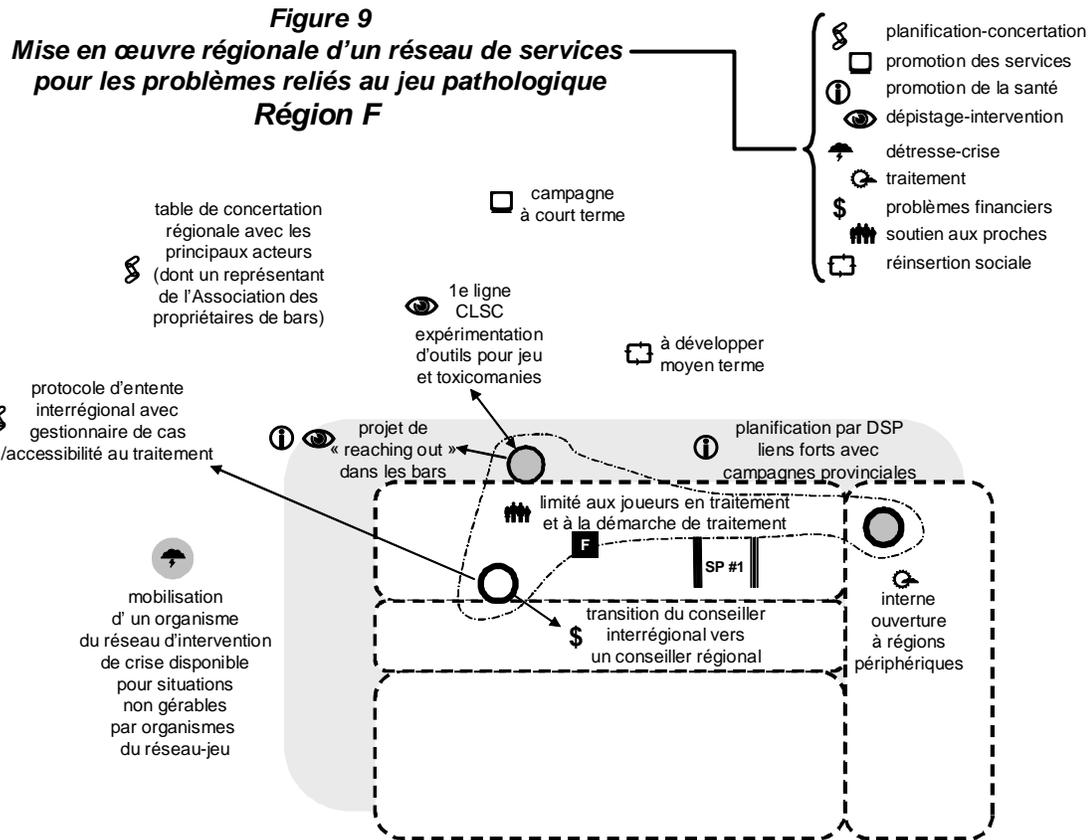
Au-delà de ce retour aux vocations initiales de ses organismes, la région F veut rétablir l'équilibre entre la première et la deuxième ligne de soins.

... c'est le défaut, des fois, quand on parle des programmes là, ... comme en toxico, comme dans d'autres programmes, on part des services de deuxième ligne puis après ça, bien, si on ne pense pas à développer un continuum de services, ce qui arrive c'est que les services de deuxième ligne sont rapidement engorgés par un ensemble de demandes qui ne nécessitent pas nécessairement dans le fond des services spécialisés là. Fait que c'est un petit peu ça là qu'on a pu corriger dans la deuxième allocation qu'on a reçue du ministère en 2002-2003. Donc...

On a demandé à l'organisme... d'adapter le programme Ladouceur à une clientèle..., au lieu d'être une clientèle en sérieuses difficultés, de l'adapter à une clientèle vulnérable et à risque puis donc de se positionner en première ligne.

... on a envoyé des allocations dans les CLSC pour demander aux services courants aussi d'agir en première ligne puis de recevoir, traiter, d'évaluer, d'orienter et de traiter des clientèles en première ligne.

...c'est en chantier actuellement (R7).



Ce chantier est encadré par une démarche d'expérimentation d'un outil d'évaluation des besoins de services des personnes qui se présentent avec des difficultés sur le plan du jeu et des autres dépendances. Cette démarche, pilotée par des chercheurs de l'Université Laval, permet aussi l'utilisation d'outils dont le résultat peut être transféré lors de la référence en deuxième ligne et associé aux outils d'évaluation des problèmes de jeu et de toxicomanies. Le chantier a aussi un volet plus actif de détection et d'intervention auprès des joueurs d'appareils de loterie-vidéo dans les bars.

...on a fait une offre dans le service pour toute la question du « reaching out » des clientèles, notamment dans les lieux où il y a des appareils de loterie-vidéo, les ALV. Puis ça, il y a un organisme communautaire, actuellement, qui est en lien avec des représentants de la Corporation des propriétaires des bars, tavernes et brasseries pour, justement, faire le lien là avec la clientèle qui est dans ces établissements-là puis qui éprouvent des difficultés, puis notre réseau de services là (R7).

...on va cibler une dizaine ou une quinzaine d'établissements là, dépendant et cette personne-là va faire, c'est un homme qui a été embauché, lui il va faire de

l'intervention directement dans ces milieux-là pour sensibiliser le personnel des établissements, de sorte que le personnel soit plus au courant de c'est quoi les problèmes de jeu,... Il va même être sur appel,... il va avoir une intervention de référence et de soutien. Donc notre intervenant va accompagner, à la demande, va accompagner certains individus au CLSC pour passer l'évaluation... (L20)

À ce chantier manque toutefois un consensus sur les critères et les modalités précises de référence entre la première et la deuxième ligne de soins, et entre les organismes de deuxième ligne. En l'absence de ce consensus, la décision de référer reste encore liée à l'interprétation de chacun des besoins du client et de sa place dans le réseau. Les organismes de traitement ont aussi la responsabilité d'intégrer à leur programme l'intervention en situation de crise. Il n'y a pas de budgets spécifiques pour ces services. Un organisme communautaire spécialisé dans l'intervention de crise est toutefois disponible en « back-up ».

C'est que tout le monde est responsable d'offrir des services de crise, d'urgence à leur clientèle. Sauf que, effectivement là, l'orientation qu'on a prise chez nous c'est quand l'organisme ne peut pas le donner, bien c'est là qu'on s'est donné comme un service régional, ce n'est pas un centre, c'est un service régional qui est là en « back-up », en filet de sécurité. Fait que, dans le fond là, autant les CLSC que (les organismes de traitement) sont responsables de leurs clients puis de répondre aux situations de crise du mieux qu'ils le peuvent. Et ils peuvent requérir..., parce que le Service régional de crise là, les clients n'ont pas accès à ça. Il intervient seulement sur références. Donc il y a le Service régional de crise qui est là pour offrir un « back-up » à tous les intervenants du réseau (R7).

Cette orientation de responsabilité locale est la même pour le soutien aux proches des joueurs en traitement.

...ce qu'on a dit c'est que, quelque part, dans un premier temps là, on ne fera pas de programme spécial pour les familles et les proches en ce sens où lorsque ça concerne les clients connus, les suivis... On a demandé, nous autres, aux différents acteurs, première, deuxième lignes là d'intégrer ça à leur pratique. Autrement dit, on ne veut pas, par exemple, qu'un joueur ou une joueuse soit traité dans un endroit puis que sa famille soit traitée dans un autre, parce que c'est là que ça se passe. Puis ce qu'on est..., quand... Là quand tu parlais de développement puis de besoins non comblés là, bien ça c'en est un : qu'en est-il actuellement? Puis la question a été soulevée de gens qui veulent s'adresser à nous parce que, dans le fond, il y a un joueur, il y a une joueuse dans la famille, mais que la personne ne veut rien savoir, mais qu'eux vivent des problèmes. Puis ça on sait qu'il y a des gens qui ont développé des programmes de groupe, de l'expertise là-dedans, mais comment... On n'a pas les sous, malheureusement, pour financer ça au moment où on se parle là (R7).

Par ailleurs, la région devient autonome sur le plan du soutien face aux problèmes financiers. Un poste de conseiller est attaché à l'organisme de traitement externe et est disponible pour les organismes de traitement de la région. Le conseiller qui assumait auparavant un mandat interrégional se cantonne dans la région F. Reste l'intervention aux deux extrêmes du traitement, soit la prévention et la réinsertion. Dans le premier cas, un budget non récurrent a été fourni à la Direction de la santé publique pour intégrer des actions de prévention-promotion dans le plan d'action régional. Il semble y avoir une volonté de faire coller ces actions aux campagnes provinciales du MSSS, en particulier auprès des jeunes. Mais il semble aussi que les trousseaux d'information distribués par le MSSS dans les PME produisent leur effet en termes de consultations auprès des organismes de traitement.

...il y a le ministère qui a distribué des trousseaux dans des PME puis des organisations là et veut, veut pas,... ça génère aussi une demande de services puis des liens avec des organisations qui nous sollicitent parce qu'ils sont aux prises avec des employés qui ont des problèmes avec le jeu là (R7).

Pour ce qui est de la réinsertion sociale, il n'y a pas de perspective régionale à court terme sur cette thématique. En dehors des initiatives locales, les budgets ne permettent pas de proposer une perspective régionale à court terme.

Déjà on fait beaucoup avec pas grand-chose. ... la question de la réinsertion aussi qui nous préoccupe un petit peu là.

La réinsertion n'étant pas seulement l'aspect clinique du problème relié au jeu là, mais souvent qui implique d'autres acteurs là, notamment au niveau de l'emploi, du logement, des choses comme ça. Ce qui demande une concertation beaucoup plus large sur le territoire ici là. Fait que ça c'est peut-être les choses au niveau du développement qu'on va regarder particulièrement dans les prochaines années (R7).

La nécessité d'un réseau des services de traitement complémentaires à ceux développés pour le jeu pathologique ne semble pas faire de doute devant le phénomène de joueurs à multiples problématiques. Le développement de ce réseau repose pour le moment sur l'expérience passée et les initiatives des organismes de traitement.

Bien ce que je sais là, c'est que les gens, actuellement, si, effectivement, quelqu'un a un problème de jeu puis une problématique associée là, que ça doit être santé mentale, déficience ou autre, je sais que les gens font..., ils m'ont dit qu'actuellement ils font les connexions entre eux là. Par exemple, en santé mentale, bien ils vont..., si la personne a des problèmes sévères et persistants, bien ils vont aller chercher la collaboration du département de psychiatrie de l'hôpital ...

...ce que les gens disaient encore récemment c'est que des gens avec des problèmes avec juste le jeu pur là, il n'y en a pas beaucoup. Il n'y en a pas beaucoup. Il y a tout le temps des problématiques associées de violence, de

problèmes de couple, de santé mentale. Tu sais, il y a le suicide aussi ou les idéations suicidaires reliées à tout ça là. Les gens travaillent dans des problématiques différentes (R7).

... pour toutes les multiples dépendances, ils réfèrent énormément. Ce sont nos points de référence depuis des années : les médecins, les CLSC, les cliniques médicales, les deux hôpitaux qui travaillent de concert ... avec nous depuis de nombreuses années. En ce qui concerne le jeu, bien plus spécialement avec des nouveaux services ... à l'automne, bien là je suis persuadée qu'on a des bonnes chances que la référence se fasse de façon plus régulière (L20).

En résumé, pour la région F, il y a consolidation des modalités de traitement du jeu pathologique sur la base d'un réseau d'organismes complémentaires pour le traitement avec un effort prioritaire pour renforcer l'intervention de première ligne sur le plan du dépistage, de l'intervention précoce et de la référence. Cette démarche est appuyée par un mécanisme de concertation régional qui regroupe les acteurs pertinents et sera publicisé à court terme. La région F se déplace donc, bien que timidement parce que plusieurs liens restent encore peu définis, vers un réseau intégré.

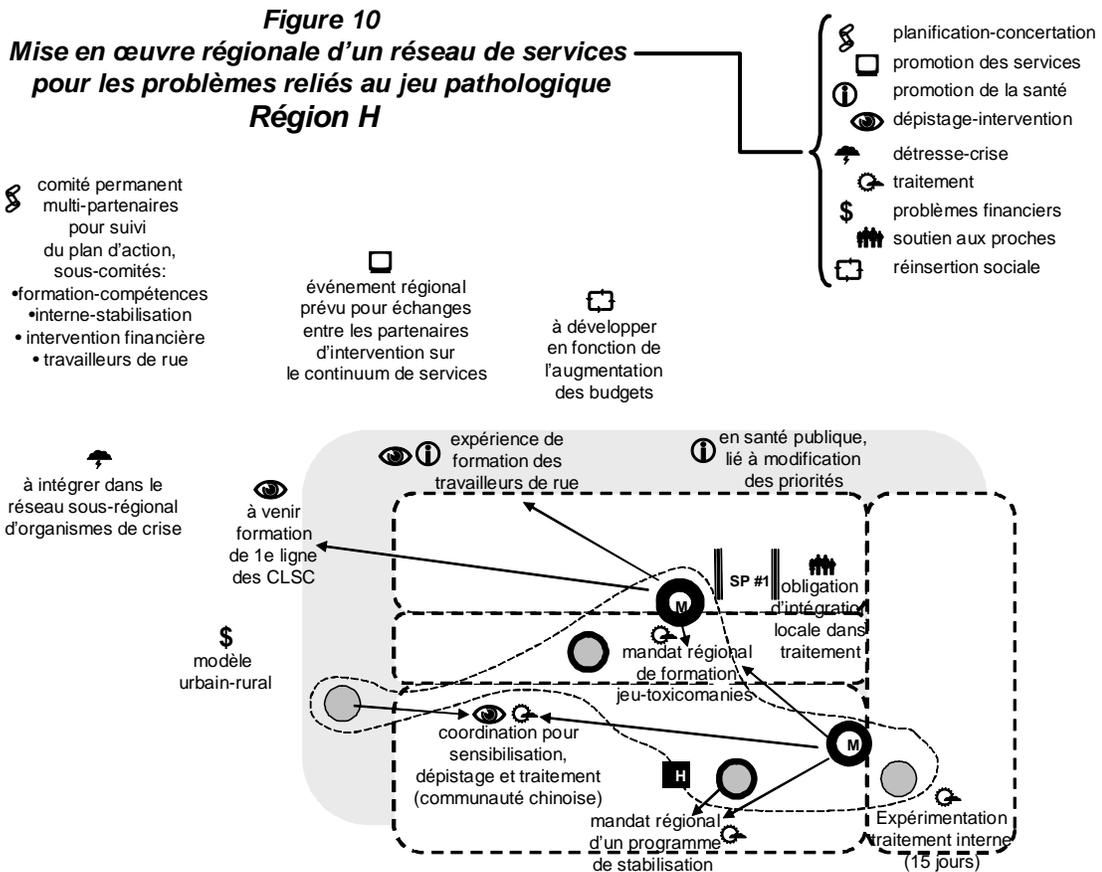
Région H

Dans la région H aussi, l'épisode du site-pilote régional avait orienté originellement les cinq centres de traitement vers des services externes. Le repli régional ouvre la voie à une nouvelle division du travail. De plus, cette redéfinition est fortement teintée d'une démarche régionale parallèle favorisant une meilleure intégration du traitement des dépendances. Le plan d'action produit pour l'intervention sur le jeu pathologique identifie les actions parallèles et simultanées avec le programme en toxicomanie. Un comité permanent est créé pour effectuer le suivi du plan d'action. Ce comité est composé des partenaires des organismes de traitement, mais doit inclure d'autres acteurs au fur et à mesure que le plan se déploie. Le prochain à joindre le comité est le partenaire CLSC qui va s'impliquer beaucoup plus à partir du moment où certains de ses membres auront reçu la formation prévue pour le dépistage et l'intervention précoce de première ligne. Le comité permanent produit un certain nombre de sous-comités qui ont pour mandat de rendre opérationnelles les orientations de base, le tout dans un esprit de partage des connaissances et des points de vue en gestion, en clinique et en recherche.

Un de ces sous-comités est celui de la formation et du développement des compétences. Son travail reflète bien la nouvelle orientation d'intégration jeu-toxico. La formation régionale visera dorénavant à donner aux intervenants des secteurs du jeu et des toxicomanies des connaissances dans ces deux domaines de telle sorte qu'ils seront plus flexibles et pourront répondre mieux aux besoins des organismes et des sous-régions. À cet effet, le plan d'action prévoit le dégagement des deux personnes-ressources dédiées à la formation tant du côté des organismes qui reçoivent la clientèle francophone que de ceux qui accueillent les anglophones. La première année sera consacrée principalement au jeu parce qu'il y a nécessité de refaire et compléter la formation de base, en intégrant entre autres une formation pour l'intervention auprès des proches et l'intervention financière. La gestion

régionale de la formation implique que les formations provinciales (par exemple, celle prévue pour la première ligne) seront reçues par des multiplicateurs et repensées sur une base régionale avant d'être donnée aux intervenants locaux. Cette perspective sur la formation marque donc une autonomisation par rapport au palier provincial qui avait pris les initiatives jusque là.

... on rend ce programme, ce service régional. Ça crée une autonomie et en même temps ça permet de constamment à ce que, dans la région on ait des gens qui se mettent à jour et qui ont le goût d'avancer (R8).



Un autre sous-comité est celui de « stabilisation et services internes ». La présence de ce comité marque non seulement une nouvelle division du travail sur le terrain régional mais aussi une remise en cause des idées reçues. Un organisme communautaire est désigné pour recevoir les joueurs en traitement interne, en hébergement. On questionne toutefois, suite à une tournée de certains organismes d'hébergement, la durée de 20 jours et plus qui est habituellement celle qui est reconnue dans le milieu, de même que le partage de tout le contenu d'activités qui ont d'abord été conçues pour des toxicomanes. On veut se donner le temps d'expérimenter un traitement de moins longue durée (autour de deux semaines), plus centré sur la spécificité du jeu, où l'hébergement, selon le contexte familial du joueur, n'est pas nécessairement continu (possibilité de retourner dans sa famille les fins de semaines). L'organisme communautaire se voit accorder l'équivalent de deux places pour le traitement interne de joueurs. Ces joueurs sont référés par les services externes qui utilisent des critères semblables à ceux utilisés dans la région de Québec, en particulier le fait qu'un joueur ait eu plusieurs échecs successifs de traitement en externe.

Le comité essaie aussi d'aborder la question des échecs en intervenant de manière précoce et intensive sur les rechutes. Deux établissements, un pour la clientèle francophone et un pour la clientèle anglophone, offrent ce service de retrait temporaire en hébergement lorsqu'une personne en traitement externe vit une perte de contrôle par rapport au jeu et ne peut agir avec les moyens dont il dispose⁴. À la suite de ce retrait, lorsqu'il est stabilisé, il poursuit son traitement en externe.

On embarque plus dans la prévention de la rechute. Donc, au lieu de perdre complètement cette personne, parce qu'on constate qu'on perd des gens, qui s'en vont jouer puis qu'on ne les revoit plus puis... Il y a un service de stabilisation, on te retire de cinq à sept jours où là il y a un suivi qui se fait.

. : ... c'est les intervenants qui constatent, font l'évaluation que la personne est en rechute là et que..., au lieu qu'il perde complètement son traitement, parce que c'est aussi des coûts que ça entraîne, à chaque fois on recommence, etc. Donc c'est de voir : est-ce que ça ferait diminuer le taux d'attrition? Et on assure qu'il y ait le service à l'entourage avec. Donc, une fois que la personne..., parce que des fois, ce qu'on constatait aussi, c'est qu'il y a beaucoup de patients..., il y a plusieurs patients qui disaient : « voilà, je suis comme à la veille de péter une coche », donc c'est : « bien, viens, on te retire, stabilise-toi, prends les jours qu'il te faut puis après, ah!, tu repars ». Donc c'est moins négatif pour la personne, parce qu'on sait très bien que dans le comportement de l'individu que la rechute fait partie du processus aussi (R8).

