

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À CHICOUTIMI

MÉMOIRE
PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À CHICOUTIMI
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN TRAVAIL SOCIAL

OFFERTE À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À CHICOUTIMI
EN VERTU D'UN PROTOCOLE D'ENTENTE
AVEC L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN OUTAOUAIS

PAR
SANDRA JUNEAU

MOTIVATION ET PERSÉVÉRANCE
AU TRAITEMENT : LE CAS DES JOUEURS PATHOLOGIQUES
DU SAGUENAY-LAC-ST-JEAN

Août 2006



Mise en garde/Advice

Afin de rendre accessible au plus grand nombre le résultat des travaux de recherche menés par ses étudiants gradués et dans l'esprit des règles qui régissent le dépôt et la diffusion des mémoires et thèses produits dans cette Institution, **l'Université du Québec à Chicoutimi (UQAC)** est fière de rendre accessible une version complète et gratuite de cette œuvre.

Motivated by a desire to make the results of its graduate students' research accessible to all, and in accordance with the rules governing the acceptance and diffusion of dissertations and theses in this Institution, the **Université du Québec à Chicoutimi (UQAC)** is proud to make a complete version of this work available at no cost to the reader.

L'auteur conserve néanmoins la propriété du droit d'auteur qui protège ce mémoire ou cette thèse. Ni le mémoire ou la thèse ni des extraits substantiels de ceux-ci ne peuvent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.

The author retains ownership of the copyright of this dissertation or thesis. Neither the dissertation or thesis, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

Sommaire

Comme plusieurs sociétés modernes, le Québec est aux prises avec un problème croissant de dépendance aux jeux de hasard et d'argent. La région du Saguenay–Lac-St-Jean où la dépendance aux jeux de hasard et d'argent est également présente, ne fait pas exception. Malgré que cette région soit éloignée des casinos, l'utilisation des appareils de loterie vidéo est très élevée. Les problèmes de jeu sont souvent associés à des situations ponctuelles, mais ils peuvent aussi l'être à des conditions nettement plus sérieuses. Les effets des problèmes de jeu vont du stress, au mal-être (dépression, anxiété), jusqu'à des problèmes de comportement beaucoup plus graves (incluant la criminalité), les idées suicidaires et dans certains cas extrêmes, le suicide. Si le jeu pathologique nécessite la présence de cinq manifestations au DSM-IV, le problème de jeu est présent lorsqu'une personne montre au moins trois de ces manifestations.

Les premières réflexions suscitées par le phénomène du jeu pathologique concernent généralement les motivations qui favorisent l'apparition et le maintien de ce problème. La motivation des joueurs joue un rôle de tout premier plan dans un programme de traitement. Malgré les efforts constants de nombreux chercheurs au cours des dernières années afin d'améliorer les connaissances sur le jeu pathologique et sur la persévérance au traitement, aucune recherche jusqu'à aujourd'hui, n'a fait le lien entre la persévérance au traitement et les stades de changement chez les joueurs pathologiques, tels que définis par Prochaska et DiClemente, n'a pu être répertoriée. La présente recherche exploratoire vise à répondre aux cinq questions suivantes : 1) Quelles sont les principales caractéristiques

sociodémographiques et l'état de santé physique et psychologique des joueurs pathologiques dont la voie d'entrée à un traitement de jeu pathologique, est le programme de pré-cure de la Maison d'Hébergement Le Séjour et ceux dont la voie d'entrée est la thérapie du jeu du Centre de réadaptation en dépendances? 2) Est-ce qu'il y a des différences dans les stades de changement entre les deux groupes de répondants? 3) Est-ce que la participation au programme de pré-cure de la Maison d'Hébergement Le Séjour favorise la persévérance à la thérapie du Centre de réadaptation en dépendances? 4) Est-ce que le stade de changement à l'entrée dans l'un ou l'autre des traitements est lié à la poursuite de la thérapie du Centre de réadaptation en dépendances? 5) Quels sont les facteurs personnels, contextuels et sociaux qui facilitent ou perturbent la fin de la thérapie du Centre de réadaptation en dépendances? Le présent échantillon comprend 35 personnes vivant au Saguenay–Lac-St-Jean et présentant un problème avec le jeu. De ce nombre, dix-huit ont été recrutés par le biais de la Maison d'Hébergement Le Séjour et dix-sept par le Centre de réadaptation en dépendances. La Maison d'Hébergement Le Séjour offre un programme de pré-cure qui a comme objectif d'augmenter la motivation des joueurs pathologiques et d'éliminer l'ambivalence à participer à une thérapie. Ce programme est offert en hébergement. Pour sa part, le Centre de réadaptation en dépendances offre la thérapie du jeu qui est offerte en externe, à raison d'une rencontre hebdomadaire pouvant se prolonger jusqu'à quinze rencontres.