L'intervention de stabilisation ne doit donc pas être confondue avec l'intervention de crise qui est en train d'être redéfinie sur la base des sous-régions en lien avec une intervention

⁴ L'ensemble des critères d'admission des joueurs en processus de stabilisation se trouvent à l'annexe C de même que le modèle logique et les indicateurs devant servir à son monitoring. L'INSPQ a participé à l'élaboration de ces instruments avec les responsables régionaux et locaux du projet. Cela a permis de modifier les outils de monitoring déjà disponibles pour les adapter à ce nouveau volet du traitement.

intégrée d'organismes de crise qui touche tous les problèmes de santé mentale, de suicide et de toxicomanie.

Un autre sous-comité s'occupe de l'intervention sur la gestion financière. Là aussi, le comité s'est intéressé à ce qui se faisait ailleurs et a voulu proposer des services qui étaient adaptés aux caractéristiques de la région.

Et là on a fait un bilan de tout ça, parce que la particularité,..., c'est que à la fois on est urbain et à la fois on est très rural. Donc on ne peut pas monter un seul type de services, comme, par exemple, Montréal est capable de le faire. Nous, il nous faut deux types de services : un pour l'aspect urbain, puis un pour l'aspect rural. Donc ça c'est tout un défi. Donc ce n'est pas le même financement. C'est deux financements qu'il faut prévoir (R8).

Du côté urbain, le travail sera soutenu par un conseiller financier. Du côté rural, il le sera au besoin à partir d'entente avec les ACEF. Dans tous les cas, les intervenants seront formés pour intervenir minimalement sur cette question en cours de traitement.

Un dernier sous-comité examine la possibilité d'intégrer les travailleurs de rue dans l'intervention de première ligne visant à sensibiliser les joueurs dans les bars et dépister ceux qui ont des problèmes. Il s'agit d'en faire une autre porte d'entrée pour le réseau. Les travailleurs de rue font de plus en plus de demandes pour une formation à la sensibilisation des joueurs au problème du jeu pathologique et à ses conséquences. L'idée retenue est d'expérimenter une démarche avec les travailleurs de rue d'organismes situés dans trois villes. La formation devra permettre d'adapter leurs outils de détection pour intégrer la problématique du jeu; il faudra aussi qu'elle leur fournisse des outils de sensibilisation à utiliser dans des démarches de groupe (par exemple des vidéos). Une formation à Loto-Québec sur les appareils et avec les jeux est aussi souhaitable pour rendre ces travailleurs plus aptes à saisir le contexte technique et symbolique du jeu.

Cet étalement des services dans les sous-régions est aussi une conséquence d'un premier geste qui a été posé par rapport aux services externes. Au début du programme expérimental, les deux organismes publics financés donnaient leurs services externes à partir d'un de leurs établissements. Les joueurs devaient se déplacer pour avoir un traitement, ce qui posait des problèmes dans certains cas. Avec la régionalisation du programme, la décision a été prise de se rapprocher de la demande. Six points de services (trois par organisme public) ont donc été mis en place dans des villes de sous-régions pour arriver à couvrir ce grand territoire. Une seule sous-région n'a pas encore de point de services mais les services des régions périphériques sont tout de même plus rapprochés qu'auparavant. La dispersion des intervenants dans des points de services sur le territoire explique l'effort considérable qui veut être porté sur la formation de base et continue de tous les intervenants des organismes.

...le programme de formation, c'est que tous les intervenants... qui sont en toxico auraient la formation de base sur le jeu. Après, mais qu'au moins ils aient tous une connaissance pour faciliter la détection, l'orientation, etc. Maintenant,

dans l'intervention, il y en a qui auront une majeure, il y en a qui auront une mineure, parce qu'il faut qu'on tienne compte aussi de... notre volet rural et qui, à certains moments, bien s'il y a un intervenant qui est malade, les services de traitement ne s'arrêtent pas pour autant (R8).

En ce qui concerne la communauté chinoise, la région H veut aller dans le même sens que la région G. Le traitement en externe est transféré de l'organisme communautaire qui le faisait jusque là vers un organisme public qui a un mandat régional (même interrégional puisque c'est le même que dans la région G). L'organisme communautaire doit se concentrer sur la sensibilisation et le dépistage des joueurs et de leurs proches; une entente de services assure le maintien et la continuité des liens avec l'organisme de traitement externe. Dans ce cas particulier de la communauté chinoise, le traitement doit connaître un développement spécifique qui intègre la famille dès le départ. De plus, on vise à structurer un programme autour du groupe plus à risque des travailleurs de la restauration qui comprend, dans ses moyens, un programme de francisation.

...les services à l'entourage, un, service de traitement pour la communauté chinoise, ça ne prend pas quatorze séances, ça en prend au moins une vingtaine... Ça c'est la première chose, parce qu'il y a comme toute une préparation. Deuxième chose, le service à l'entourage n'est pas « contournable » et va prendre au moins quatre, cinq séances avant de pouvoir commencer le traitement avec le joueur. Sinon, on n'est pas capable de rejoindre le joueur (R8).

Si l'intégration de l'entourage semble inévitable dans le cas de la communauté chinoise, elle n'est pas moins importante pour tous les joueurs. Par conséquent, le plan d'action régional prévoit que le financement des services de traitement doit obligatoirement inclure une offre de services de soutien à ses proches. Pour le moment, chaque organisme y va de son expertise personnelle, développée en toxicomanie, pour intégrer les proches au processus de traitement. La région compte sur le développement de son nouveau cadre de formation pour ajouter une formation plus systématique sur ce volet du programme, à tout le moins plus « empirique » (centrée sur des expériences de terrain) que la formation provinciale qui a été donnée sur le sujet.

Le développement de toute la gamme de services sur le plan régional demeure toutefois incomplet. Le budget paraît insuffisant pour mettre quelqu'un au travail sur le développement du volet de la réinsertion. Quant à la promotion de la santé auprès de la population, la mobilisation de la Direction de santé publique reste incertaine étant donné le fait que la programmation provinciale en santé publique n'accorde pas une place prioritaire au jeu pathologique. Cette contradiction, qui a son origine au palier provincial, devra être résolue au palier régional à moyen terme. Par conséquent, la promotion prévue à court terme relève plus d'un échange entre les partenaires sur la connaissance et le renforcement de l'axe sensibilisation-dépistage-traitement des services de la région.

En résumé, le travail de coordination de la région H s'est fait autour d'une volonté très forte d'obtenir un continuum de services qui augmente l'efficacité du réseau de traitement

(services externes à proximité, services internes, services de stabilisation), la compétence et la flexibilité des intervenants (formation de base et continue, structurée régionalement, dans une vision intégrée d'intervention en jeu-toxicomanies). Après avoir connu la réalité d'un réseau plus agrégé, la région H tend à la fois vers un réseau concerté et disséminé, prévoyant contrer l'isolement créé par ce dernier par un accent sur la formation régionale continue et intégrée aux services plus larges en toxicomanie. Certains organismes communautaires semblent toutefois avoir plus de difficultés à s'intégrer à cet univers qui privilégie la compétence professionnelle.

3.3. LES RÉSEAUX RÉGIONAUX DU SITE-PILOTE #2

Le site-pilote #2 est composé de deux régions, dont l'une est urbaine et l'autre semi-urbaine. En décembre 2002, ces régions avaient traité le quart des clients touchés par le programme expérimental. Ce site-pilote a fait, dès le début du programme expérimental, le pari de la concertation. Les structures de concertation supra-régionales demeurent en place mais les outils d'intégration prévus à l'origine ne se sont pas ou tardent à se mettre en place. Toujours l'exemple à suivre pour la mise en œuvre d'un réseau concerté, l'abandon du principe de site-pilote laisse plus de prise à un déplacement vers les réseaux agrégé et disséminé. Mais les efforts sont toujours présents pour le maintien d'une dominante de concertation.

Région A

La région A est celle qui avait au début la responsabilité de la coordination du site-pilote. Elle avait dès le départ mis en place une structure de concertation et de coordination qui regroupait tous les organismes mobilisés pour le traitement du jeu.

... les organismes avaient des argents pour donner des traitements aux joueurs, bon. Mais on savait que les traitements aux joueurs, il y avait des organismes là-dedans qui faisaient surtout des services en interne. Il y en avait qui faisaient des services en interne et en externe, donc ça c'était une réalité qui était connue. Et c'était clivé un peu entre le communautaire, offre là essentiellement des services en interne pour la toxicomanie entre autres ou pour le jeu, et les organismes publics n'offraient pas de services pour le jeu, mais offraient beaucoup de services existants dans la toxicomanie avec une décentralisation au niveau de points de services dans les territoires. Alors la question, on a dit : « On va tu faire quelque chose ensemble, d'organisé, de spécifique ou bien non, chacun va développer avec l'argent qu'il a les services qu'il pense pouvoir donner aux joueurs avec les mandats? ». Et d'entrée de jeu, on a tout de suite dit : « on pourrait tu spécialiser les organismes en fonction de leurs forces existantes à ce moment-là. Donc on peut tu penser à diviser les mandats entre nous-autres, quitte à les coordonner pour que le client puisse circuler là-dedans de façon facile? ». Alors l'hypothèse qui a été émise c'est : « si le public se concentrait sur les services externes, puis le communautaire sur les services internes, ça ferait tu du sens? » et la réponse a été positive en disant : « bon, ça convenait, ça entrait dans ce que les organismes faisaient de toute façon ». ...,

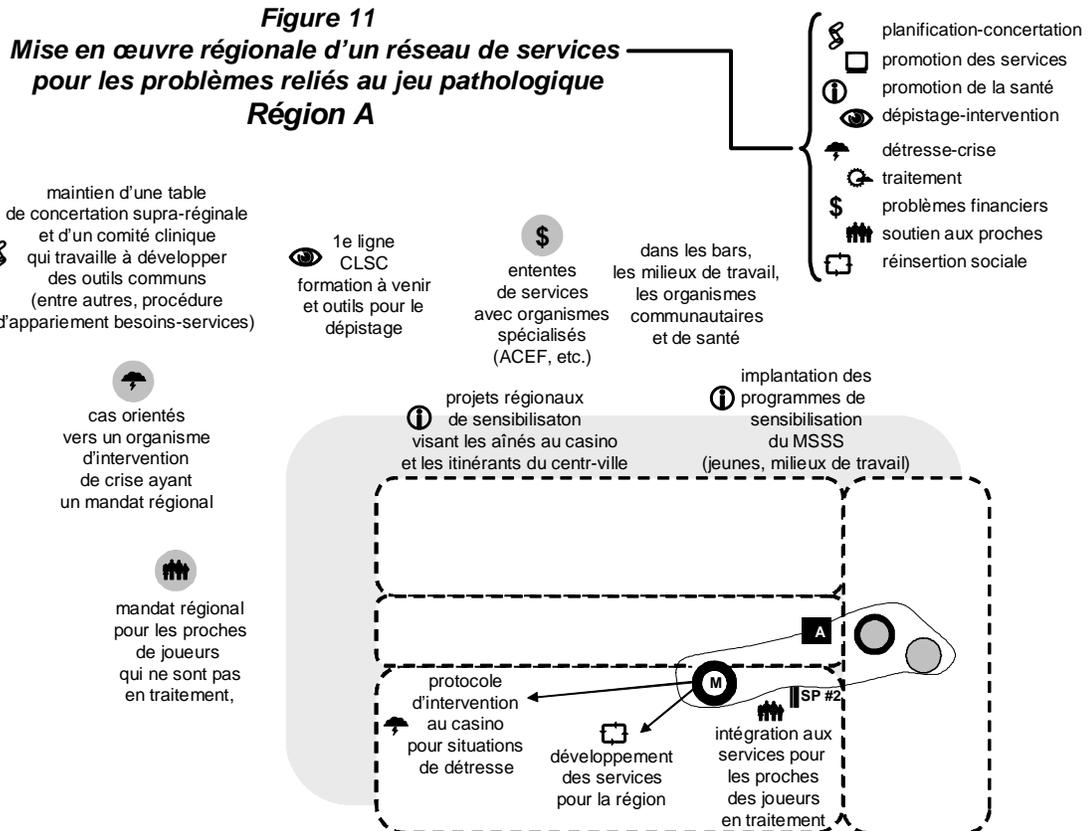
après cette première hypothèse-là qui a été reçue assez favorablement, on s'est dit : « bon bien là maintenant qu'on décide ça comme ça, il faudrait peut-être organiser ça pour que ça soit cohérent par rapport à la clientèle qui va demander de l'aide, alors, comment on va gérer ça? » Et là on a établi deux structures à ce moment-là, une structure avec un comité de pilotage au niveau du site, puis on prend les décideurs des organismes..., ces établissements-là puis de dire : « on va fonctionner en réseau intégré si possible ». Donc l'objectif c'était d'établir un réseau intégré de services. ...tout ce qu'on fait, qu'on décide, dans tous nos services, on essaie d'avoir un consensus au niveau des comités. Donc on s'entend, si quelqu'un veut prendre une initiative ou faire de quoi, en principe il amenait ça au comité de pilotage. Et la Régie, à ce moment-là, les Régies exercent quand même un « leadership » quand même important en termes d'animation de rencontre, qu'on va faire les réunions, établir les ordres du jour et amener des points importants en regard du système de réseaux de services. Donc c'est la Régie qui préside, anime et gère, dans le fond, les objectifs reliés à un réseau intégré de services, et ce, pour les deux régions (R5).

Le travail de ces comités avait mené à la définition d'un modèle de trajectoire (décrit dans le rapport précédent, p. 30) pour un accès coordonné aux organismes de traitement. Ce mécanisme impliquait la création d'un guichet unique pour les demandes de services, guichet qui était représenté dans la personne d'un coordonnateur à l'accès pour les deux régions. Ce coordonnateur devait faire, à partir de critères définis collectivement et de l'identification des caractéristiques des services disponibles, l'appariement entre les besoins des demandeurs et l'offre de services. Les efforts pour actualiser ce guichet unique ont été abandonnés avec le temps, et avec la régionalisation des services, l'appariement a plus tendance à se faire sur une base régionale avec, en principe, comme porte d'entrée les services externes publics.

... Au départ, il y avait eu un projet très..., pour les deux régions un guichet unique, on avait un projet d'installer, par exemple, un système téléphonique avec des intervenants qui pourraient répondre à tout appel de personne en difficulté par rapport au jeu et procéder à une évaluation minimale et faire une orientation dans une organisation, et ce, pour les deux régions. Ça, on a abandonné ça en cours de route, parce que la pratique a commencé quand même à..., parce que ça, on n'avait pas mis ça en place au départ, donc la pratique, dans chacune des régions, des gens ont commencé à s'adresser, dans le fond, aux organismes qui avaient des mandats... Et le guichet, bien ce qu'on a convenu, c'est le guichet d'utilisation des services externes du réseau public comme guichet d'entrée principale du système.

Ceci dit, on a aussi constaté que les personnes ne s'adressaient pas nécessairement à ces endroits-là. Là les gens pouvaient téléphoner à des organismes spécialisés en traitement interne, qui n'étaient pas, en principe, le guichet d'accès principal. On a convenu que c'est quand le client se présente

lui-même dans ces organismes-là, ces organismes-là doivent agir comme guichet d'entrée eux aussi (R5).



Il est donc difficile même de canaliser entièrement l'accès par les portes régionales des services externes. La tâche risque aussi de se compliquer avec l'augmentation des acteurs impliqués dans la détection des joueurs qui ont besoin de services de traitement. Il est donc prévu à terme que les organismes de première ligne deviendront de plus en plus des portes d'entrée importantes des joueurs dans le réseau de services de traitement, qu'elles devront référer les joueurs (avec une formation et un outil qui permet de bien identifier le besoin de services) en deuxième ligne vers les services externes qui, eux, devront s'occuper de faire l'appariement pour le service requis.

L'idée, c'est que le client n'ait pas à faire son magasinage. Donc le client n'a pas, lui, à démêler l'enchevêtrement des services, qu'est-ce qu'il a besoin, il a tu besoin de... Exemple là, il y a d'autres organismes qui sont mis à contribution aussi dans ce cadre-là, il y a le Centre de crise de Québec, pour des situations d'urgence, il y a des crises suicidaires liées au jeu. Donc chacun des organismes à ce moment-là va utiliser aussi cette ressource-là. Donc le client n'a pas à magasiner. À partir du moment où il fait un appel à une ressource

spécialisée pour le jeu, on est en mesure de lui donner une orientation de services : à quel endroit c'est préférable pour lui. Si on n'est pas convaincu, bien on a à faire l'évaluation et à orienter le client au bon endroit. Donc les..., c'est une fonction, en principe, que tout le monde s'est engagé à faire. Euh!, quand on dit : « réseau public et services externes » comme le guichet principal, on s'inscrit dans un réseau là de services qui va déborder juste les ressources spécialisées pour le jeu, qui va inclure, éventuellement, toutes les ressources de première ligne. Donc..., mais eux autres, de première ligne, ils vont faire du dépistage, de l'évaluation de premier niveau comme pour d'autres problématiques là, on parle des CLSC, les organismes communautaires, programme d'aide aux employés, médecins. Donc la promotion qui va se faire au niveau de ces organismes-là, éventuellement, ça va être de dire, quand vous allez dépister un problème de jeu pathologique suffisamment important, requérant les services spécialisés, vous allez orienter ça au réseau public en services externes au premier temps. Alors ça c'est la première démarche qui va se faire. Deuxième temps, ça sera au réseau public, lui, à faire, avec les critères d'appariement pour lesquels on a une entente, de dire : « C'est ces critères-là qui s'appliquent ». Donc le réseau public, lui, fait une évaluation de deuxième niveau et il décide si le client reste en externe ou il va en interne. C'est une trajectoire théorique là, on comprend que les clients pourraient avoir des préférences eux autres aussi, avoir des motivations à utiliser des ressources plus qu'une autre. Mais ça va être pris en considération aussi. Donc ce n'est pas nécessairement un système technocratique dur là, c'est une négociation qui se fait avec le client, mais le message est le même partout (R5).

Avec ce dernier commentaire, la région A se trouve à faire un pas de plus dans la compréhension et la complexité du processus d'admission des joueurs en traitement. À la difficulté d'établir un « requis de services » qui évite le magasinage, il ajoute une autre variable qui est celle de l'acceptation d'un client actif qui peut avoir ses exigences et ses préférences. Ce n'est pas tant l'idée de négociation avec le client qui est nouvelle, tout responsable d'organisme vous dira que la négociation est toujours présente, que sa reconnaissance formelle comme caractéristique d'un réseau actuel de services⁵.

De plus, un pas supplémentaire est en train d'être accompli en travaillant à développer un questionnaire à géométrie variable qui permettrait de faire reposer le jugement par rapport à chaque critère d'appariement sur des questions spécifiques et des informations qui appuient la décision. Par exemple, si un client est perçu en détresse émotionnelle, qui est un des critères, l'intervenant devra utiliser le volet du questionnaire qui permet de cerner cette réalité. Il faut rappeler que le questionnaire, pour ce travail d'appariement, n'est pas un outil diagnostique mais bien un outil d'aide à la décision d'orientation. Cette démarche qui vise à bien établir le « requis de services » permet aussi de mieux cerner les besoins de financement pour l'interne. Le client qui y est référé répond aux critères définis et l'organisme

⁵ Penser autrement reviendrait à nier le fondement même des relations entre les personnes dans une société moderne et démocratique où la négociation est devenue centrale pour fixer les règles et les compromis de l'action (Thuderoz, 2000).

interne est financé pour donner ce service gratuitement. Si un client ne répond pas aux critères, mais que l'organisme accepte de l'accueillir dans ses lieux, le financement ne sera pas autorisé; le client ou l'organisme devront assumer le coût du traitement. Par conséquent, la démarche d'appariement vise aussi à optimiser l'utilisation des fonds publics. L'exercice anticipé demeure toutefois exigeant.

... les Régies, on a quand même exercé un bon « leadership » là-dessus, on dit : « Oui, tu veux avoir les clients, mais si on paie pour ces services-là, il faut que ça soit approprié. Si le client n'a pas besoin de ces services-là, le financement public ne devrait pas payer ça ». Donc on paie et puis pour le savoir, bien ça prend des outils d'évaluation vigoureux pour dire : « Bien là, si tu vas là, c'est parce que... » et là on va demander des comptes à tous les organismes, y compris le réseau public aussi. S'il garde des cas d'interne pour l'externe, bien là il peut se faire questionner aussi. Donc tout le monde a accepté de dire : « Oui, on va jouer ce jeu-là, on va rendre des comptes » et la façon de rendre des comptes, ça va être de revoir ensemble, probablement au comité clinique, les évaluations qui sont faites. Donc ça on va monitorer ça non pas de façon systématique, mais on va y aller par échantillonnage. Ce n'est pas mis en place encore par exemple. Ça c'est le projet. On va y aller par échantillonnages peut-être aux deux mois, ... on prend des évaluations puis on les regarde, puis on regarde les décisions qui ont été prises et on questionne s'il y a des problèmes ou s'il y a des zones grises et en même temps, bien on raffine nos outils d'évaluation, de critères, parce que ce n'est pas statique, ça va évoluer probablement avec le temps. Bien c'est la perspective là du système (R5).

Au-delà des organismes de traitement, on vise à renforcer les portes d'entrée dans le réseau. Le travail est à faire pour la première ligne. Les outils de dépistage et la formation des intervenants de CLSC ne sont pas encore disponibles. Il faut aussi réfléchir à l'intégration du service de crise de la région au processus d'évaluation réalisé par cette première ligne. L'évaluation devra donc inclure, en plus des services internes et externes, l'intervention de crise. L'organisme qui s'occupe de cette intervention est déjà mobilisé et intervient auprès des joueurs en crise, mais les principes de l'aiguillage d'un client vers ce service et de ce service vers les organismes de traitement restent à être précisés et standardisés. Par ailleurs, la région A est une des trois régions qui a travaillé, sous le leadership du MSSS, à développer un protocole avec son casino pour intervenir dans des situations de détresse.

Sur le plan de la standardisation, il reste toutefois quelques problématiques à traiter. Une des plus importantes est celle du délai d'attente suite à un appel. Chaque organisme a pour le moment sa propre norme, et il y a nécessairement des écarts à discuter. Même problème pour les services offerts dans une situation d'attente. La question est aussi à soulever pour la charge de travail d'un intervenant. Dans tous ces cas, il faut être prudent car le contexte a de l'influence sur le potentiel d'action et, par conséquent, de normalisation des pratiques. La prise de rendez-vous pour un intervenant qui doit se déplacer dans plusieurs points de service n'a pas la même efficacité que pour celui qui est à un point fixe et a un peu plus de

marge de manœuvre avec son agenda. L'intervention aussi doit différer dans les situations de multiples problématiques et appellent un réseautage plus extensif avec des services de troisième ligne.... il y a d'autres problématiques aussi qui sont..., autres que le jeu qui sont associées, qu'on découvre de plus en plus, santé mentale entre autres. Ce qui fait que probablement, les arrimages, quand on parle de réseau intégré de services, ce n'est pas juste au niveau des organismes offrant des traitements pour le jeu, mais probablement aussi il faudra arrimer d'autres types de services sur d'autres problématiques qui sont associées...

... on a beaucoup de clientèles avec des problèmes de santé mentale aussi. Donc le programme jeu étant donné à l'intérieur d'un établissement qui offre des services spécialisés en toxicomanie puis qu'il y a aussi des services en santé mentale de deuxième niveau là, qui n'est pas nécessairement hospitalier, mais il y a quand même des psychiatres consultants, il y a quand même certaines activités plus pointues reliées à la santé mentale. Alors là, ça, il faudra faire le pont, un moment donné, là-dessus.

... chaque organisme gère son réseau. Ça aussi ça pourra faire partie des discussions, ç'a commencé d'ailleurs à faire partie des discussions au niveau du réseau intégré de services. Qu'est-ce que c'est qui va manquer en termes de besoin pour la clientèle au-delà de la question du jeu? Là, là les..., les priorités ont été mises sur la question du jeu, le réseau intégré de services en dehors du jeu, mais ce qui apparaît aussi là, c'est problématique toxico avec ça, problématique santé mentale principalement et problématique de la pauvreté aussi... Les joueurs purs, dans les services en tout cas à ici, ce n'est pas la majorité. (R5).

Le lien avec la pauvreté a été rendu plus visible dans un CLSC du centre-ville lorsqu'on s'est aperçu que plusieurs personnes recevant des services d'administration financière avaient des problèmes de jeu. Cette situation a posé la nécessité de travailler en coordination avec les services externes de traitement pour dépister et intervenir conjointement auprès des joueurs. Il reste que dans tous les cas où un joueur présente plus d'une problématique, ce qui est identifié par les outils d'évaluation visant l'appariement, le choix des dimensions sur lesquelles se faire l'intervention, et le fait que le travail se fasse en parallèle ou de manière séquentielle dans un seul ou plusieurs organismes, relève du processus de décision clinique des intervenants.

La région A a réalisé des progrès dans l'organisation de nouveaux services. L'effort déjà consenti pour donner des services aux conjoints ou aux proches des joueurs se poursuit dans les organismes du réseau en place. Il y a toutefois une volonté de référer les proches de joueurs non traités vers un organisme qui aurait ce mandat pour la région. Il y a aussi consolidation des services de conseiller financier. Le système est fondé sur l'utilisation des ressources d'organismes spécialisés dans ce domaine (dont les ACEF). Les ententes prévoient que ces organismes peuvent aller faire de l'information et du soutien dans les centres de traitement, mais aussi que ces derniers puissent référer des clients à ces organismes. Les questions financières ne sont qu'une des dimensions de la réinsertion des

joueurs; il y a aussi les sphères du travail, des loisirs, du logement, de l'alimentation, etc. La région veut couvrir ces dimensions et elle a confié à son organisme public externe de traitement des joueurs le mandat de développer des services de réinsertion qu'il aurait la responsabilité de donner dans chacun des établissements du réseau-jeu. Encore là, il y aura un effort pour équiper les intervenants d'outils d'identification des problématiques de réinsertion du joueur pour qu'il puisse le référer aux organismes spécialisés. Il reste toutefois un travail immense à faire pour clarifier cette question parce qu'il faut s'assurer qu'un effort trop grand dans le suivi post-traitement et la réinsertion sociale ne produise pas de congestion à l'entrée, ne limite l'accessibilité des joueurs. Il est important de développer un réseau de contacts avec les services complémentaires pour s'assurer que le joueur référé se retrouve face à d'autres intervenants qui attendent ce relais. Le suivi post-traitement demeure important dans la mesure où il s'assure que les moyens prévus ont été mis en œuvre et qu'ils satisfont le client. Autant que possible, il ne faut pas non plus briser le lien de confiance qui a pu se créer avec un intervenant, lien qui pourrait permettre de faire la différence entre un traitement qui a une véritable portée et un qui n'en a pas. Ces questions demeurent toutefois pour le moment discutées davantage dans le cadre des échanges cliniques.

Côté prévention, la région entend participer à la promotion et l'implantation des programmes de sensibilisation du MSSS visant les jeunes et les milieux de travail. On veut aussi soutenir des activités de sensibilisation auprès de deux groupes particuliers : les aînés qui fréquentent le casino dans le cadre des voyages en autobus et de rabais octroyés par Loto-Québec, les itinérants du centre-ville qui ont des problèmes de jeu. Le projet visant les aînés est un projet qui couvre le territoire du site-pilote. La région entend aussi continuer ses efforts de promotion des services auprès des joueurs (dans les bars en particulier), des milieux de travail, des organismes communautaires et de santé.

En résumé, la région A fait des efforts particuliers pour mieux définir le découpage des frontières des organismes participant au traitement des joueurs. Les efforts pour maintenir les structures de concertation conçues à l'origine pour le site-pilote vont dans ce sens. Les travaux du comité clinique sur les critères d'appariement et les outils d'évaluation servent les intérêts des deux régions. Pour ce qui est de l'ouverture au transfert de clients entre les régions, la tendance est toutefois à l'autarcie régionale.

... il y a de la flexibilité, de la souplesse là-dessus pour faire des ententes particulières. Mais règle générale, c'est chaque région quand même, bon, est suffisamment bien outillée pour répondre à l'ensemble des besoins de sa clientèle.

... on ne maintient pas une coordination des deux régions ensemble à tout prix. On le fait parce qu'on pense qu'il y a des gains à faire ça. Et ça va continuer (R5).

Il y a aussi une tendance plus forte à mobiliser les partenaires communautaires de la région dans les services complémentaires plutôt que de favoriser l'augmentation des mandats des organismes de traitement, ce qui est caractéristique d'un réseau plus étendu et concerté.

Région B

La région B faisait partie du site-pilote #2 avec la région précédente. Elle est moins urbanisée que la région A et doit couvrir un plus vaste territoire. Même après l'abandon du concept de site-pilote pour revenir à une coordination régionale, la région B poursuit sa participation au comité de pilotage et au comité clinique créé à l'origine du programme. Cette participation vise au premier chef l'instauration d'une trajectoire et de ses outils qui permettent une offre de services mieux coordonnée et plus variée. Cette procédure ouvre la possibilité d'échanges de clients entre les territoires. Il semble que cet échange porte principalement sur les clients des services internes et couvre un pourcentage peu élevé.

...mais je vous dirais, en proportion là, c'est peu là. Je dirais peut-être..., peut-être un vingt, puis encore-là 20 % c'est beaucoup là. C'est très peu là.

(c'est) ...le pourcentage d'exception, ce sont des personnes qui, par exemple, seraient très connues dans leur région.

... Mais pour la majorité des gens là, les gens aiment bien être desservis là dans leur région, près de leur lieu de résidence là (R1).

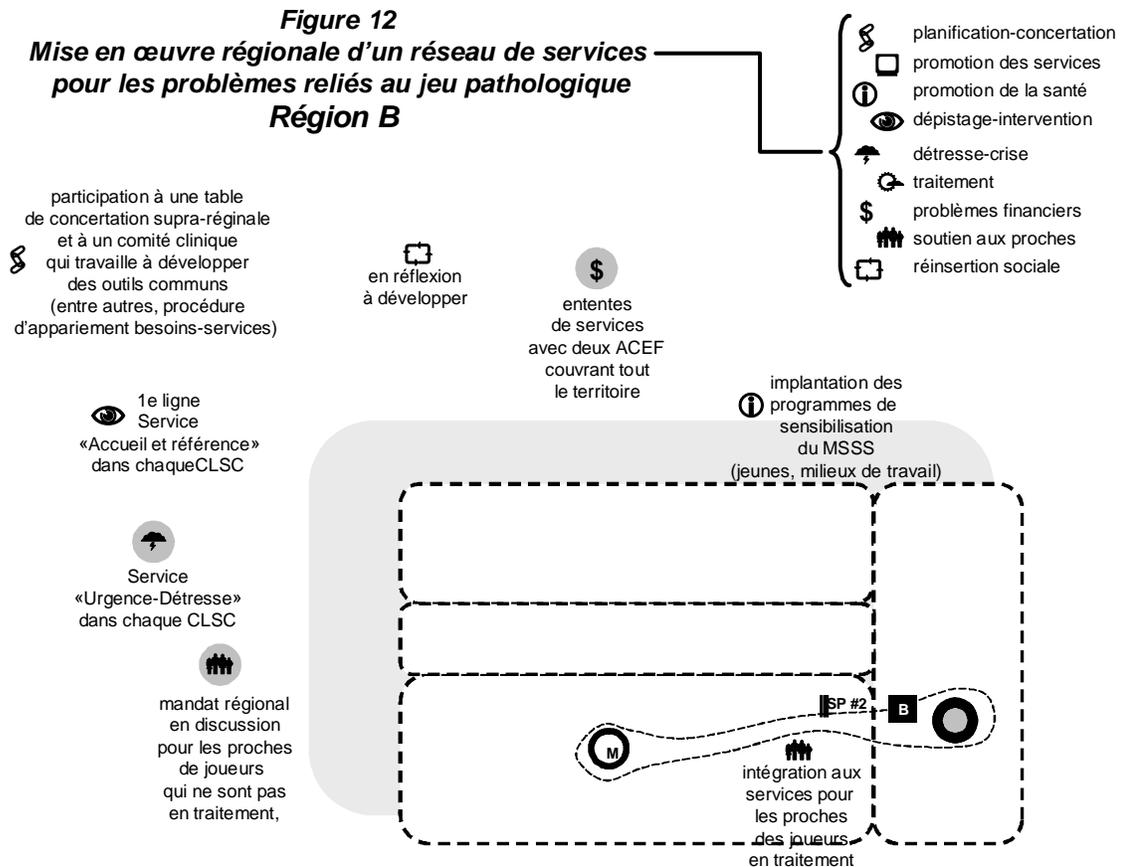
Il semble évident, qu'au-delà de cet effort de coordination supra-régionale, la région doit vivre avec sa spécificité de la dispersion de la clientèle dans plusieurs points de services. Pour la question de l'intervention de crise, par exemple, chaque CLSC doit gérer « l'Urgence-détresse » de son territoire et faire les références vers un organisme de sa région.

Pour les services de crise, c'est sûr qu'on utilise, nous, toujours, le réseau qui est déjà en place. Exemple : le CLSC où ils ont ce qu'on appelle le service de crise là, « Urgence-détresse ». Chaque région est différente, nous ça s'appelle « Urgence-détresse » où là il y a des intervenants là de chacun des onze CLSC qui eux accueillent, la personne voit son besoin, parce que c'est une intervention de crise autant que ça pourrait être pour le jeu que ça pourrait être pour le suicide par exemple. C'est la crise de façon générale. Et euh!, suite à l'évaluation que l'intervenant va en faire, il pourrait y avoir référence à ce moment-là. Je sais qu'il y a des contacts qui ont été faits de par (l'organisme interne) là auprès des coordonnateurs là des centres de crise...

(pour ...présenter leurs services pour que les intervenants puissent faire une référence de façon éclairée. De savoir qu'est-ce qu'il en est exactement.

Ce sont ces gens-là, d'Urgence-Détresse, sont peut-être plus en contact avec des gens de..., risquent plus de connaître des intervenants (des services externes), parce que (leurs) intervenants sont en partie dans les CLSC.

C'est pour ça que (l'organisme interne) : « bien nous aussi on va se faire connaître de manière à offrir une gamme plus complète là de ses services » (R1).



Cette démarche de l'organisme interne peut être perçue contraire à la logique de la trajectoire conçue pour faire passer tous les clients par un processus de sélection où l'organisme de traitement externe est la porte d'entrée de la deuxième ligne. Mais dans les faits, des problèmes organisationnels majeurs du centre interne ayant conduit à sa restructuration, on peut saisir l'importance de ces efforts pour informer et regagner la confiance des sources potentielles de référence. Le fait que ces informations n'aient pas été portées dans le cadre du processus de trajectoire lui-même laisse supposer qu'il demeure fragile aux soubresauts de son environnement socio-organisationnel.

Il en est de même pour les variations de clientèle qui semblent être influencées par un cycle annuel qui a des pics aux retours des vacances d'été et des Fêtes. Les efforts de promotion ou l'intérêt créé par des articles sur les services ont aussi une influence sur la demande. Pour le moment, avec des efforts renouvelés de promotion des services, l'offre et la demande sont en équilibre pour les services externes. Une difficulté demeure pour les petits points de services du fait que les intervenants ne sont pas à plein temps et que la confidentialité soit plus difficile à garantir.

Parce que dans les petits centres, il y a toujours une question de confidentialité qui est difficile à maintenir, parce que dans les CLSC, dans un petit centre, bien tout le monde se connaît à peu près là. Alors si je vais à mon CLSC pour une démarche en jeu pathologique, probablement que je connais la secrétaire qui est là ou je connais, vous savez... Je vais peut-être avoir une hésitation à faire ma démarche. Alors ce qu'il faut là développer, c'est assurer une confidentialité via le téléphone : « est-ce que je peux rencontrer l'intervenant à une heure précise? » Je ne le sais pas, il y a quelque chose à développer à ce niveau-là (R1).

De manière générale, la trajectoire, parce que les CLSC se rajoutent au réseau comme première ligne et que les clients manifestent leurs préférences, demeure difficile à appliquer dans une situation à plusieurs portes d'entrée. La formation à venir des membres de l'accueil des CLSC insistera toutefois sur l'utilisation du couloir vers l'organisme de traitement externe de la région qui fera l'aiguillage par rapport aux besoins spécifiques de traitement pour le jeu.

Parce que, idéalement, notre trajectoire, ce qu'elle prévoit, c'est un accueil d'évaluation disons de première ligne. Donc ce serait les CLSC. Ensuite, accueil et évaluation, si c'est en deuxième ligne, là ce sont nos centres de réadaptation. Ça, en théorie, ça va bien. Mais en pratique, on..., les individus, c'est là que la publicité est faite en fonction de ça aussi là. Sauf que les individus, il fallait prévoir aussi que des individus vont appeler là où ils se sentent bien d'appeler (R1).

... D'abord, les CLSC ont ce qu'on appelle l'accueil, « Accueil et référence ». Ce qu'on cherche à faire, dans la région, c'est d'utiliser les services déjà présents. Ne pas dédoubler les trucs. Donc, si on a un service dans les CLSC d'accueil et de références, nous avons notre rôle d'outiller ces personnes-là et de les former en fonction de ça pour que, après, la personne soit référée à ce moment-là à l'intervenant Jeu, bien si c'est en deuxième ligne là, avec (l'organisme de traitement externe) (R1).

La manière dont la mise en œuvre du programme a été faite dans la région sous l'initiative du MSSS est perçue positive. Le fait d'être parti des ressources existantes les plus spécialisées et d'avoir donné la préséance au traitement sur la première ligne sont deux facteurs qui ont permis de consolider les services de traitement avant d'en faire trop la promotion en première ligne. Le soutien aux joueurs pour la gestion de leurs finances a pu aussi être mis en place. Dans la région, il y a des ententes de services avec deux ACEF qui adaptent leurs pratiques aux besoins du programme de traitement. Les points à développer se situent plutôt aux deux extrémités du programme, soit la prévention-promotion à l'entrée et la réinsertion à la sortie.

La question de la réinsertion doit faire l'objet de réflexion et de concertation.

Réinsertion, on parle de quel niveau de réinsertion? De la réinsertion professionnelle, réinsertion sociale, réinsertion... » ...de un, on travaille toujours

dans ce sens-là, de dire : « qu'est-ce qui existe actuellement au niveau de la réinsertion? », Parce qu'un individu peut avoir eu une problématique Jeu, il s'en sort, ce dont il a besoin c'est un support de réinsertion. Si, par exemple, parce que de perdre son travail c'est la réinsertion à l'emploi, il peut très bien utiliser le service déjà existant (R1).