Le recrutement des joueurs pathologiques susceptibles de se prêter à l'étude, s'est effectué sur une base volontaire. Ceux-ci ont tout d'abord rempli une première partie d'un questionnaire remis par l'intervenant responsable de leur suivi. Ensuite, ils ont rencontré

la responsable de la recherche pendant environ 60 minutes au cours desquelles ils ont participé à une entrevue semi dirigée et ont complété la deuxième partie du questionnaire.

En ce qui a trait au premier objectif de l'étude, les résultats démontrent qu'être un homme célibataire âgé entre 35 et 54 ans, avoir un niveau d'éducation faible (secondaire V ou moins), être défavorisé économiquement (revenu annuel inférieur à 40 000 \$, sans emploi), avoir fait un gain important ou une perte significative lors des premières expériences de jeu, présenter un niveau de détresse psychologique élevé, avoir des idées suicidaires et considérer que le jeu a plusieurs impacts sur les diverses sphères de leur vie (famille, travail, amis, humeur) sont tous des facteurs qui caractérisent les joueurs pathologiques qui ont reçu un service de traitement pour le jeu pathologique. De plus, les répondants de la Maison d'Hébergement Le Séjour ne perçoivent pas les conséquences néfastes que le jeu a pu avoir sur leur vie comparativement aux répondants provenant du Centre de réadaptation en dépendances. Malgré le fait qu'ils perçoivent leur état de santé physique comme excellent ou bon, la majorité des joueurs pathologiques de la présente étude mentionnent avoir des problèmes de santé physique et devoir prendre des médicaments sur une base quotidienne. En ce qui a trait au deuxième objectif, visant à identifier les différences dans les stades de changement entre les deux groupes de participants, les résultats de la présente étude démontrent qu'à l'arrivée à leur traitement initial, les deux groupes de joueurs pathologiques présentaient des stades de changement différents. À l'arrivée en précurse, onze répondants de la Maison d'Hébergement Le Séjour sur 18 se retrouvaient au stade de la contemplation tandis que six des 17 répondants qui se sont inscrits en thérapie du jeu au Centre de réadaptation en dépendances sans avoir participé

au programme de précure de la Maison d'Hébergement Le Séjour se retrouvent au stade de l'action. De plus, dix de ces participants se trouvaient soit au stade de la précontemplation (5 sur 17) ou de la contemplation (5 sur 17). Le troisième objectif, quant à lui, visait à déterminer si la participation au programme de précure de la Maison d'Hébergement Le Séjour favorise ou non la persévérence en thérapie. Les résultats obtenus n'ont pas réussi à établir ce lien en raison du nombre restreint de participants. Pour sa part, le quatrième objectif indiquait si le stade de changement à l'entrée dans l'un ou l'autre des traitements était lié à la poursuite de la thérapie. Les résultats ne permettent pas de faire ce lien, car très peu de joueurs pathologiques (23 %) ont persévééré dans le cadre de leur thérapie du jeu suivi au Centre de réadaptation en dépendances. Cependant, les répondants qui se sont directement inscrits à la thérapie du jeu ont persévééré davantage dans leur traitement (35 %) que ceux qui provenaient de la Maison d'Hébergement Le Séjour (11 %). Finalement, le cinquième objectif visait à identifier certains facteurs personnels, contextuels et sociaux qui facilitent ou perturbent la fin de la thérapie du Centre de réadaptation en dépendances. À ce sujet, à cause du trop petit nombre de répondants, les résultats ont démontré peu de différences significatives entre ceux qui ont complété ou ceux qui ont abandonné la thérapie. Toutefois, il a été possible de constater que les raisons au jeu (fuir ou distraire), la présence de dettes de jeu et le contexte de consultation des répondants dans leur mode de traitement initial comme les pressions reçues pour consulter, ont été observés comme facteurs facilitateurs ou perturbateurs dans la poursuite de la thérapie du jeu du Centre de réadaptation en dépendances.

Ainsi, la connaissance des caractéristiques des joueurs pathologiques du Saguenay–Lac-St-Jean qui utilisent les services de traitement de la Maison d'Hébergement Le Séjour et du Centre de réadaptation en dépendances, permettra aux intervenants des deux milieux d'offrir des services et des interventions qui répondront plus adéquatement aux besoins des joueurs pathologiques. Également, une meilleure connaissance dans l'utilisation des concepts de motivation et des stades de changement auprès des joueurs pathologiques, permettra de mieux les connaître et de pouvoir faciliter le choix d'un type d'intervention approprié.

Toutefois, rappelons qu'il s'agit d'une étude exploratoire et que plusieurs facteurs ont limité l'atteinte des objectifs. Le nombre restreint de participants limite la généralisation des résultats ainsi que l'identification de liens entre les différents concepts à l'étude. Ainsi, un échantillon plus grand aurait permis de valider avec plus de précision certains concepts à l'étude et de constater la présence ou non de liens entre les différentes variables.

Table des matières

SOMMAIRE	II
TABLE DES MATIERES	VII
LISTE DES TABLEAUX.....	X
LISTE DES FIGURES.....	XII
REMERCIEMENTS	XIII
INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1 PROBLEMATIQUE	5
CHAPITRE 2 RECENSION DES ECRITS	14
Description du phénomène du jeu pathologique.....	15
Définition du jeu pathologique.....	15
Définition du concept de joueur pathologique.....	18
Prévalence du jeu pathologique	20
Caractéristiques des joueurs pathologiques en traitement	21
Caractéristiques sociodémographiques et sociales des joueurs ayant eu recours à des services de traitement internes ou externes dans des centres publics ou communautaires pour leur problème de jeu au Québec.....	24
État de santé psychologique des joueurs	26
Intensité du problème de jeu.....	27
Persévérence ou abandons du traitement.....	28
Joueurs pathologiques et appareils de loterie vidéo.	30
Conséquences du jeu pathologique.....	32
Problèmes de santé psychologique	33
Problèmes de santé physique.....	36
Alcoolisme et/ou toxicomanie.....	36
Problèmes familiaux.....	38
Problèmes professionnels	40
La criminalité.....	41
Le suicide et la présence d'idées suicidaires	42
Les coûts personnels et sociaux du jeu pathologique	45
La demande d'aide.....	47
Motivation.....	49
Les déterminants de la persévérence au traitement	50
Traitement.....	56
Différentes approches de traitement.....	56
CHAPITRE 3 CADRE DE REFERENCE.....	60
Modèle transthéorique	61
Stades de changement.....	63
CHAPITRE 4 METHODE	68
Devis de recherche.....	69
Milieux de l'étude.....	70
Population à l'étude.....	71
Critères de sélection	71
Plan d'échantillonnage	72
Les variables de l'étude	72

Variables confondantes	74
Caractéristiques sociodémographiques.....	74
Santé psychologique.....	74
Santé physique.....	76
Les aspects du problème du jeu	76
Les critères diagnostiques du jeu pathologique.....	77
Soutien social.....	77
Variables indépendantes	78
Variables dépendantes	79
Stade de changement des participants.....	79
Vérification de la consistance interne des instruments de mesure utilisés.....	80
Déroulement de l'étude.....	82
Collecte de données	83
Considérations éthiques	83
Plan d'analyse des données.....	85
CHAPITRE 5 PRÉSENTATION DES RESULTATS.....	86
Principales caractéristiques sociales et de santé.....	87
Caractéristiques sociodémographiques des répondants en fonction de leur mode de traitement	87
État de santé physique et consultations psychologiques des répondants en fonction de leur mode de traitement	91
Soutien social des répondants en fonction de leur mode de traitement	93
Caractéristiques des répondants reliées au jeu pathologique en fonction de leur mode de traitement	96
Habitudes de jeu en fonction du mode de traitement.....	96
Autres dépendances en fonction de leur mode de traitement.....	101
Impacts du jeu sur la vie des répondants en fonction de leur mode de traitement.....	104
État de santé psychologique des répondants lors de l'entrée dans l'étude en fonction de leur mode de traitement	106
Idées suicidaires des répondants à l'arrivée dans l'étude en fonction de leur mode de traitement	107
Contexte de consultation des répondants pour leur problème de jeu en fonction de leur mode de traitement.....	107
Les attentes comblées face à la précure et à la thérapie	110
Les attentes non-comblées face à la précure et à la thérapie.....	113
L'appréciation face à la précure et à la thérapie	113
Stade de changement des répondants à leur arrivée en traitement (question 2).....	115
Persévérance dans les programmes en fonction du mode de traitement (question 3).....	119
Relation entre le niveau de motivation et la persévérance au traitement (question 4) ..	121
Facteurs personnels, contextuels et sociaux qui ont facilité ou perturbé la persévérance dans le programme de la thérapie (question 5).....	126
CHAPITRE 6 ANALYSE ET DISCUSSION DES RESULTATS	128
Caractéristiques sociodémographiques, état de santé physique et psychologique et impacts du jeu des répondants en fonction de leur mode de traitement	130
Caractéristiques sociodémographiques	130
État de santé physique et psychologique	134
Caractéristiques du problème de jeu	136
Les impacts du jeu	139