... j'ai toujours comme réflexe de l'amener à notre comité de coordination des deux régions. Si du côté de (la région A) eux autres ils ont leurs ressources, ça ne pose pas de problèmes, nous on va travailler à ce moment-là du côté de notre région. Si on se rend compte que : bien, il y a peut-être quelque chose à faire en commun, de développer une grille ensemble et on fait la démarche chacun de notre côté par la suite, bien ça s'y prête... (R1).

Pour ce qui est de la prévention et de la promotion de la santé, l'essentiel du plan déposé tient pour le moment dans l'utilisation des outils de campagnes de sensibilisation développés par le MSSS pour les milieux de travail et les jeunes. On aimerait que la question du développement des habitudes de jeu chez les jeunes soit plus approfondie, en particulier l'influence de l'utilisation des jeux vidéo sur l'attrait et l'engouement que peuvent produire certains jeux d'argent qui ont des caractéristiques semblables. La présence de la problématique du jeu chez les jeunes ne semble se transformer en demandes de services de traitement. Pour le moment, la région se concentre sur le développement des services pour les adultes pour lesquels il faut encore faire progresser la couverture. Ce qui signifie, entre autres, de faire des efforts continus de promotion des services.

..., parce que si on se fie aux statistiques, on devrait rejoindre tant de milliers de personnes, en théorie, donc c'est pour ça qu'on dit : « Il faut maintenir une certaine publicité ». Peut-être au niveau de promotion-sensibilisation aussi. Ça, ça va être à axer là davantage. ..., des fois il y a du travail, sur la façon plus pointue là. Moi, ma perception de ça, c'est peut-être d'outiller..., voir quels pourraient être les agents multiplicateurs. Je pense entre autres au milieu de travail, soit aux infirmières ou infirmiers qui sont dans les milieux de travail, ou soit en santé et sécurité au travail... (R1).

En résumé, la région B maintient son lien avec les structures de concertation conçues à l'origine pour le site-pilote, en bonne partie pour profiter des développements instrumentaux qui s'y réalisent, mais aussi parce que la proximité de la région A et les déplacements d'une région à l'autre d'une fraction importante des deux populations pour leur travail rend la coopération nécessaire pour des services qui ne sont pas si nombreux (surtout en interne). Cette ouverture à la concertation est mise en péril par une desserte territoriale assez vaste et de nombreux points de services qui multiplient les portes d'entrée, de même que par l'instabilité du centre de traitement interne qui, après avoir vécu des difficultés financières et de gestion, cherche maintenant à se refaire son image auprès de la clientèle. D'où une certaine ambiguïté face à la structure de pilotage interrégionale.

On verra, à long terme. Quand les services seront développés, on verra. Peut-être que là il y aura des réalités propres à chacune des régions. Ou quand nos

outils seront développés, peut-être qu'on deviendra autonome, je ne sais pas. ... puis on a toujours le souci de se dire, de reposer..., se reposer la question : « Est-ce qu'on a encore des choses à faire ensemble? » Si la réponse est « oui » pour tel niveau, tel niveau, bien on procède (R1).

3.4. LES RÉSEAUX RÉGIONAUX DU SITE-PILOTE #3

Le site-pilote #3 est composé des deux régions semi-urbaines couvrant de vastes territoires éloignés des grands centres. Ce site est caractérisé par une clientèle peu nombreuse et dispersée. En décembre 2002, ce site couvrait 5 % de la clientèle rejointe par le programme expérimental.

Région D

La région D vit en bonne partie la situation caractéristique d'un réseau disséminé.

... le grand défi qu'on avait dans le fond... c'était de voir comment on pouvait, sur à peu près 200 000 de population répartie sur un très, très, très grand territoire qui couvre, ne serait-ce que sur la longueur du littoral 250 km, comment on pouvait à la fois offrir des services qui soient de qualité et des services qui soient accessibles, parce que, évidemment, c'est toujours les deux éléments qu'on a en tête minimalement quand on veut déployer une gamme de services, tout ça. Alors il y a des défis, ne serait-ce qu'au niveau de la formation des intervenants, parce que, évidemment, les formations se donnaient toutes (à l'extérieur du territoire). Alors il y a des coûts évidemment reliés à ça, qui ne sont pas négligeables, mais on a fait former l'ensemble de notre monde quand même,... Alors ça ç'a déjà été un gros défi (R4).

... ce qu'on a pensé faire au départ, c'est de spécialiser deux intervenants qui couvriraient chacun quatre MRC, ne sachant pas quel pourrait être la demande, etc. Mais on a commencé à faire ça et on s'est aperçu très rapidement que, un, il y avait peu de demandes, mais les demandes venaient tellement de secteurs différents que les temps qui étaient alloués au déplacement et les coûts, évidemment, étaient tellement grands par rapport au peu de services qu'on offrait que ça avait comme pas de sens. Alors que c'est là que là on a revu nos choses avec le Centre de réadaptation où là, ce qu'on a fait, c'est que..., le Centre de réadaptation, lui, a onze points de services sur tout le territoire, donc ça devient, géographiquement beaucoup plus accessible. Donc, en ce sens-là, au niveau d'un de nos critères qui était l'accessibilité, en mandatant l'ensemble des intervenants en toxicomanie de notre réseau public, à ce moment-là pour faire, pour offrir des services de traitement externes en individuel, euh!, à ce moment-là c'était sûr que, au niveau de l'accessibilité des services, c'était de beaucoup supérieur à ce qu'on offrait auparavant. Par contre, l'autre côté qu'on avait, et ça c'est un peu un problème, c'est au niveau de la qualité du service, parce que, évidemment, il y a..., comme il y a peu de joueurs qui demandent de l'aide, il n'y a pas une grosse masse critique là. Donc les intervenants ont peu la

possibilité de développer une bonne expertise là-dedans. Bien il suivait un joueur, il suivait deux joueurs, trois joueurs, mais ce n'est pas comme en toxico ou peu importe où ils ont des « caseload » de 40-50 personnes là. Alors ça c'est un autre problème, mais, à ce moment-là, évidemment, on a dû faire des choix en se disant que, avec le temps, en faisant la promotion des services, etc., qu'on réussirait à tirer davantage de joueurs vers nos services et, à ce moment-là, que, en utilisant nos onze points de services, on aurait probablement une meilleure réponse si on améliorait la qualité, parce que les gens vont en faire plus là du traitement (R4).

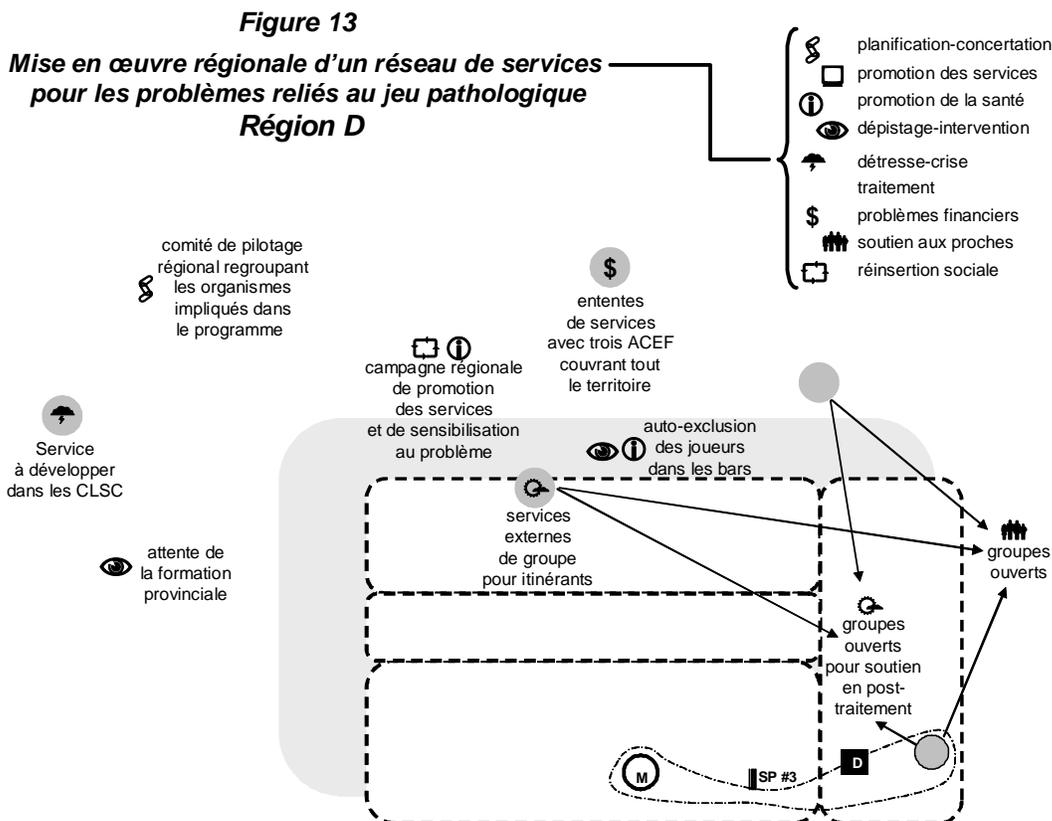
Pour les services externes, le territoire est couvert par un organisme public, ce qui est un changement par rapport à la situation initiale où un organisme communautaire donnait aussi des services externes, en accord avec les directives du MSSS. Cet organisme a maintenant le mandat des services internes, ce qu'il faisait déjà pour des personnes avec des problèmes de toxicomanie. Il a aussi eu le mandat de piloter, avec deux autres organismes communautaires (l'un s'occupant de toxicomanes, l'autre d'itinérants), le développement d'une programmation pour un groupe de soutien post-traitement servant à la fois aux joueurs des services externes et internes. Ce groupe vise la consolidation des acquis. Il est ouvert et il est accessible aux joueurs qui ont eu au moins quatre séances de traitement. Le groupe démarre à partir du moment où il y a trois joueurs. La programmation a été soumise au CQEPTJ pour un avis d'expertise.

Le même organisme communautaire a aussi reçu le mandat de développer un contenu de programmation pour faire un groupe de proches. Pour couvrir tout le territoire, il partage la mise en œuvre avec les deux autres organismes communautaires. Par la même occasion, pour susciter la demande, ces trois organismes s'occupent de la sensibilisation de la population à la problématique du jeu et de promotion des services. Ils se proposent pour donner des séances d'information sur demande. Les entreprises et les regroupements de personnes âgées sont particulièrement visés. Pour le moment, toutefois, le soutien aux proches n'est réalisé que pour les proches des joueurs de l'organisme public de traitement externe individuel.

La demande de traitement étant faible, les solutions de proximité gagnent en intérêt. Un des organismes communautaire impliqué dans le groupe de soutien a proposé d'offrir des services de traitement de groupe en externe. Leurs intervenants ont été habilités à utiliser l'approche du CQEPTJ par des formateurs régionaux. Ils ont pu faire une démarche de traitement avec une douzaine d'itinérants. Le traitement d'une seconde cohorte est en marche. Ce programme de traitement en groupe pourrait éventuellement être transféré aux deux autres organismes communautaires. Cette démarche, qui semble attirer plus facilement les joueurs que celle du traitement individuel, n'est pourtant pas à elle seule la solution à la promotion de la demande.

... le groupe de traitement est plus populaire, mais c'est vrai puis ce n'est pas vrai, dans le sens où c'est vrai mais c'est que (l'organisme pour itinérants), de par la clientèle qu'il dessert déjà, il y a beaucoup de gens qui ont des problèmes de jeu. Donc le recrutement est très facile à ce moment-là pour eux autres, ce

qui n'est pas le cas là pour les autres ressources. Donc ça, dans ce sens-là, c'est plus facilitant et ça semble être assez gagnant là, ... Par contre, c'est offert juste dans deux MRC, dont une qui est la plus populeuse ..., La viabilité du groupe là, ce n'est pas simple ça non plus, parce que ça te prend quand même un bon bassin de population ... (R4).



La demande pourrait aussi être augmentée dans les deux centres urbains de la région si le projet proposé d'auto-exclusion des joueurs des bars reçoit l'aval du MSSS. Tous les organismes de traitement pourraient alors profiter de cette démarche puisque les joueurs dépistés pourraient autant vouloir bénéficier d'un traitement individuel que d'un traitement en groupe. On veut faire la promotion des deux types de services. Des dépliants et des affiches sont déjà distribués dans toute la région. Trois conférences de presse ont été données dans les plus grosses villes. Une tournée de regroupements et d'associations va bientôt débuter avec une démarche d'animation à partir du film « Maudite machine ». On entend y rejoindre les propriétaires et les employés de bars et tavernes qui se sont montrés intéressés, car le problème dominant de la région est le jeu aux appareils de loterie-vidéo.

La promotion des services et la référence peuvent se faire aussi par les ACEF dont trois ont une entente avec l'Agence pour donner des services dans la région. Elles sont parfois les premières contactées par les joueurs pour les aider à gérer les conséquences financières du jeu. Elles peuvent alors être une source de référence. Dans le même sens, une tournée des

syndics de faillite est en cours pour les sensibiliser au problème et les informer de la gamme de services.

Il reste trois dossiers pour lesquels une organisation formelle est encore à faire. Le premier touche la référence de première ligne. La région attend la formation provinciale pour aller de l'avant. Il reste que la presque totalité des points de services de l'organisme public sont logés dans des locaux de CLSC et d'hôpitaux et que, par conséquent, la sensibilisation de ces milieux à l'existence de services pour le jeu pathologique est présente. Le même phénomène joue pour la question de la réinsertion.

... le responsable de (l'organisme public) s'assure que son personnel connaît bien l'ensemble des ressources qui peuvent aider les personnes dans leur milieu.

Puis comme ces intervenants-là sont déjà des CLSC, bien ils connaissent déjà les ressources. Donc ils peuvent référer des fois à la troisième porte là, tu sais ou donc, c'est ça, dépendamment de la problématique là. Donc, parce que, au niveau de la réinsertion sociale ou de la prévention de la récidive... ils peuvent faire un certain nombre de rencontres, mais ça va être beaucoup d'utiliser les ressources existantes dans le milieu (R4).

Pour les services de crise, la question est plus complexe dans la mesure où on voudrait les développer sous la forme 24/7 dans chacun des milieux ou des CLSC, pour les problématiques de toxicomanies et de jeu. Pour le moment, seule une des grandes villes de la région a un centre de crise. Ce projet est sur la planche à dessin de l'Agence.

Pour ce qui est de la concertation, la région a mis sur pied un comité de pilotage pour le jeu qui regroupe les organismes de traitement. Amener les services publics à travailler en collaboration avec les organismes communautaires a été le premier défi relevé et ce, malgré la situation potentielle de concurrence créée par le développement du traitement en groupe par le communautaire. Le second a été de faire converger le travail de trois organismes communautaires pour couvrir la totalité du territoire. Le site-pilote ayant été démantelé, il n'y a plus de relations formelles avec la région voisine. Il y a par ailleurs des consultations informelles sur la planification, et un accord pour qu'elle puisse utiliser les services d'un des ACEF qui se situe près de sa frontière. Sans en nier l'intérêt toutefois, l'existence d'un site-pilote laissait voir avec encore plus d'amplitude le problème de ressources liées au parcours de longues distances.

Pour résumer, la région D a dû en quelques années modifier son paysage organisationnel pour se rapprocher d'une clientèle dispersée. Au départ un organisme public et un organisme communautaire proposaient, avec des ressources dédiées au jeu, des services de traitement individuels externes. Ce système ne permettant pas une couverture rentable, l'organisme public a dû former plus de ressources et les répartir dans ses nombreux points de services, limitant toutefois leur possibilité de prendre de l'expérience en traitant plusieurs joueurs. De son côté, l'organisme communautaire s'est concentré sur le traitement interne et le développement, en collaboration avec deux autres organismes communautaires, de

groupes de soutien pour les joueurs et les proches. Dans ce contexte, un des nouveaux groupes communautaires a amorcé un programme de traitement de groupe pour les itinérants de son propre milieu. Ce travail sur l'offre de services à proximité, couplé à la sensibilisation au problème sur toutes les tribunes disponibles, est au centre des efforts de promotion dans la région. L'avenir dira si ces efforts permettront de rejoindre cette fraction de joueurs pathologiques qui semblent, pour diverses raisons, ne pas se rapprocher des services de traitement.

Région C

La situation de base de la région C est sensiblement la même que celle de la région précédente, soit une demande faible sur un vaste territoire encore moins urbanisé. Cette situation exige une dispersion territoriale des ressources avec les difficultés que cela présente pour le développement de l'expertise et la gestion des ressources.

Ce qu'on a privilégié, c'est plutôt de faire en sorte que les intervenants en toxico, qui offrent des services à l'externe dans chacune des MRC, puisqu'ils ont leurs bureaux dans des CLSC, donnent le service. ...tous ces gens-là étaient déjà majoritairement à cinq jours semaine dans leurs tâches toxico, donc ça posait un problème. Ce qui fait que quand les services sont devenus pratiquement permanents, ç'a été l'obligation pour l'établissement d'engager des personnes à une journée, une journée et demie semaine par MRC. Donc, au niveau de l'accessibilité, ça favorisait l'accessibilité aux... gens dans leur milieu naturel de vie. Par ailleurs, pour l'établissement, ça posait un sérieux problème de gestion, parce qu'on a six MRC, ça veut dire six personnes à une journée, une journée et demie sur le mandat « Jeu pathologique ». ..., si ça avait été un poste par MRC pour le jeu, ça aurait été moins problématique, la rétention des professionnels est plus facile.

Mais à une journée semaine, ça veut dire que c'est des gens qui travaillent ailleurs à trois jours semaine, quatre jours semaine puis qui complètent leurs semaines avec une journée en jeu. Mais, par contre, c'est un peu le..., un mal nécessaire parce qu'on ne pouvait pas envisager d'avoir un intervenant ou un intervenant et demi pour l'ensemble de la région...

Ça ç'a été réalisé, ce n'est pas facile à gérer puis ça crée des problèmes aussi au niveau du volume. Évidemment, parce qu'un intervenant qui a peu de volume là, de cas à traiter, développe moins rapidement une expertise là plus poussée. Mais par ailleurs, c'était le prix à payer, je vous dirais, pour que les gens puissent avoir accès directement là à un service.

... on ne peut pas demander évidemment aux établissements, en termes d'accessibilité, d'offrir un service aux joueurs en termes d'accessibilité qui est supérieur à ce qui se donne aux autres clientèles. Donc, évidemment, chez nous, dans notre région, et c'est un problème pour toutes les clientèles, c'est les heures d'ouverture de bureau. Ça veut dire qu'il n'y a rien le soir, puis il n'y a rien les fins de semaine. Mais c'est vrai pour la clientèle toxicomane, santé

mentale, jeunesse, etc. Donc les joueurs n'ont pas plus ou moins de services que les autres clientèles là (R2).

Le problème de gestion a été accentué par le fait qu'un organisme communautaire prévu originellement pour donner des services externes à la moitié du territoire n'a jamais pu développer une programmation qui satisfasse aux critères de l'Agence, ce qui fait que l'autre organisme, public, choisi pour couvrir l'autre moitié du territoire, a dû en réalité développer des services pour l'ensemble. L'éloignement des points de services par rapport à l'organisme directeur devenait ainsi plus grand.

La faible demande est principalement interprétée comme une faiblesse dans la promotion des services.

On n'a pas défini d'objectifs puis pour la simple et bonne raison que le problème, présentement, c'est un problème inverse, ce n'est pas qu'il y ait trop de joueurs, c'est qu'on a peu de demandes. Puis euh!, le problème c'est que, bon, moi je prévois..., l'hypothèse que je pose c'est qu'il y a des problématiques de jeu, parce que les intervenants nous disent, sur le terrain : « écoutez, on en voit des joueurs, on voit les difficultés que vivent les personnes là en lien avec la problématique du jeu. » Mais en contrepartie, il n'y a pas d'information qui est faite sur les services, et ça c'est la responsabilité de la Régie. Fait qu'évidemment, il y a peu de demandes qui rentrent au centre de réadaptation pour des services, parce que moi, l'hypothèse que je pose c'est que, autant au niveau des joueurs que des proches des joueurs, les services sont peu connus. ..., la responsabilité de faire la promotion des services, d'informer le public, ça relève de la Régie régionale, ça ne relève pas de l'établissement (R2).