Stades de changement en fonction du mode de traitement.....	142
Participation au programme de précure et persévérence au traitement	144
Lien entre les stades de changement à l'arrivée en fonction du traitement et la poursuite de la thérapie du jeu du Centre de réadaptation en dépendances	145
Facteurs personnels, contextuels et sociaux qui facilitent ou perturbent la fin de la thérapie du jeu au Centre de réadaptation en dépendances	150
Implications cliniques	151
Les limites de l'étude	155
Perspectives des recherches futures	156
APPENDICE A SYNTHESE DES RESULTATS DE L'ENSEMBLE DES MODELES THEORIQUES SUR LA MOTIVATION	183
APPENDICE B LES DIFFERENTS TRAITEMENTS DU JEU PATHOLOGIQUE EN FONCTION DE LEUR APPROCHE	189
APPENDICE C GUIDE DE LA RECHERCHE.....	191
APPENDICE D QUESTIONNAIRES DE RECHERCHE.....	196
APPENDICE E PROGRAMME DE TRAITEMENT COGNITIVO-COMPORTEMENTAL UTILISE PAR LE CENTRE DE READAPTATION EN DEPENDANCES	243
APPENDICE F SCHEMA DU PROGRAMME DE TRAITEMENT COGNITIVO-COMPORTEMENTAL UTILISE PAR LE CENTRE DE READAPTATION EN DEPENDANCES.....	250
APPENDICE G PROGRAMME DE PRECURE UTILISE PAR LA MAISON D'HEBERGEMENT LE SEJOUR INC.	252
APPENDICE H HORAIRE DES ACTIVITES DE LA MAISON D'HEBERGEMENT LE SEJOUR INC.	257
APPENDICE I COMITE ETHIQUE DE RECHERCHE DE L'UNIVERSITE DU QUEBEC A CHICOUTIMI	260
APPENDICE J LETTRE D'APPROBATION DU CENTRE DE SANTE ET SERVICES SOCIAUX DE JONQUIERE.....	262
APPENDICE K FORMULAIRES DE CONSENTEMENT	263
APPENDICE L ÉVOLUTION DES STADES DE CHANGEMENT	270
APPENDICE M RESULTATS	273