L'hypothèse de la confidentialité qui serait un obstacle à la consultation des services pour le jeu pathologique est rejetée parce que le même phénomène serait observable pour les autres problématiques d'alcoolisme, d'autres toxicomanies et de santé mentale, ce qui n'est pas le cas. Comme pour les personnes affectées d'un de ces autres problèmes, le joueur pathologique qui le désire peut demander à être traité dans un point de services plus éloigné de son lieu de résidence. Par conséquent, la perspective de l'Agence est de pousser le travail de promotion des services, de manière continue (contrairement aux démarches plus ponctuelles des deux dernières années) en particulier pour les services aux proches dont la nouveauté n'a pas produit l'effet escompté sur le plan de la demande (une programmation plus serrée est en développement par l'organisme de traitement externe). Cette optique est aussi accompagnée du souhait d'ouvrir un peu plus les critères de sélection pour atteindre une cible plus large de joueurs problématiques et leurs proches, d'autant plus que la problématique du jeu dans cette région n'est pas liée à la présence d'un casino et d'un grand nombre d'appareils de loterie-vidéo mais bien au contexte d'appauvrissement qui peut être accentué par le développement d'habitudes de jeu dans certaines familles.

...l'hypothèse qu'on a c'est qu'il ne faut pas juste promouvoir les services, mais il faut informer les gens sur la problématique et nous, ici, notre approche, c'est d'offrir le service, pas nécessairement aux joueurs pathologiques, mais aux

joueurs, entre guillemets, excessifs. Donc c'est d'ouvrir un peu plus, parce que si on se limite strictement aux joueurs dits pathologiques, euh!, moi je pense qu'on risque d'avoir moins de demandes. Et c'est de dire aux gens : « écoutez là, quand est-ce qu'on peut considérer qu'on a un problème de jeu? C'est tu seulement qu'on est vraiment selon le DSM-4 joueur pathologique ou si on peut peut-être bénéficier de certains services avant d'en être rendu là ». Donc on veut élargir notre offre de services aussi aux gens qui ont d'autres..., un problème là mais qui n'est pas nécessairement là « étiquetables » « joueurs pathologiques ». ...notre hypothèse, c'est qu'il y a beaucoup de personnes âgées, beaucoup de gens à revenus modestes et on pense que l'achat de billets de loterie, c'est plus important que les appareils de loterie-vidéo, parce que ce que les intervenants nous disent, que les dépanneurs nous disent, c'est : « écoute là, des gratteux, ici, on en vend là » et vu que c'est une population à très bas revenu, majoritairement dans notre région, personnes âgées, assistés sociaux, euh!, quand t'achètes pour 25 \$ de billets de loterie par semaine, ç'a des impacts majeurs sur tes autres dépenses là. ...on pense aussi qu'au niveau social, même si ce n'est pas un joueur pathologique, comme je vous dis, s'il dépense 15 \$ ou 20 \$ par semaine dans les billets de loterie, qui est à..., une mère ou un père qui dépense autant d'argent, ç'a de l'incidence sur les enfants, sur leur capacité à les habiller adéquatement, à les nourrir adéquatement. Donc, c'est une intervention peut-être moins de traitement ou de traitement et de prévention en même temps, parce que je ne sais pas comment la qualifier, mais euh!, qui risque d'avoir des effets positifs pour empêcher des problématiques de se développer, puis pas juste au niveau des joueurs, au niveau des familles, au niveau des enfants (R2).

Cette région n'a pas de services de traitement interne pour les joueurs pathologiques. Depuis les débuts du programme expérimental, l'Agence a accepté de payer les frais de transport et de traitement pour que certains joueurs puissent bénéficier de services dans un centre interne d'une autre région. Devant les coûts élevés de cette solution (environ 1 500 \$ par joueur), l'Agence a demandé à l'organisme de traitement externe d'estimer le coût de la mise en place d'un projet d'hébergement à court terme pour les situations où les joueurs ont besoin d'un milieu de stabilisation. Ce coût étant plus élevé que ce que celui de l'envoi de quelques rares cas en services internes à l'extérieur de la région, les responsables régionaux ont décidé de maintenir ce recours aux ressources des autres régions en précisant toutefois des lignes directrices qui visent à s'assurer que le besoin est réel (évaluation rigoureuse) et que le joueur pourra bénéficier du traitement jusqu'au bout.

La région C ne peut aussi, dans le cadre de ses services de traitement, bénéficier du soutien d'ACEF (sauf pour une entente limitée à un territoire limitrophe avec la région voisine) pour intervenir auprès des joueurs sur les questions de rétablissement des finances. On songe à développer des ententes de services avec des comptables ou des notaires pour rendre de tels services.

Pour ce qui est du dépistage des joueurs pathologiques et problématiques, la région est en attente de la formation promise par le MSSS pour les intervenants de première ligne. De leur

côté, les services d'intervention de crise devant être mis en place vont l'être pour un large spectre de problématiques, dont le jeu pathologique.

...dans la région, on essaie de mettre en place des services de crise dans chacune des MRC pour toutes les clientèles, toutes problématiques confondues. Et il est bien évident qu'on ne peut pas développer un service de crises exclusivement pour les joueurs, ...

Je vous dirais que c'est à la pièce et au cas par cas, c'est souvent les services policiers qui interviennent et... Parce que les CLSC n'ont pas de services 24/7 présentement à offrir à la population, que ce soit aux toxicomanes, que ce soit aux femmes victimes de violence ou peu importe là, il n'y a aucun service sauf dans une MRC. Ce qui fait que c'est vraiment à développer et le jour où ça sera développé, bien évidemment la clientèle des joueurs là pourrait avoir réponse (R2).

Tout le domaine de la prévention a aussi été identifié dans la nouvelle programmation de l'Agence. Elle vise les groupes-cibles spécifiés par le MSSS, soit les jeunes, les personnes âgées et les propriétaires de bars. Un professionnel devrait être embauché par l'Agence pour mettre en marche ce dossier. Une des difficultés de développer des projets de prévention couvrant l'ensemble du territoire est le fait que les organismes communautaires intervenant en toxicomanie, qui sont les plus susceptibles de s'intéresser au jeu, ne sont pas convaincus de vouloir sortir du couloir tracé par l'approche AA. On sait que la tentative d'intégration d'un de ces organismes dans le traitement externe fondé sur l'approche du CQEPTJ avait été un échec. L'Agence est donc toujours à la recherche de partenaires pour la prévention.

La région C est donc en train d'organiser les services d'intervention sur les problèmes de jeu qui sont à la périphérie de ceux du traitement externe et le problème majeur en est un de ressources limitées, dispersées sur un vaste territoire, pour des populations-cibles qu'il est difficile de rejoindre. La présence passée d'un site-pilote n'avait qu'une utilité marginale pour faire face à cette situation puisqu'il n'était pas pensable que les organismes en présence puissent déborder de leur aire de couverture. Les rencontres devaient aussi être limitées à cause des coûts liés aux déplacements. Seul le partage des expertises développées par les deux régions a donné de la valeur à cet épisode du programme expérimental.

...ça devenait très compliqué à gérer puis je vous dirais que même dans nos régions respectives d'organiser l'offre de services, compte tenu de l'étendue du territoire pour chacune des régions, c'était... un méchant casse-tête. Fait que de mettre en commun les services pour les deux régions, parce que c'était un peu l'esprit du site pilote. Nous, ce qu'on avait compris, ça devenait pratiquement impossible. Donc, ce qu'on faisait, c'est qu'on essayait de faire en sorte que... chacune des régions puisse bénéficier de l'expertise développée par l'autre région. Ça a été à peu près ça là le but recherché là dans nos rencontres, mais en termes de services, de mise en commun ou autant pour l'interne que pour les approches de groupe, ça devenait pratiquement impensable de mettre en place des services comme ça (R2).

La région C est sans doute celle qui possède le plus les caractéristiques d'un réseau disséminé. Avec en son centre un organisme qui traite un nombre réduit de joueurs en externe, l'intégration des autres dimensions de l'intervention se fait sur la base d'ententes avec d'autres régions mais principalement dans la capacité d'une majorité de thérapeutes dispersés à couvrir les nombreux besoins. L'obligation d'avoir une clientèle plus large en toxicomanie et la localisation dans un organisme de services de première ligne peuvent permettre des interventions de proximité plus rapides, mais le développement de l'expertise sur la problématique du jeu ne peut pas profiter d'échanges fréquents entre thérapeutes sur de nombreux cas. L'expertise est elle aussi disséminée.

3.5. LE RÉSEAU RÉGIONAL DU SITE-PILOTE #4

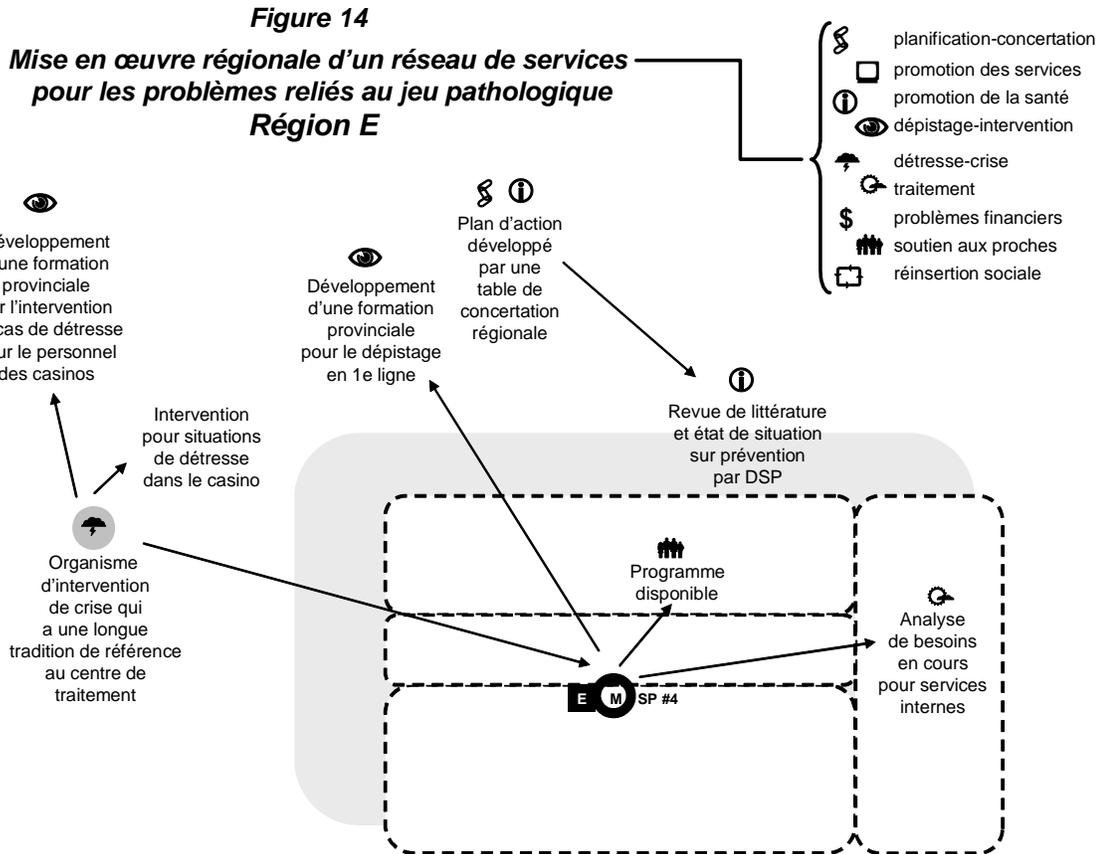
Le site-pilote #4 est constitué d'une seule région qui a un casino sur son territoire. Ce territoire couvre 6 % des joueurs traités en 2003.

Région E

La région E présente une importance particulière dans le développement du programme expérimental parce qu'elle a été pionnière, dès 1998, dans le développement des services d'intervention de crise et de traitement externe des joueurs pathologiques. La présence d'un casino dans un espace urbain bien délimité et de services déjà intégrés en toxicomanie semble avoir créée, plus rapidement qu'ailleurs au Québec, les conditions d'une prise de conscience de la problématique et de la nécessité du développement de services pour les joueurs pathologiques. Le MSSS a reconnu cette expertise en finançant dès le début du programme expérimental le tandem formé par le centre de crise et l'organisme de services externes de traitement qui forme le noyau du réseau de cette région.

Cette reconnaissance est manifeste dans le fait que le centre de crise a le mandat d'intervenir au casino sur appel pour des situations de détresse. Mais il a aussi la tâche de donner une formation aux enquêteurs et infirmières du casino pour que ceux-ci puissent mieux détecter les joueurs en détresse et les référer au besoin vers les services appropriés. Cette formation a été l'occasion d'amorcer une réflexion sur son absence d'impact apparent sur l'augmentation de la référence, réflexion qui révèle la complexité du phénomène. Plusieurs hypothèses ont été soulevées : le fait que les joueurs en détresse soient détectés mais ne veuillent pas être référés (on discute la possibilité d'obtenir l'accord du joueur pour qu'un professionnel du centre de crise le rappelle plus tard), le fait que les enquêteurs soient trop peu nombreux et aient trop peu de temps à consacrer à cette tâche (on discute la possibilité de former plus de personnes qui circulent sur le plancher), le fait qu'une fraction importante des joueurs proviennent de la province limitrophe (63 % des auto-exclusions du casino proviendraient de cette province) et ne peuvent donc être référés au Québec. Devant le fait aussi que la majorité des joueurs en traitement sont des victimes des appareils électroniques de jeu, et que ces appareils se retrouvent aussi dans les bars, il serait sans doute nécessaire de former les tenanciers et le personnel de bars. On se demande aussi dans la région si on ne devrait pas former ceux qui sont souvent les premiers intervenants dans des situations de crise, soit les policiers et les ambulanciers. En tout état de cause, les conclusions sur l'expérience de formation au casino sont attendues par les autres

organismes d'intervention pour les situations de détresse dans les deux autres casinos de la province. Le MSSS anime les échanges entre les acteurs impliqués dans ces situations.



Le centre de crise est aussi depuis longtemps une source de référence pour l'organisme de traitement externe des joueurs. L'importance quantitative de cette référence est difficile à cerner puisque la problématique du jeu ne se révèle pas nécessairement au premier abord et que la référence peut être fondée sur une autre base.

Ce qui est difficile à évaluer par le centre de crise, c'est que souvent la demande initiale pour la crise n'est pas nécessairement le jeu pathologique. C'est en grattant par la suite avec une intervention, le thérapeute va constater ou le professionnel va constater qu'il y a aussi un problème de jeu qui est présent. Mais l'élément déclencheur qui a initié la demande d'aide initiale, ça peut être une crise psychotique, ça peut être un problème de consommation d'alcool ou de drogues ou les idéations suicidaires ou quelqu'un qui veut passer à l'acte, tout ça. Mais ça vient subséquemment là, oups!, il y a un problème de jeu là qui ressort. Donc, au plan statistique, c'est un peu difficile là à bien cerner (R6).

Sur le plan urbain, l'organisme de traitement externe des joueurs peut compter sur deux thérapeutes à temps plein. Par ailleurs pour les cinq régions rurales du territoire qu'il a à couvrir, il doit opérer lui aussi une certaine dispersion des ressources à raison d'un thérapeute à une journée par semaine. Ce mode d'organisation oblige nécessairement à se limiter à l'approche thérapeutique individuelle alors qu'en milieu urbain les deux sont possibles. Il peut aussi y avoir certains problèmes de délais d'intervention.

...nécessairement, ça l'amène la problématique suivante, c'est que la thérapie individuelle, elle est possible dans ces milieux-là. Toutefois, il peut y avoir un certain délai avant, entre les rencontres ou même avant la première rencontre, OK, de deux à trois semaines, ça peut jouer dans ce sens-là. Puis dans un deuxième temps, l'autre chose que ça soulève un peu aussi comme problématique, c'est la thérapie de groupe qui est simplement là, actuellement, disponible en milieu urbain. En milieu rural, il n'y en a pas. Alors les gens doivent se déplacer en milieu urbain pour suivre une thérapie de groupe (R6).

La croissance de la demande est constante depuis 1999, tant sur le plan urbain que rural, que des joueurs ou leurs proches. Cette croissance n'a pas été accompagnée d'une augmentation correspondante des ressources, ce qui a entraîné le recours à l'approche thérapeutique de groupe.

Puis une des choses qu'ils font depuis 2001-2002, compte tenu que la demande est croissante mais que les effectifs ne suivent pas nécessairement non plus, ils favorisent beaucoup l'approche de la thérapie de groupe et juste pour vous donner une idée, en 2001-2002, il y avait 24 sessions de groupe qui avaient été données pour un total de 208 personnes qui avaient été desservies de cette façon-là, ce qui faisait une moyenne de neuf participants en moyenne par session de thérapie. Et 2002-2003, je sais que ç'a doublé. Je n'ai pas le chiffre officiel, je l'attends toujours là et le nombre de gens qui ont été desservis de cette façon-là, mais il semble prioriser nécessairement cette façon d'être, cette façon de faire compte tenu qu'ils n'ont pas plus d'intervenants pour être sur le terrain. Mais ils sont rendus quand même à un niveau là, je vous dirais, maximal et comme on dit, l'élastique est vraiment étiré là. Euh!, et euh!, c'est sûr que si une croissance se poursuit, euh!, il va y avoir nécessairement un besoin d'ajout d'effectifs là sur le terrain là (R6).

L'organisme de traitement a connu aussi une période difficile sur le plan du roulement du personnel. Il a perdu coup sur coup ses deux thérapeutes les plus expérimentés (dont l'un embauché ailleurs en province) et les remplacements n'ont été pour une certaine période que temporaires. Ce roulement élevé expliquerait le taux plus élevé d'abandon du traitement observé pour cette région, de même que le peu d'efforts consentis au suivi post-traitement des joueurs. Cette situation est en voie de résolution. Le suivi post-traitement, entre autres, est plus systématique.

Et depuis, ...ils ont fait certains correctifs pour vraiment instaurer de façon systématique un suivi auprès de cette clientèle-là et même des relances, parce qu'il y a eu des gens qui avaient des services au niveau de la thérapie ... qui

abandonnaient sans signifier quoi que ce soit et qu'il n'y avait pas un rappel de l'établissement pour voir ce qu'il en était puis des relancer un petit peu. Alors, ce qu'ils ont constaté d'eux-mêmes, c'est que lorsque l'intervenant ou l'intervenante relance, souvent il raccroche le client et le client poursuit sa thérapie. Donc, ce qu'ils m'ont dit c'est que, dorénavant, systématiquement là, ça va être exigé au niveau des thérapeutes de vraiment maintenir une chronologie serrée et de faire aussi le suivi et les rappels là en conséquence là. Donc il y a eu des réajustements en ce sens (R6).

Le nombre de proches demandant des services étant en augmentation, il y a eu un effort pour développer et systématiser un programme de soutien qui se rapproche de la démarche préconisée pour les proches des Alcooliques anonymes. Par ailleurs, tout ce qui concerne la réinsertion sociale est en veilleuse, se limite à la réflexion.