Liste des tableaux

TABLEAU 1 LES DIX CRITÈRES DU DSM-IV CONCERNANT LE DIAGNOSTIC DU JEU PATHOLOGIQUE	18
TABLEAU 2 SYNTHÈSE DES RESULTATS DES SYSTEMES DE MONITORAGE – CARACTÉRISTIQUES SOCIALES DES JOUEURS PATHOLOGIQUES S’ETANT INSCRITS A UN PROGRAMME DE TRAITEMENT SUR LE JEU PATHOLOGIQUE	22
TABLEAU 3 PROPORTION DES PERSONNES INSCRITES AU PROGRAMME EXPÉRIMENTAL SUR LE JEU PATHOLOGIQUE SELON LA PERSÉVÉRANCE DANS LE PROGRAMME DE TRAITEMENT	30
TABLEAU 4 TEMPS DE PASSATION DES QUESTIONNAIRES	83
TABLEAU 5 PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES RÉPONDANTS EN FONCTION DU MODE DE TRAITEMENT	89
TABLEAU 6 ÉTAT DE SANTÉ PHYSIQUE ET CONSULTATION ANTÉRIEURE POUR DES PROBLÈMES DE SANTÉ PSYCHOLOGIQUE DES RÉPONDANTS EN FONCTION DU MODE DE TRAITEMENT	92
TABLEAU 7 SOUTIEN SOCIAL DES RÉPONDANTS EN FONCTION DU MODE DE TRAITEMENT	94
TABLEAU 8 SCORE OBTENU AU DSM-IV LORS DE L’ADMISSION EN FONCTION DE LEUR MODE DE TRAITEMENT	97
TABLEAU 9 HABITUDES DE JEU EN FONCTION DE LEUR MODE DE TRAITEMENT	98
TABLEAU 10 AUTRES DÉPENDANCES PASSÉES DES RÉPONDANTS EN FONCTION DE LEUR MODE DE TRAITEMENT	102
TABLEAU 11 AUTRES DÉPENDANCES ACTUELLES DES RÉPONDANTS EN FONCTION DE LEUR MODE DE TRAITEMENT	103
TABLEAU 12 PRÉSENCE OU NON DE RÉPERCUSSIONS DU JEU SUR LA VIE PERSONNELLE, SOCIALE, PROFESSIONNELLE ET FAMILIALE DES RÉPONDANTS EN FONCTION DE LEUR MODE DE TRAITEMENT	105
TABLEAU 13 ÉTAT DE SANTÉ PSYCHOLOGIQUE PRÉ-INTERVENTION DES RÉPONDANTS EN FONCTION DU MODE DE TRAITEMENT	106
TABLEAU 14 IDÉES SUICIDAIRES CHEZ LES PARTICIPANTS SELON LE MODE DE TRAITEMENT	108
TABLEAU 15 CONTEXTE DE LA CONSULTATION DES RÉPONDANTS EN FONCTION DE LEUR MODE DE TRAITEMENT	109
TABLEAU 16 ATTENTES COMBLÉES SELON LEUR MODE DE TRAITEMENT	111
TABLEAU 17 STADES DE CHANGEMENT DES RÉPONDANTS À L’ARRIVÉE AU TRAITEMENT INITIAL ¹	116
TABLEAU 18 STADES DE CHANGEMENT DES RÉPONDANTS AU DÉPART DE LEUR TRAITEMENT ¹⁻⁴	117
TABLEAU 19 ÉVOLUTION DES STADES DE CHANGEMENT DES RÉPONDANTS EN FONCTION DE LEUR MODE DE TRAITEMENT INITIAL	118
TABLEAU 20 PERSÉVÉRANCE DANS LES TRAITEMENTS EN FONCTION DU LIEU DE RECRUTEMENT DES RÉPONDANTS	120