La région E n'a pas de services internes pour le traitement du jeu pathologique. Deux demandes récentes pour un tel traitement, qu'on a réglé en défrayant le coût de services hors territoire, a provoqué une période de réflexion sur la nécessité ou non de développer ce service dans la région. L'organisme de traitement externe évalue actuellement le besoin. La décision est à venir. Ce centre a eu aussi le mandat provincial de développer, en collaboration avec l'université locale, une formation pour les intervenants de première ligne pour l'accueil, le dépistage et la référence des joueurs pathologiques.

Il y a eu neuf formations qui ont été données... avec ce programme expérimental de formation pour l'intervention de première ligne. Il y a eu 99 intervenants provenant de différents milieux, entre autres d'organismes communautaires, de CLSC, certains médecins, les organismes aussi qui s'occupent de la gestion financière, etc., les gens aussi qui sont associés au programme d'aide aux employés, etc. Donc, pour la majorité, c'est des gens qui proviennent d'organismes ou d'établissements de milieux urbains. Je vous dirais, la proportion est à peu près de trois intervenants urbains pour un intervenant là du rural.

... les résultats préliminaires, c'est que les gens qui ont reçu la formation ont vraiment apprécié le contenu, ont vraiment apprécié aussi la formule ainsi que le regard nouveau que ça leur amenait pour la problématique de jeu pathologique. Toutefois, euh!, compte tenu de certains problèmes au niveau de l'évaluation, au niveau du suivi, on n'est pas vraiment en mesure de vérifier si ça l'a une incidence ça sur le nombre de références. Si ç'a été à la hausse suite à la formation reçue à titre de l'intervenant de première ligne pour le dépistage.

Ce qu'on a pu constater c'est que le nombre de références n'a pas vraiment eu quelque chose de majeur compte tenu que le post-test a été envoyé disons trop tardivement, mais je vous dirais peut-être six, sept mois après avoir reçu la formation pour la plupart. Donc il y avait, disons, comme un laps de temps un peu trop grand pour voir si, effectivement, ça avait eu une incidence ou pas là sur le taux de références là, les clients qui étaient aux prises avec un problème de jeu là.

Toutefois, ce que les gens ont répondu, ça leur a vraiment ouvert nécessairement là les connaissances à l'égard du jeu pathologique puis, en tout cas, les gens trouvaient ça aidant au moment qu'ils ont reçu la formation. Mais à savoir si ça l'a un impact par la suite, ça va être, nécessairement à valider, à vérifier de nouveau là (R6).

En ce qui concerne la prévention, la région E a produit un plan d'action pour lequel étaient mobilisés différents acteurs de la région regroupés dans une table de concertation sur le jeu pathologique. Pour en arriver là, la Direction de santé publique a réalisé un état de situation à partir d'une revue de littérature. Ce travail a donné certaines pistes d'action qui doivent être encore discutées et précisées prochainement à la table. L'information et la sensibilisation des travailleurs et des jeunes sont deux des priorités retenues.

... j'irais nécessairement éventuellement là compte tenu qu'on parle de plus en plus de la trousse de prévention en milieu de travail, il y a le responsable des délégués sociaux puis la Fédération des travailleurs du Québec ainsi que ceux de la CSN qui sont présents. Je sais que pour cette année entre autres, il devrait y avoir une campagne en regard de toutes les infirmières en milieu industriel qui vont faire entre autres la prévention au niveau du jeu pathologique cette année, ça devrait être le thème principal. Euh!, donc, j'imagine et je suis déjà en contact avec ces gens-là pour voir, justement, de faire un portrait des différentes entreprises actuellement syndiquées qui, nécessairement, pourraient être..., bénéficier de programmes de formation, entre autres, pour les travailleurs et les travailleuses sur le terrain en ce qui concerne la problématique de jeu. Euh!, entre autres, la Fédération des travailleurs du Québec, on a un programme actuellement de délégués sociaux nous en Outaouais. Euh!, ce que je sais c'est qu'il y a une bonne partie des délégués sociaux de la CSN ont été formés. La FTQ se propose, cet automne aussi, de former le personnel en conséquence, entre autres à partir de la formation des intervenants de première ligne.

Et puis il y a tout l'aspect des jeunes actuellement qui est préoccupant aussi, que la Table s'est attardée, mais qu'on te cherche des modèles d'intervention puis de la prévention. Euh!, il y a ça. Et autre problématique aussi qu'ils vont..., qu'on veut regarder aussi, c'est les personnes âgées. Donc c'est aussi dans..., comme on le dit, dans le collimateur là pour voir qu'est-ce qu'on peut établir là comme services pour ces personnes-là aussi (R6).

La réflexion de la Table de concertation ne manque pas de faire ressortir aussi le paradoxe de l'État qui fait la promotion du jeu et en tire profit, d'une part, avec celui d'un État-providence qui cherche à en contrôler les méfaits. D'où le fait qu'une démarche de prévention doit peut-être aussi se préoccuper du marketing fait pour l'incitation au jeu.

... ce qu'on dit, c'est que : « avant de bien orchestrer toute intervention de prévention sur le terrain ou même de traitement, il va peut-être aussi falloir s'adresser aussi en même temps à tout l'aspect d'accessibilité et de marketing

exigé actuellement, que prône en même temps le gouvernement, compte tenu que ça a un effet aussi direct sur le nombre de joueurs puis incidemment sur le nombre de joueurs qui ont des problèmes avec ça » (R6).

Donc, pour résumer, la région E se caractérise à la fois par une vision plus intégrée de la problématique du jeu qui mobilise un plus large spectre d'acteurs régionaux et par une tradition d'expérimentation qui lui permet de développer des projets ayant des retombées provinciales (en particulier, la formation pour la première ligne et celles pour le personnel des casinos). Toutefois, son infrastructure de services de traitement a dû faire face à une forte augmentation de clientèle et a connu toutefois des difficultés temporaires sur le plan des ressources et de la capacité d'avoir un accompagnement serré des joueurs en traitement. Elle demeure incomplète sur le plan des services internes et de la réinsertion. La combinaison d'un territoire urbain et d'une tradition solide en intervention sur le jeu d'une part, et la dispersion d'intervenants à temps partiel sur un grand territoire rural d'autre part, en font un réseau de services qui est à la frontière du concerté et du disséminé.

4. CONCLUSION

Dans le rapport précédent (rapport 6), nous avons abordé l'adaptation du programme principalement sous l'angle des ajustements opérés par les organismes de traitement dans leur offre de services pour les joueurs pathologiques. Nous avons ainsi pu constater que les organismes de traitement faisant partie du monitoring évaluatif avaient développés différents moyens pour incorporer le programme du CQEPTJ à leurs interventions auprès des joueurs.

Le présent rapport, qui complète le rapport 6, nous a permis d'aborder l'adaptation du programme expérimental sur le jeu pathologique sous un nouvel angle, celui de l'intégration en réseau des services aux joueurs, à leurs proches et à la population. De fait, le travail d'évaluation portait, cette fois, davantage sur les orientations données par le MSSS et les Agences aux organismes de traitement. Le Plan d'action gouvernemental (Table de concertation interministérielle sur le jeu pathologique, 2002) mis de l'avant en 2002 par MSSS ainsi que les directives et le leadership exercés par les Agences ont fortement influencé la manière dont les différents réseaux de services pour les joueurs et leurs proches se sont déployés.

Basé sur l'analyse d'une série d'entrevues réalisées à l'été 2003 auprès des coordonnateurs régionaux et des directeurs-coordonnateurs des organismes de traitement, ce rapport dégage les différents types de réseaux tels qu'ils se présentaient deux ans après l'implantation du programme expérimental. L'analyse du système d'implantation nous a permis de dégager trois types fondamentaux de réseaux, le réseau concerté, le réseau agrégé et le réseau disséminé. Si chaque région tend à prendre la forme de l'un ou de l'autre de ces types, aucune ne correspond parfaitement à l'un d'eux, chacune se situe plutôt dans un espace où se superposent les types et peut évoluer dans le temps.

Dans la troisième section du rapport, nous avons vu que le réseau concerté vise à offrir des services adaptés aux besoins du client en faisant travailler les organismes de traitement en partenariat. Il repose sur une division du travail inter-organismes où chacun des centres développe un domaine d'intervention spécifique et complémentaire. Il représente le réseau idéal parce qu'il respecte un budget limité, permet de couvrir de vastes territoires, évite de dédoubler les expertises et favorise le maintien de l'identité organisationnelle. Il est cependant difficile à atteindre car il nécessite non seulement des mécanismes de coordination forts et une volonté de la part des organismes de traitement à se plier à des mécanismes d'aiguillage visant à diriger les clients vers les ressources appropriées mais requiert aussi une clientèle suffisante pour permettre la survie de chaque organisme et éviter que ceux-ci ne se trouvent en position de compétition pour l'obtention de nouveaux clients.

Le meilleur exemple de réseau concerté est sans contredit celui développé par le site-pilote 2 où les structures de concertation supra-régionales favorisant la division du travail inter-organismes mises en place dès le début demeurent malgré un certain repli régional. Rappelons que dans les régions A et B les vocations initiales des organismes ont toujours été respectées et valorisées ce qui a sans doute fortement contribué à créer un climat de

partenariat favorable à l'élaboration d'un modèle de trajectoire visant à favoriser un accès coordonné aux services.

De plus, comme nous avons pu le constater dans l'analyse des entrevues, deux autres régions, les régions F et H, semblent se diriger vers un réseau concerté. Ces régions, qui ont beaucoup gagné de la dissolution du site-pilote 1, sont en effet toutes deux en train de revoir la division du travail sur leur territoire en s'ajustant davantage aux vocations initiales des organismes de traitement et en élaborant des mécanismes de concertation régionale.

À sa façon, le réseau mis en place dans la région E peut aussi être qualifié de concerté dans la mesure où il est caractérisé par une vision intégrée de la problématique du jeu dans laquelle plusieurs acteurs régionaux sont mis à contribution.

Malheureusement, toutes les régions ne peuvent se vanter d'avoir un réseau concerté et ce, tant pour des raisons d'ordre organisationnelles que factuelles. Comme nous avons pu le constater à la section 3.2, dans la région G, malgré la dissolution du site-pilote et le repli régional, c'est un réseau de type agrégé qui se maintient. Ce réseau résulte de la présence de nombreux organismes ayant un mandat semblable et d'une très forte demande de services de traitement. Dans cette région, la coordination est principalement bilatérale dans la mesure où la région discute individuellement avec chaque organisme de traitement. Le développement des services est axé sur la résolution des problèmes immédiats plutôt qu'une vision à long terme. Cela a pour effet de renforcer les initiatives locales de diversification intra-organisme des services et de créer une concurrence entre les organismes.

Pour d'autres régions, cependant, la situation est fort différente. Parce que leur clientèle est répartie sur un vaste territoire et que la demande de service est très faible, celles-ci se retrouvent à former des réseaux que l'on a qualifié de disséminés. C'est le cas notamment des régions C et D, deux régions de l'ancien site-pilote 3, pour lesquelles un seul organisme offre des services de traitement en externe dans une multitude de points de services. La demande étant faible et les ressources limitées, la solution consiste alors à former les intervenants de chacun des points de services. Les professionnels n'accordant généralement que l'équivalent d'une journée ou deux au jeu, le développement d'une expertise en traitement du jeu est plus difficile à atteindre et la formation continue et à distance devient primordiale. D'autres régions, les régions H et E vivent aussi certaines contraintes liées à un réseau disséminé de par l'étendue du territoire qu'elles ont à couvrir et du nombre important de leurs points de services. Toutefois, ces contraintes sont moindres car leur siège social est situé dans une grande ville et que la demande de services est forte.

Bien qu'ils n'aient pas fait l'objet d'une analyse spécifique dans ce rapport, l'examen du système d'implantation nous donne un bon aperçu de l'état de développement des nouveaux services offerts aux joueurs et à leurs proches. La lecture du rapport nous permet en effet de constater que, pour contrer certains déficits identifiés au cours des premiers mois d'expérimentation du programme, plusieurs nouvelles orientations ont été mises de l'avant dans le Plan ministériel puis traduites sous forme de programmes et d'offres de services par les Agences et les centres de traitement. Parmi les nouveaux services, ceux touchant les proches et les finances ont fait l'objet de plusieurs réflexions et expérimentations. Outre ces

différents services qui avaient été jugés sous développés dans la première phase du programme expérimental, le Plan ministériel a aussi souligné l'importance de consolider les services qui précèdent ou suivent le traitement en visant l'amélioration des programmes de prévention, de dépistage et de la première ligne, de même que l'intervention de crise et les services visant la réinsertion sociale.

Parmi tous les nouveaux services offerts, les services aux proches sont ceux qui ont fait l'objet des plus grands efforts. Chaque région y est allée de sa propre initiative et, à l'instar des services de traitement, on retrouve une panoplie de modèles. Dans la région G, caractérisée par un réseau agrégé, chaque organisme de traitement a eu le mandat de développer des services pour les proches alors que dans la région F, une région qui de plus en plus se développe sous la forme d'un réseau concerté, le mandat a été confié à un seul organisme déjà spécialisé dans l'aide aux proches.

La grande majorité des joueurs ayant de graves difficultés financières, les premiers mois d'expérimentation ont fait ressortir des besoins particuliers d'aide à la gestion des finances. Là encore, les modalités diffèrent d'une région à l'autre. Alors que les régions plus peuplées préfèrent recourir aux services d'un conseiller financier qui se déplace d'un centre à l'autre, les régions où la demande est faible et le territoire à couvrir est vaste doivent plutôt travailler de concert avec des organismes spécialisés notamment les ACEF où, lorsque de tels services n'existent pas sur leur territoire doivent faire preuve d'imagination et développer de nouvelles alternatives. C'est le cas par exemple de la région C qui songe à développer des ententes de services avec des comptables ou des notaires et de la région D qui devait entreprendre une tournée des syndicats de faillite pour les sensibiliser au problème et les informer des services offerts aux joueurs de la région.

Comme nous avons pu le constater à la lecture du rapport, d'autres projets étaient encore peu développés au moment des entrevues. Le MSSS avait délibérément choisi de mettre l'emphase sur l'implantation des services de traitement avant d'en faire la promotion ou de former la première ligne. Deux ans après l'implantation, le temps était maintenant venu, pour les Agences, de développer des programmes de prévention et de s'assurer de l'efficacité des mécanismes de référence.

Pour ce qui est de la prévention, la plupart des Agences ont montré une volonté à faire coller leurs actions à celles entreprises au niveau national en utilisant les outils de campagnes de sensibilisation développés par le MSSS pour les milieux de travail et les jeunes particulièrement. Certaines régions, la région A par exemple, ont élargi leurs actions à d'autres populations jugées vulnérables telles les personnes âgées fréquentant les casinos et les itinérants du centre-ville. Plusieurs régions, dont les régions E, F et G ont mandaté leur Direction de santé publique pour l'élaboration des actions de prévention-promotion. Quant aux interventions de première ligne, la majorité des Agences avait la volonté de former les intervenants du réseau susceptibles de rencontrer des joueurs mais la plupart semblaient attendre la formation promise par le MSSS.

Dans une même lignée, les travaux autour des services de réinsertion sociale étaient aussi peu avancés au moment où nous avons rencontré les responsables des Agences et des

organismes de traitement. Si la plupart des organismes de traitement avaient leur propre réseau de référence, les efforts locaux ne semblaient pas avoir fait l'objet d'une programmation régionale, le budget étant jugé insuffisant par la majorité des Agences pour mandater quelqu'un spécialement sur ce volet.

En ce qui a trait à l'intervention de crise, deux profils semblaient se dessiner. Alors que dans certaines régions, les régions G et A, un organisme avait le mandat d'intervenir au casino et auprès des autres joueurs, dans la majorité des régions, l'intervention de crise était reléguée aux organismes spécialisés en gestion de crise ou aux CLSC qui travaillent déjà auprès des clientèles en détresse.

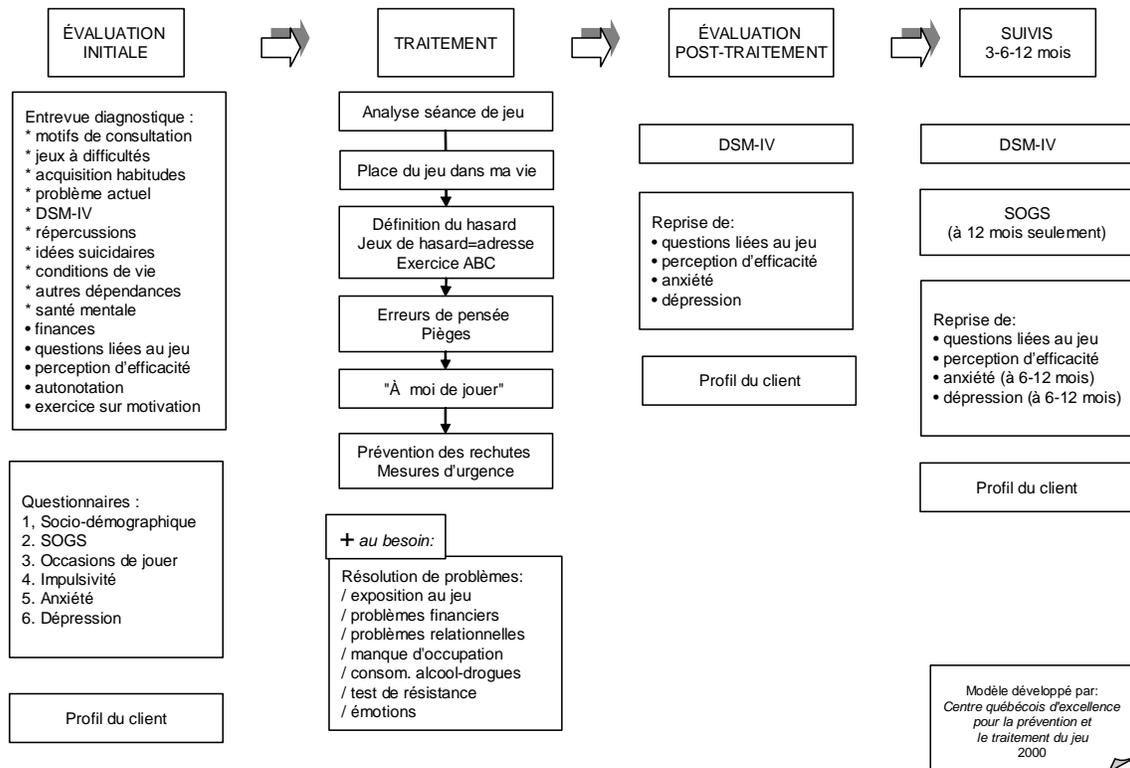
Ce portrait général des réseaux de services développés dans chacune des régions et de l'avancement des travaux de développement des nouveaux services a sans aucun doute évolué depuis le moment où les entrevues ont eu lieu car il représente, d'une certaine manière, une photo prise à un moment X dans l'évolution des services offerts aux joueurs et à leur entourage. Cependant, on peut s'attendre à ce que les principales balises étaient déjà en place au moment où nous avons rencontré les principaux acteurs impliqués. Si, dans certaines régions, des services n'étaient toujours pas opérationnels à l'été 2003, le travail de réflexion était déjà amorcé et des efforts importants étaient déjà consentis pour l'amélioration des services offerts aux joueurs du Québec.