TABLEAU 21 STADES DE CHANGEMENT DES RÉPONDANTS DE LA PRÉCURE DE LA MAISON D'HÉBERGEMENT LE SÉJOUR À LA FIN DE LA THÉRAPIE AU CENTRE DE RÉADAPTATION EN DÉPENDANCES.....	122
TABLEAU 22 ÉVOLUTION DES STADES DE CHANGEMENT DES RÉPONDANTS DE LA PRÉCURE EN FONCTION DE LA THÉRAPIE COMPLÉTÉE OU NON COMPLÉTÉE ¹	123
TABLEAU 23 STADES DE CHANGEMENT DES RÉPONDANTS DU CENTRE DE RÉADAPTATION EN DÉPENDANCES QUI ONT SUIVI LA THÉRAPIE.....	124
TABLEAU 24 ÉVOLUTION DES STADES DE CHANGEMENT DES RÉPONDANTS DU CENTRE DE RÉADAPTATION EN DÉPENDANCE EN FONCTION DE LA THÉRAPIE COMPLÉTÉE OU NON COMPLÉTÉE	125
TABLEAU 25 ÉVOLUTION DES RÉSULTATS DE L'ÉVOLUTION DES STADES DE CHANGEMENT DES RÉPONDANTS DE LA MAISON D'HÉBERGEMENT LE SÉJOUR AU T0 ET T1	271
TABLEAU 26 ÉVOLUTION DES RÉSULTATS DE L'ÉVOLUTION DES STADES DE CHANGEMENT DES RÉPONDANTS DE LA MAISON D'HÉBERGEMENT LE SÉJOUR AU T1 ET T2.....	271
TABLEAU 27 ÉVOLUTION DES RÉSULTATS DE L'ÉVOLUTION DES STADES DES RÉPONDANTS DU CENTRE DE RÉADAPTATION EN DÉPENDANCES	272
TABLEAU 28 CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES RÉPONDANTS EN FONCTION DE LA THÉRAPIE COMPLÉTÉE OU NON COMPLÉTÉE ¹	274
TABLEAU 29 ÉTAT DE SANTÉ PHYSIQUE ET CONSULTATION ANTÉRIEURE POUR DES PROBLÈMES DE SANTÉ PSYCHOLOGIQUE DES RÉPONDANTS EN FONCTION DE LA THÉRAPIE COMPLÉTÉE OU NON COMPLÉTÉE ¹	276
TABLEAU 30 SOUTIEN SOCIAL DES RÉPONDANTS EN FONCTION DE LA THÉRAPIE COMPLÉTÉE OU NON COMPLÉTÉE ¹	278
TABLEAU 31 SCORE OBTENU AU DSM-IV LORS DE L'ADMISSION EN FONCTION DE LA THÉRAPIE COMPLÉTÉE OU NON COMPLÉTÉE ¹	280
TABLEAU 32 HABITUDES DE JEU EN FONCTION DE LA THÉRAPIE COMPLÉTÉE OU NON COMPLÉTÉE ¹	281
TABLEAU 33 AUTRES DÉPENDANCES PASSÉES DES RÉPONDANTS EN FONCTION DE LA THÉRAPIE COMPLÉTÉE OU NON COMPLÉTÉE ¹	283
TABLEAU 34 AUTRES DÉPENDANCES ACTUELLES DES RÉPONDANTS EN FONCTION DE LA THÉRAPIE COMPLÉTÉE OU NON COMPLÉTÉE ¹	284
TABLEAU 35 PRÉSENCE OU NON DE RÉPERCUSSIONS DU JEU SUR LA VIE PERSONNELLE, SOCIALE, PROFESSIONNELLE ET FAMILIALE DES RÉPONDANTS EN FONCTION DE LA THÉRAPIE COMPLÉTÉE OU NON COMPLÉTÉE ¹	285
TABLEAU 36 ÉTAT DE SANTÉ PSYCHOLOGIQUE PRÉ-INTERVENTION DES RÉPONDANTS EN FONCTION DE LA THÉRAPIE COMPLÉTÉE OU NON COMPLÉTÉE ¹	286
TABLEAU 37 IDÉES SUICIDAIRES CHEZ LES PARTICIPANTS EN FONCTION DE LA THÉRAPIE COMPLÉTÉE OU NON COMPLÉTÉE ¹	287
TABLEAU 38 CONTEXTE DE LA CONSULTATION DES RÉPONDANTS EN	288
TABLEAU 39 STADES DE CHANGEMENT DES RÉPONDANTS À L'ARRIVÉE EN THÉRAPIE COMPLÉTÉE OU NON COMPLÉTÉE ¹	289
TABLEAU 40 STADES DE CHANGEMENT DES RÉPONDANTS À LA FIN	289
TABLEAU 41 ATTENTES COMBLÉES SELON LA THÉRAPIE COMPLÉTÉE OU NON COMPLÉTÉE ¹	290

Liste des figures

<i>FIGURE 1. LES STADES DE CHANGEMENT DU MODÈLE TRANSTHÉORIQUE</i>	64
<i>FIGURE 2. CADRE D'ANALYSE DES VARIABLES</i>	73
<i>FIGURE 3. L'ABC DES ÉMOTIONS</i>	246
<i>FIGURE 4. CHAÎNE COMPORTEMENTALE UTILISÉE EN TRAITEMENT AVEC LES JOUEURS PATHOLOGIQUES</i>	247

Remerciements

Ce mémoire de maîtrise constitue l'aboutissement de plusieurs années de travail dont la réalisation a nécessité le soutien de plusieurs personnes et organismes à qui je souhaite exprimer ma profonde gratitude et mes plus sincères remerciements :

À madame Danielle Maltais, à titre de directrice de mémoire, pour son respect de mes contraintes personnelles et professionnelles. Tout au long de ce mémoire, elle a su m'apporter le support et l'encouragement nécessaires à la poursuite de ce projet.

À madame Maud-Christine Chouinard, à titre de codirectrice de mémoire, pour son aide précieuse à la compréhension de l'analyse quantitative et à ses judicieux conseils.

À madame Caroline Sylvain, psychologue au Centre québécois d'excellence pour la prévention et le traitement du jeu de l'Université Laval et à monsieur Serge Chevalier à la direction de la santé publique de Montréal pour leurs prodigieux conseils sur la recension des écrits du jeu pathologique.

À toutes les personnes ayant pris part à mon étude, qui ont accepté volontairement de me rencontrer généreusement, parfois dans des moments pénibles, et qui m'ont permis de prendre part à leur situation de vie....

Aux autorités du Centre de santé et services sociaux de Jonquière, du Centre de réadaptation en dépendances et de la Maison d'Hébergement Le Séjour inc., pour avoir facilité la réalisation de cette étude dans leurs milieux, soit pour leur soutien financier ou par le prêt de locaux. Aux intervenants de ces deux milieux qui ont accepté de participer et de collaborer par la référence de clientèle, je leur en suis reconnaissante.

À madame Anne-Lise Gaudreault, secrétaire de direction du Centre de santé et services sociaux de Jonquière, pour l'édition des tableaux, la mise en page et la révision linguistique de ce mémoire.

De tout mon cœur, à mon mari, Réjean qui, au fil des années, m'a toujours soutenue et encouragée dans ma démarche. Pour sa compréhension et sa patience pour ces longues heures où j'étais assise devant mon ordinateur et surtout, dans les moments de découragement. Je le remercie particulièrement pour son amour; sans lui, la réalisation de ce mémoire n'aurait pas été possible.

Introduction

Pour la plupart des gens, les jeux de hasard et d'argent représentent une activité de loisir parmi tant d'autres. D'ailleurs, quatre Québécois sur cinq (81 %) s'adonnent annuellement à des jeux de hasard et d'argent dont 16 % s'adonnent aux appareils électroniques (ex. : machines à sous et appareils de loterie vidéo) (Ladouceur et al., 2004a). Cependant, pour certains, le jeu prend de telles proportions qu'il devient pathologique. Dans pareil cas, les conséquences s'avèrent souvent désastreuses. Actuellement, dans la population des joueurs, 2,1 % de ceux-ci sont aux prises avec un problème de jeu pathologique (Ladouceur, Sylvain, Boutin & Doucet, 2000b).

C'est au début de l'année 2001 que le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) proposa un premier programme de traitement expérimental pour les joueurs pathologiques. Au Saguenay–Lac-St-Jean, deux grandes options s'offrent aux personnes désirant de l'aide : un programme de précure à l'interne comportant un séjour en hébergement offert par la Maison d'Hébergement Le Séjour et une thérapie en suivi externe offerte par le Centre de réadaptation en dépendances. Ces institutions sont situées dans l'arrondissement Jonquière de ville Saguenay. Dans le premier des cas, la personne reçoit des services de précure en hébergement pour une période de 21 à 30 jours qui abordent diverses thématiques en groupe (ex. : J'ai rassemblé tout mon courage, mes peurs, le changement, etc.) et diverses activités quotidiennes (ex. : info-santé, relaxation, activité physique, etc.) ainsi que de l'intervention individuelle. Dans le second cas, la thérapie du jeu est dispensée dans un centre de traitement externe et comporte généralement une

rencontre hebdomadaire pendant un certain nombre de semaines pouvant s'étendre jusqu'à 15 semaines.

Le modèle de traitement proposé au Saguenay–Lac-St-Jean est différent de celui des autres régions du Québec. Il est unique en ce sens qu'il combine un séjour en hébergement (précure) accompagné d'un suivi en mode externe (thérapie du jeu). De plus, le traitement pour les joueurs pathologiques, est un sujet peu documenté. Cette étude exploratoire tente, à partir d'une démarche quantitative en premier lieu, d'examiner les caractéristiques sociodémographiques et l'état de santé physique et psychologique des personnes qui, pour résoudre un problème de dépendance, suivent un traitement, soit en mode interne, soit en mode externe ou les deux. En second lieu, l'étude vise à identifier les différences dans les stades de changement en fonction des traitements choisis. En troisième lieu, l'impact du programme de précure de la Maison d'Hébergement Le Séjour sur la persévérance en thérapie au Centre de réadaptation en dépendance est abordé. En quatrième lieu, le lien entre les stades de changement à l'arrivée au traitement et la poursuite en thérapie, est examiné. En dernier lieu, les facteurs personnels, contextuels et sociaux qui sont en lien avec la persévérance dans le programme de thérapie du jeu du Centre de réadaptation en dépendances sont également identifiés.