ANNEXE 1

COMPOSANTES DU PROGRAMME DU CQEPTJ EN INTERVENTION INDIVIDUELLE ET DE GROUPE

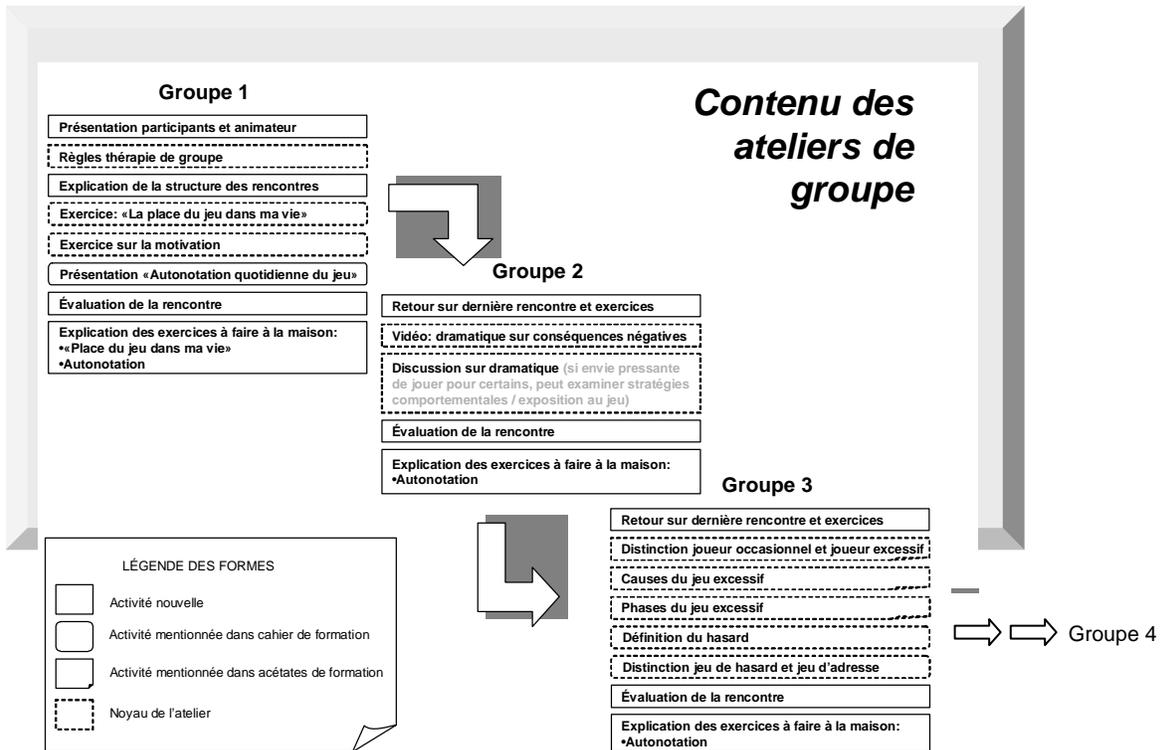
Annexe 1 Composantes du programme du CQEPTJ en intervention individuelle et de groupe

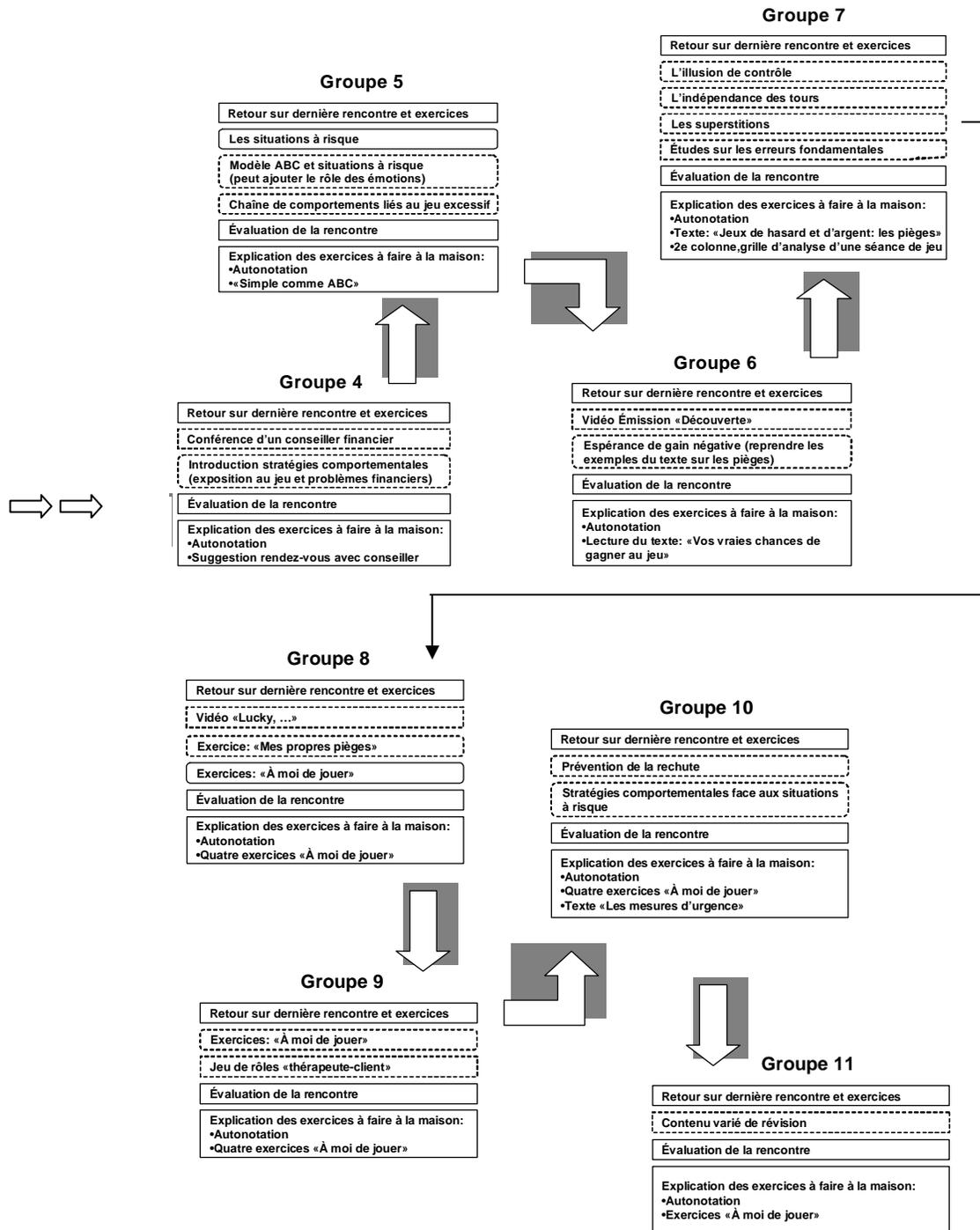
Composantes du programme du CQEPTJ (intervention individuelle)



Adaptation du programme du CQEPTJ à l'intervention de groupe

Répartition entre volets à maintenir en face à face ()
 et ceux réalisables en groupe ()





ANNEXE 2

GUIDES D'ENTREVUE

Annexe 2 Guides d'entrevue

**Évaluation du programme expérimental à l'intention
des joueurs pathologiques**

**Rencontre avec les directeurs d'établissements
ou les responsables cliniques du jeu pathologique**

Guide d'entretien



OBJECTIF DE L'ENTREVUE

L'objectif de l'entrevue est de voir où vous en êtes après plus de deux années d'expérimentation du programme de traitement des joueurs pathologiques. Nous voulons examiner principalement sur cinq thèmes :

Les changements majeurs dans votre organisation des services

La trajectoire du joueur qui demande un traitement dans votre organisation

La ou les approches de traitement

Le réseau de services mis en place

Jugement d'ensemble et perspectives

I. Changements majeurs dans l'organisation des services

Comme question de démarrage, il s'agit d'inciter l'interviewé à nous situer par rapport au chemin parcouru depuis deux ans et à donner sa vision de l'organisation des services. Plusieurs des points mentionnés seront traités en détail par la suite.

Vous donnez des services de traitement des joueurs pathologiques depuis plus de deux ans. Y a-t-il eu des changements majeurs dans votre offre de services sur le plan de l'accessibilité, des ressources et du personnel, de l'organisation du travail?

Pour l'accessibilité? Nouveaux points de services, nouvelles localisations, nouveaux horaires, locaux plus adéquats, etc.?

Pour les ressources? Budgets augmentés ou réduits, etc.?

Pour le personnel? Augmentation ou réduction, roulement, formation, spécialisation et division du travail?

Pour l'organisation du travail? Offre de services différente? Standardisation ou diversification des services (par exemple, offrir services de groupe et individuels en même temps, ajouter des lits de crise, démarrer des services pour les proches)?

II. Trajectoire du joueur ou organisation interne des services

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

Pouvez-vous me décrire le parcours du joueur entre le moment où vous recevez un appel et celui où il commence son traitement?

Le premier contact

Qui reçoit les appels des joueurs?

Que se passe-t-il au cours de cet appel?

Par qui les joueurs sont-ils référés?

Quand vous avez des appels de personnes en situation de crise ou des personnes qui ne peuvent attendre, que faites-vous?

La liste d'attente

Avez-vous une liste d'attente?

Est-elle permanente ou non?

Si oui, comment est-elle gérée?

Demeurez-vous en contact avec les joueurs qui sont en attente de services?

Si oui, comment procédez-vous?

L'accueil

Avez-vous une séance d'accueil pour informer les clients sur la nature du programme?

À quel moment et à quelle fréquence?

Par qui se fait l'accueil?

Quel est le contenu de cette rencontre?

Quels sont vos objectifs pour la fin de cette rencontre?

Avez-vous un groupe d'accueil qui sert de file d'attente ou de lieu de préparation au traitement? Si oui, comment cela fonctionne-t-il?

1.4 L'évaluation

Quand l'évaluation du joueur a-t-elle lieu?

Qu'est-ce qui est évalué (problème de jeu, autres problèmes urgents, autres dépendances ou problèmes de santé, motivations face au traitement)?

Quel(s) outil(s) utilisez-vous? (Chercher à identifier les outils-maison et en obtenir une copie)

Qui est en charge de l'évaluation?

Comment utilisez-vous les résultats de l'évaluation (décision sur l'éligibilité du joueur à vos services, précision du problème de jeu pour décider des orientations de traitement)?

L'éligibilité, l'inscription et l'admission

Quels critères font qu'un joueur est éligible pour un traitement dans votre établissement?

Parlez-nous brièvement des caractéristiques des personnes inscrites ou admises?

Quelles sont les caractéristiques des personnes qui ne peuvent recevoir de traitement dans votre établissement?

Pouvez-vous accueillir des personnes aux prises avec plus d'une problématique?

Si non, que faites-vous? Que leur suggérez-vous?

Où est référé un joueur qui ne peut être admis dans votre établissement?

Pour services externes :

Quand se fait l'inscription du joueur?

Comment se déroule l'inscription?

Quand a-t-elle lieu?

Avec quel instrument?

Faites-vous une distinction entre inscription et ouverture de dossier?

Pour services internes :

Comment se déroule l'admission?

Qui en est responsable?

Quand ouvrez-vous le dossier du client?

Comment se fait l'intégration au groupe?

Question financière : est-ce que vos traitements sont gratuits?

Si non, devez-vous prendre des arrangements avec le client?

Comment procédez-vous?

III. Le traitement et l'approche de traitement

Cette partie de l'entrevue devrait permettre de savoir comment l'organisme entend s'attaquer au problème de jeu de ses clients, quels sont ses choix thérapeutiques et comment les met-il en application.

Quels types de services de traitement offrez-vous?

Est-ce que ce sont des services internes ou externes?

Quelle est la durée moyenne du traitement (semaines)?

Combien de rencontres y a-t-il en moyenne (distinguer les rencontres de groupe et les rencontres individuelles)?

Combien de temps durent ces rencontres en moyenne?

Comment fonctionnez-vous pour les rendez-vous? Sont-ils tous planifiés dès le début ou est-ce plutôt de rendez-vous en rendez-vous?

Quelles sont vos orientations et vos approches thérapeutiques? Sur quels aspects du problème intervenez-vous avec vos approches?

Type de lien thérapeutique (individuel, groupe, système)?

Dimensions du problème visées dans le traitement (causes profondes, causes récentes, pensées erronées, compulsions, émotions, comportements et habitudes, solutions, etc.)

Nom(s) de(s) approches privilégiées

Quelle importance accordez-vous à la question de la motivation?

Est-ce qu'il y a des personnes qui ne sont pas admises au traitement pour manque de motivation?

Que leur arrive-t-il?

Est-ce que vous travaillez la motivation préalablement ou en cours de traitement? De quels moyens disposez-vous pour le faire?

Si vous acceptez des personnes aux prises avec plus d'une problématique, comment organisez-vous le traitement?

Traitement en alternance, en parallèle?

Traitement interne-interne, interne-externe?

Si en alternance, critères pour fixer le point de départ et le passage d'un traitement à l'autre?

5. Quelle est l'importance du phénomène des abandons en cours de traitement?

Qu'est-ce qu'un abandon pour vous?

Quel est le taux d'abandon? En cours de traitement? En cours d'attente?

Que faites-vous face à un abandon?

Tentez-vous de convaincre la personne de revenir?

Reprenez-vous éventuellement contact avec elle?

Que faites-vous si la personne vous recontacte d'elle-même?

6. À partir de quel moment considérez-vous que le programme de traitement est complété?

Est-ce que cela correspond pour vous à un traitement réussi?

Sur quels critères vous basez-vous pour parler de réussite d'un traitement? Est-ce que ce sont les mêmes pour tous les joueurs?

Assurez-vous un suivi post traitement?

Si oui, quelle forme prend-il?

Quels sont ses objectifs?

Demeurez-vous disponible face aux appels et aux demandes des ex-clients?

Quelle est l'importance des rechutes? Qu'en savez-vous? Pouvez-vous m'en parler?

À quel moment ont-elles le plus lieu (en cours de traitement? après le traitement?)

Que se passe-t-il suite à une rechute?

Est-ce que vous faites de la prévention des rechutes? À quel moment du traitement ce thème est-il abordé?

Quelle place faites-vous aux proches dans le traitement du joueur?

À quels moments les proches sont-ils impliqués? De quelle manière?

Que concluez-vous des efforts d'intégration des proches que vous avez consentis?

10. Offrez-vous des services spécifiques pour les proches de joueurs?

Seulement aux proches des joueurs en traitement ou à l'ensemble des proches aux prises avec un joueur problématique?

Quelle est la nature de ces services (contenu, horaires, lieux, critères d'éligibilité, etc.)?

11. Après deux ans d'expérimentation, comment vous situez-vous face au programme proposé dans la formation de l'Université Laval?

IV. Réseau de services mis en place dans la région

De quels organismes ou professionnels est constitué le réseau de services que vous utilisez pour venir en aide aux joueurs pathologiques?

Quelle est la nature et la fréquence des liens (référence, coordinations, collaboration) que vous entretenez?

Quel rôle a joué la coordination régionale dans la constitution de ce réseau?

Avez-vous participé à des mécanismes de coordination régionale ou provinciale? Qu'en avez-vous retiré?

Est-ce que votre réseau vous apparaît complet?

Que faudrait-il pour le compléter?

V. Conclusion et perspectives

Que faut-il retenir, selon vous, de la démarche du programme expérimental mis en place par le MSSS dans ces deux dernières années? Quelles sont ses forces et ses faiblesses?

Quelles sont vos perspectives de développement pour le traitement du jeu dans votre organisation?

Que souhaitez-vous que l'on retienne le plus de notre entretien?

S'informer et noter au cours de l'entrevue les instruments développés dans l'organisme. En demander une copie.

Évaluation du programme expérimental québécois sur le jeu pathologique

Entrevue avec les coordonnateurs régionaux

version 22 août 2003



Quelle est la fonction de la personne interviewée à l'Agence et quel est son rôle au regard du programme sur le jeu pathologique? Depuis combien de temps?

Dans le programme expérimental sur le jeu pathologique, le MSSS a donné aux RRSSS des sites-pilotes le mandat de coordonner les ressources subventionnées pour l'intervention de crise et de traitement des joueurs pathologiques. Plus tard le MSSS a voulu que les RRSSS poursuivent le développement de ce réseau et y ajoute des activités de prévention.

1. Pouvez-vous nous faire l'historique de la réalisation de ce mandat dans votre région et nous dire où vous en êtes rendus aujourd'hui?

Sous-questions :

Qui a eu la responsabilité de la réalisation du mandat? Est-ce qu'il y a eu des changements de responsables du dossier?

Quel était l'état du réseau au départ? Est-ce qu'il y avait déjà des services pour le jeu? Quels organismes ont été choisis par le MSSS?

Comment avez-vous assumé la coordination de ce réseau (mécanismes de pilotage, tables de concertation, etc.)? Avez-vous fixé des objectifs à atteindre, des normes à respecter (par exemple : nombre annuel de joueurs traités par intervenant à temps plein)? Quels ont été les obstacles à ce travail de coordination?

Quels résultats de coordination de services avez-vous obtenus (ententes de référence entre les services, découpages territoriaux de la clientèle, critères d'appariement pour différents organismes, partage des ressources, formations, activités de promotion des services, etc.)?

Quel bilan tirez-vous des efforts de coordination supra-régionale?

Quel est l'état de votre réseau de services aujourd'hui?

Avez-vous travaillé à la mise en place d'activités de prévention? Si oui, lesquelles?

2. Quelles sont les forces et les faiblesses du réseau que vous avez mis en place? Quelles sont ses perspectives d'avenir?

Sous-questions :

Votre réseau répond-il à tous les besoins des joueurs pathologiques?

Votre réseau permet-il une continuité dans les services?

Votre réseau permet-il de gérer la demande dans des délais raisonnables?

Votre réseau permet-il une accessibilité à toutes les populations visées?

Votre réseau a-t-il des mécanismes spécifiques de dépistage des joueurs problématiques?

Sur quoi devriez-vous travailler en priorité pour améliorer votre réseau de services?

De quelle réalisation êtes-vous le plus fier dans la mise en œuvre de ces services?

3. Après deux ans d'intervention, avez-vous une meilleure idée de l'importance et de la spécificité des problèmes de jeu dans votre région? Avez-vous l'impression d'avoir contribué à les réduire?

Sous-questions :

Parlez-nous des problèmes de jeu dans votre région?

Est-ce que ce sont les mêmes qu'il y a deux ans?

Pensez-vous que le réseau de services mis en place (ligne téléphonique, crise, traitement, dépistage, formation, sensibilisation, promotion du jeu responsable) a pu avoir un effet sur certains de ces problèmes?

4. Quel bilan faites-vous du processus provincial de mise en œuvre du programme expérimental?

Sous-questions :

Avez-vous senti à un moment ou l'autre la nécessité d'être impliqué davantage dans ce processus? Si oui, sur quels aspects du programme?

Avez-vous l'impression d'avoir eu de l'influence, individuellement ou comme membre du groupe des coordonnateurs régionaux, sur ce processus et ses décisions?

Avez-vous eu à échanger ou collaborer avec d'autres régions que celles de votre site-pilote dans ou en dehors de ce processus? Si oui, à quels sujets?

Y a-t-il lieu de modifier ou non le fonctionnement des liens MSSS-régions dans le cadre de ce programme?

5. En guise de conclusion

Que faut-il le plus retenir de cet entretien?

La durée prévue pour l'entrevue est de 1 h 30. Elle est enregistrée pour faciliter la prise de notes et l'analyse. Son contenu demeure confidentiel.

Évaluation du programme expérimental à l'intention des joueurs pathologiques

Rencontre avec les membres de l'équipe du MSSS

Guide d'entretien

Juin 2003

Depuis la fin des années 90, le MSSS a travaillé au développement et la mise en place d'un programme provincial de services curatifs et préventifs pour les joueurs pathologiques.

Objectif : Historique du programme, de la mise sur pied des services.

I. Pouvez-vous nous faire l'historique de l'origine et de la réalisation de ce mandat et nous dire où vous en êtes rendus aujourd'hui?

Sous-questions :

Les premiers pas? Les premières subventions (Outaouais)?

Le Rapport du Vérificateur et la commission administrative?

Il y a eu la venue du Programme expérimental : Comment avez-vous pris cela en charge? sa structuration?

Quels étaient et sont les liens avec Loto-Québec,

- transfert de budget
- dédoublement Loto-Québec régie et prévention (est-ce qu'il y a eu une division du travail ou si chacun fait son travail?)

le choix des sites-pilotes, des organismes de traitement,

le choix du programme de traitement,

le choix des approches de prévention,

les mécanismes de coordination et de délégation?

Table inter-ministérielle

La table provinciale (coordonnateurs des RRSSS) (sa fonction)

Quelles sont les modalités de participation mises en place?

Quelles ont été les décisions prises au niveau de cette table?

4. Programme expérimental de traitement: son implantation?

Pouvez-vous me parler de la formation, comment a-t-elle été mise sur pied?

Comment avez-vous suivi l'implantation, à quoi avez-vous porté attention lors de l'implantation?

Avez-vous rencontré des difficultés d'implantation?

les ajouts et les ajustements au programme?

l'évolution des réseaux de services?

services de crise? soutien financier? soutien aux proches?

la situation après deux ans?

Est-ce que la question de la certification des thérapeutes vous apparaît importante?

Programme expérimental de prévention : son implantation?

les campagnes d'information?

les populations visées?

les résultats? les limites?

les attentes par rapport aux régions en ce qui concerne la prévention?

Existe-t-il d'autres liens avec d'autres Ministères et d'autres programmes (par exemple, par rapport aux jeunes)?

II. Quelles sont les forces et les faiblesses du réseau de services de traitement que vous contribuez à mettre en place?

Quelles sont les perspectives d'avenir?

Sous-questions :

Votre réseau répond-il à tous les besoins des joueurs?

Votre réseau permet-il une continuité dans les services?

Votre réseau permet-il de gérer la demande dans des délais raisonnables?

Votre réseau permet-il une accessibilité à toutes les populations visées (incluant les autochtones, personnes âgées, population carcérale)?

De quelle réalisation êtes-vous le plus fier dans la mise en œuvre de ces services?

Sur quoi devriez-vous travailler en priorité pour améliorer le réseau?

Ila Est-ce qu'il y a eu des réactions face à l'approche thérapeutique choisie?

Quelles sont, selon votre propre perception, les forces et les faiblesses de l'approche thérapeutique mise en place?

Quelle sera la suite?

III. Quelles sont les activités de prévention qui ont été expérimentées?

Quelles sont les perspectives d'avenir?

Sous-questions :

Vos activités répondent-elles aux besoins d'information et de dépistage de toutes les populations-cibles? (dépistage, formation pour les jeunes, 1^{ère} ligne développée en Outaouais?)

De quelle réalisation êtes-vous le plus fier dans la mise en œuvre de ces activités de prévention?

Dans quels secteurs doit-il y avoir des améliorations et des innovations?

IV. Y a-t-il de nouveaux problèmes à l'horizon sur lesquels vous allez devoir travailler? (jeunes, jeu internet, la bourse, etc.)

V. Quel bilan faites-vous des processus régionaux de mise en œuvre du programme expérimental?

Quel rôle avez-vous joué dans ces processus?

Y a-t-il des différences de développement et d'organisation entre les RRSSS qui font partie du projet pilote et les autres RRSSS?

Comment s'explique le passage d'un fonctionnement par site-pilote à un fonctionnement par régions? Y a-t-il des avantages et des inconvénients?

En guise de conclusion

Que faut-il le plus retenir de cet entretien?

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

ANNEXE 3

MODALITÉS DE DÉVELOPPEMENT DES SERVICES AUX PROCHES

Annexe 3 Modalités de développement des services aux proches

Organisme	Implication dans le traitement	Services pour les proches
Site-pilote 1		
13	- Possibilité de rencontres individuelles de couple au besoin ou lorsque c'est demandé par le joueur ou jugé pertinent par le thérapeute (pas de façon systématique).	- Groupe pour les proches de 8 semaines. - Groupe ouvert avec des thèmes différents à chaque semaine. - L'admission à ce groupe fait suite à une rencontre individuelle. - Le service pour les proches est offert systématiquement à tous les joueurs lors de l'évaluation.
18		- Rencontres individuelles offertes « aux gens, aux amis, aux membres de la famille, pour aider à comprendre la problématique du joueur » - Offertes au besoin (peut aller jusqu'à 5 rencontres). - Offertes aussi aux proches de joueurs qui ne sont pas en traitement. - Prévoient mettre sur pied un groupe (ouvert) pour l'entourage (avec des thèmes et l'occasion de d'échanger sur leur vécu).
04		- Possibilité de rencontres individuelles avec le (la) conjoint(e). - Ils comptent développer un petit programme de soutien aux proches dès septembre qui prendrait forme de rencontres individuelles avec un intervenant.
03	- Thérapie de couple offerte au besoin.	- Service d'aide (rencontres individuelles) offert au besoin. - Possibilité pour les proches de consulter l'avocat pour des conseils financiers.
14	- Ont un protocole pour les proches qui s'impliquent dans l'intervention (ils s'assurent que cela va être constructif « parce que ce n'est pas toujours la meilleure chose d'impliquer la famille ». - Lorsqu'un proche est impliqué, il l'est dès le début, à l'évaluation. - Ils s'assurent que la famille est au courant du contenu de l'intervention.	- Ont un protocole pour les proches qui ont besoin d'aide eux-mêmes. - Offert aussi aux proches qui n'ont même pas un membre de leur famille en traitement. - Travaillent sur la gestion des risques et de la dette. - Travaillent sur le comportement à adopter avec le joueur. - Rencontres individuelles hebdomadaires. - 3 sessions minimum mais possibilité de plus.
23	- 1 rencontre individuelle avec thérapeute et joueur en début de thérapie pour corroborer la version du joueur et 1 rencontre à la fin pour un suivi de couple (boucler le dossier et intégrer le (la) conjointe dans la prévention de la rechute).	- Prévoyaient offrir le service familial de façon systématique sous peu. - Groupe de thérapie intensive (deux jours avec hébergement) pour les proches. - Ouvert aux proches de joueurs non en traitement. - Ouvert à tous les types de proches (pas seulement les

Organisme	Implication dans le traitement	Services pour les proches
	<ul style="list-style-type: none"> - Possibilités de rencontres de couple supplémentaires avec l'intervenante familiale. - Suivi de couple post-thérapie après 2 mois. - Peut être proche autre que conjoint. 	conjoint(e)s).
10	<ul style="list-style-type: none"> - Rencontres à 4 (joueur et son thérapeute plus proche et sa thérapeute) au besoin. 	<ul style="list-style-type: none"> - Groupe pour les proches (fréquenté surtout par des conjointes) tous les mercredis soirs. - Le groupe est animé par une travailleuse sociale qui offre aussi des rencontres individuelles. - Dans le groupe les proches peuvent ventiler et apprendre à mettre leurs limites. - Offert à tous les proches de joueurs que celui-ci soit en traitement ou non.
01	<ul style="list-style-type: none"> - Exceptionnellement rencontres à 4 (joueur et son thérapeute plus proche et sa thérapeute). 	<ul style="list-style-type: none"> - Groupe fermé de 8 semaines de support pour les proches (peu populaire). - Ouvert aux proches dont les joueurs ne sont pas inscrits chez eux. - Si pas assez d'inscriptions, possibilité de rencontrer un intervenant en individuel.
06		<ul style="list-style-type: none"> - Ils ont reçu des sous pour développer l'intervention auprès des proches mais n'ont encore rien mis sur pied. Pour l'instant ils se contentent de répondre aux besoins des proches qui appellent (le plus souvent ils ont seulement besoin d'être rassurer).
07	<ul style="list-style-type: none"> - Une rencontre de 3 hrs avec thérapeute et joueur prévue lors de la dernière semaine de thérapie. - Parfois le ou la conjoint(e) du joueur l'accompagne lors de la première rencontre. 	<ul style="list-style-type: none"> - Stage de 9 hrs (3hrs/sem.) les mardis soirs. - Stage de 6 jours intensifs à l'interne (avec les proches des clients alcool-toxico). - Ouvert à tous les proches (que le joueur soit en traitement ou non). - Service non publicisé parce que c'est un autre centre qui est supposé avoir le mandat.
09	<ul style="list-style-type: none"> - Rencontres de couple au besoin. 	<ul style="list-style-type: none"> - Groupe fermé de 10 rencontres (2 heures chacun par semaine) centré sur la dépendance. - Les proches des joueurs sont intégrés avec les proches des toxicomanes.
20		<ul style="list-style-type: none"> - Groupe de soutien et d'information à l'entourage (1 soir par semaine). - Possibilité de cinq rencontres individuelles. - Service offert à tous les proches de joueur (que celui-ci soit en traitement ou non).
Site-pilote 2		
02	Invitation du conjoint, selon la décision du joueur, lors de l'accueil.	Projet d'un programme régional de service d'accompagnement de proches de joueurs non en traitement (collaboration avec un autre centre de la

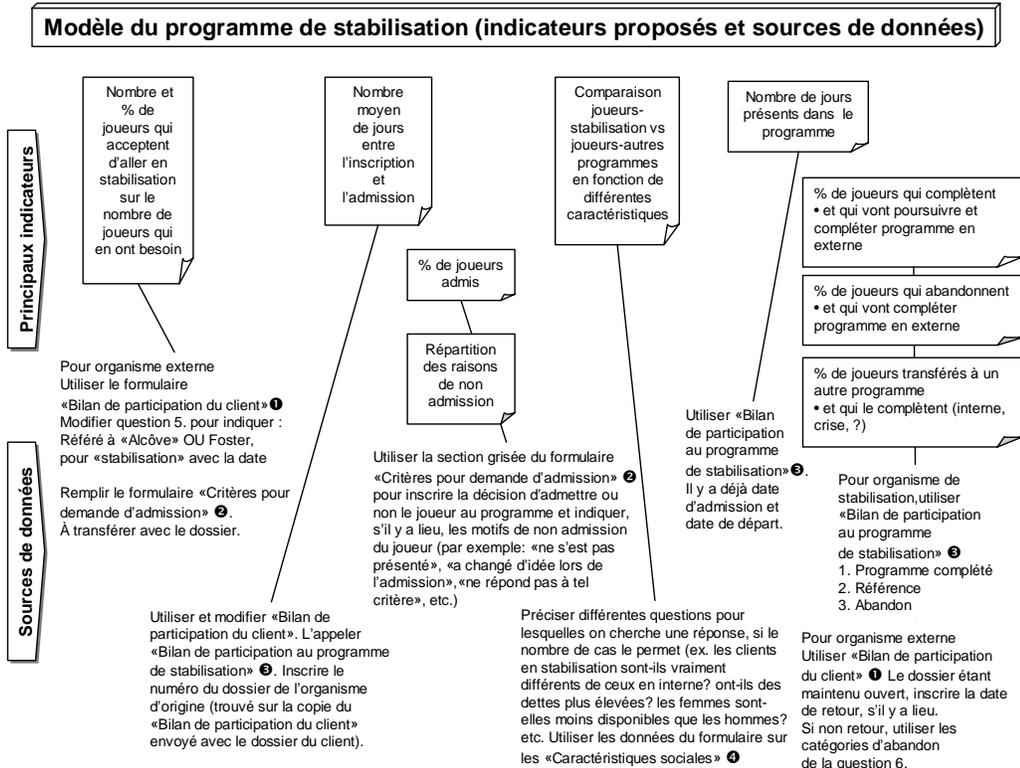
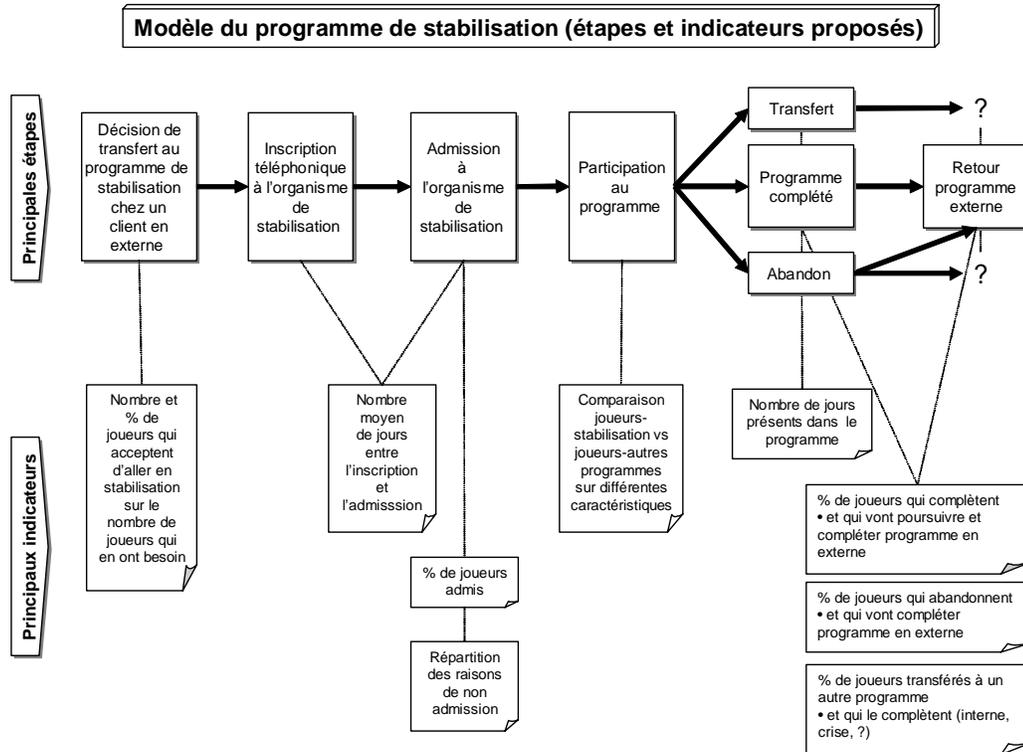
Organisme	Implication dans le traitement	Services pour les proches
	Invitation du conjoint, selon la décision du joueur, lors d'une rencontre en cours de traitement pour l'informer sur le contenu du traitement. Il ne s'agit pas de thérapie de couple.	région, un chercheur universitaire et un organisme communautaire spécialisé en aide pour les proches).
21		Suivi familial avec conjoints des joueurs traités de 14 semaines, un soir par semaine, pendant la thérapie. Un autre suivi de 14 semaines est aussi disponible après la thérapie. Se fait à l'extérieur de l'organisme.
11	Une rencontre-bilan pour le couple à la fin de la thérapie. Session intensive de couple (cinq couples, une fin de semaine). Abandonné temporairement.	Une rencontre par semaine, sur huit semaines, pour les proches des joueurs. Brunch familial offert une fois par mois, pendant et après le traitement.
22	Rencontre du conjoint et des proches selon les besoins du traitement.	
08		En discussion (projet régional) avec un organisme communautaire spécialisé de la région.
Site-pilote 3		
15	Suivi auprès des proches selon les besoins.	
17		Souhaité mais pas dans le mandat.
16	Invitation des conjoints au besoin.	Programmation prévue pour la mi-juillet pour les proches des joueurs.
Site-pilote4		
12	- Entrevues familiales ou de couple (pas offert de façon systématique mais encouragée).	- Les membres de l'entourage des joueurs sont intégrés au programme pour les proches des toxicomanes « la semaine de l'entourage ». - Il s'agit d'une semaine (5 jours) en interne qui a lieu 4 fois par année. - Possibilité de rencontres en individuel une fois par deux semaines et de rencontres de groupe une fois semaine. - Les proches des joueurs qui ne sont pas en traitement peuvent aussi y participer
24	- Discussion avec les proches pour les outiller, « les ramener tous à une même table pour expliquer l'ampleur du problème ». - Peut être proches autres que conjoint(e)s.	- Peuvent intervenir individuellement auprès d'un proche de joueur en situation de crise.

Organisme	Implication dans traitement		Services pour les proches					
	Offert systém.	Offert au besoin	Proches de joueurs en traitement seulement	Tous les proches de joueurs	Service en interne (hébergement.)	Service en externe		
						Rencontres de groupe		Rencontres ind.
Site-pilote 1								
13		X		X		X		X
18				X		X		X
04			X					X
03		X						X
14		X		X				X
23	X			X	X	X		X
10		X		X		X		X
01		X		X			X	X
06				X				X
07	X			X	X		X	
09		X		X			X	
20				X		X		X
Site-pilote 2								
02	X			X				
21	X		X					
11	X		X				X	X
22		X						
08								
Site-pilote 3								
15		X						
17								
16		X		X				
Site-pilote 4								
12		X		X	X			
24		X		X				X

ANNEXE 4

PROPOSITION DE MONITORAGE DU PROGRAMME DE STABILISATION DE LA RÉGION DE MONTÉRÉGIE (MODÈLE LOGIQUE, INDICATEURS ET CRITÈRES D'ADMISSION)

Annexe 4 Proposition de monitoring du programme de stabilisation de la région de Montérégie (modèle logique, indicateurs et critères d'admission)



Critères pour demande d'admission Programme de
stabilisation ②

N.B. Espaces blancs réservés à l'organisme qui réfère en stabilisation
Espaces gris au recto et au verso réservés à l'organisme
qui donne les services de stabilisation.

Numéro de dossier du client dans votre établissement : _____

Nom de l'organisme de traitement : _____

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

Critères devant mener à une demande de transfert au programme de stabilisation

Critères :	Commentaires:	Confirmé :
1. Perte de contrôle par rapport au jeu (progression du jeu dans les 10 derniers jours, a joué il y a moins de 72 heures)	_____	Non <input type="checkbox"/>
_____	_____	
2. Incapacité d'agir avec les moyens dont il dispose	_____	Non <input type="checkbox"/>
_____	_____	
3. Détresse possiblement mieux gérée en milieu fermé	_____	Non <input type="checkbox"/>
_____	_____	
4. Pensées suicidaires présentes sans passage à l'acte	_____	Non <input type="checkbox"/>
_____	_____	
5. Pas de problème de dépendance active à l'alcool ou aux drogues	_____	Non <input type="checkbox"/>
_____	_____	
6. Pas de problème de violence empêchant vie en groupe	_____	Non <input type="checkbox"/>
_____	_____	
7. Pas de problème de santé important en traitement	_____	Non <input type="checkbox"/>
_____	_____	

8. Stabilité résidentielle		Non <input type="checkbox"/>
9. Acceptation de séjour en stabilisation		Non <input type="checkbox"/>
10. Capacité de se libérer pour traitement		Non <input type="checkbox"/>

Présence de conditions d'admission		Confirmé:
Critères :	Commentaires :	
11. Capacité de vivre un arrêt d'agir		Non <input type="checkbox"/>
12. Consentement au respect des règlements internes		Non <input type="checkbox"/>
13. Consentement à l'abstinence		Non <input type="checkbox"/>
Décision d'admission :		
1. Admis : <input type="checkbox"/>		
2. Non admis : <input type="checkbox"/>		
2a. Indiquer les motifs de non admission :		
1. Ne s'est pas présenté au rendez-vous		<input type="checkbox"/>
2. A changé d'idée lors de l'entrevue d'admission.....		<input type="checkbox"/>
3. Ne répond pas à un ou plusieurs critères (voir plus haut)		<input type="checkbox"/>
4. Autres, préciser :		<input type="checkbox"/>

2b. Référé à :

Formulaire rempli le :/...../.....

L'utilisation de ce formulaire doit se limiter à la rencontre d'admission. Toutes les autres informations sur la complétion et l'abandon du programme doivent être inscrites sur le formulaire « Bilan de participation au programme de stabilisation ».