Le premier chapitre de cette recherche aborde la problématique du jeu pathologique. Pour sa part, le deuxième chapitre, la recension des écrits, est divisé en cinq sections. La première section présente le phénomène du jeu pathologique et apporte des précisions sur les principales conséquences de ce problème. La deuxième section fait état de la demande d'aide, la troisième section aborde la motivation, la quatrième section

présente les différentes approches utilisées dans les traitements présentement disponibles et la dernière section traite de l'approche cognitivo-comportementale et présente le programme d'évaluation et de traitement des joueurs pathologiques développé par le Centre québécois d'excellence pour la prévention et le traitement du jeu de l'Université Laval, programme utilisé au Centre de réadaptation en dépendances. Le troisième chapitre, quant à lui, décrit le cadre de référence de cette étude qui est le modèle transtheorique de Prochaska et DiClemente (1982, 1984) et énumère les questions de l'étude. Le quatrième chapitre expose la démarche méthodologique utilisée en s'attardant sur les variables retenues dans cette étude, l'échantillonnage, les outils d'évaluation utilisés, le plan d'analyse et présente les résultats sur la fidélité des instruments de mesure utilisés. Le cinquième chapitre se consacre à la présentation des résultats tandis que le sixième et dernier chapitre analyse et discute de ces résultats en faisant état des points saillants de la recherche tout en les comparant avec les informations recueillies dans la recension des écrits. Ce dernier chapitre présente également les limites de la présente étude, souligne les retombées cliniques de cette recherche et propose des pistes de recherches futures.

Chapitre 1

Problématique

La passion de l'être humain pour le jeu de hasard ne date pas d'hier. Le jeu existait déjà avant même l'invention de l'argent. Ces jeux connaissent déjà une très vieille histoire. Certaines études rétrospectives sur le développement du jeu mentionnent que celui-ci fait partie de la nature humaine et qu'il est inscrit dans nos premières connaissances sur le comportement humain (Castellani, 2000; Bybee, 1996; Rychlak, 1992). Des traces de l'emprise du jeu sur l'homme ont été découvertes dans toutes les cultures et sociétés (Suissa, 2005). Des découvertes archéologiques ont mis en évidence des objets utilisés pour les jeux de hasard et d'argent dans l'ancienne Babylone (3000 avant J.-C.) (Papart, 2000). À titre d'exemples, une première version du jeu de la coquille (*shellgame*) a été trouvée sur le mur d'une voûte de cimetière en Égypte, vieux de 2500 ans avant notre ère (Suissa, 2005). En Europe, en France en particulier, les loteries royales sous François 1^{er} en 1539, ont été instituées pour combler les dettes de l'État et sous Louis XIV, pour construire des églises (Suissa, 2005). Au Canada, avant les années 1970, les jeux de hasard et d'argent permis par l'État se limitaient à des bingos organisés par des organismes de charité, aux loteries pour des œuvres de bienfaisance, aux courses de chevaux et aux paris entre individus (Ladouceur, Jacques, Chevalier, Sévigny, Hamel & Allard, 2004a). Trente ans plus tard, d'autres activités de jeu ont été légalisées, entre autres, les loteries étatiques (loteries instantanées, 6/49, etc.), les appareils de loterie vidéo, les jeux offerts dans les casinos et le bingo en réseau (Chevalier & al., 2004b).

Pour la grande majorité des individus, les jeux de hasard et d'argent représentent un amusement, un divertissement et un rêve de gagner un gros lot. Cependant, le jeu pathologique est un problème important attesté par le fait que ceux qui en sont victimes sont davantage touchés que la population générale. Seulement une faible minorité des joueurs sont ou deviennent, avec la pratique du jeu, des joueurs pathologiques; la majorité est ou demeure des joueurs sociaux. Lenoir (1991) décrit ces derniers comme des individus capables de délaisser leur jeu, ne reliant pas leur valeur personnelle au gain ou à la perte, valorisant d'autres aspects gratifiants de leur vie et considérant le jeu comme un divertissement.

Le manque de consensus sur le concept de dépendance dans la définition et l'évaluation des toxicomanies en général influe, jusqu'à un certain point, sur les études de prévalence dans le champ du jeu. Déjà en 1978 et en 1985, deux études (Custer & Milt, 1985; Custer & Custer, 1978) estimaient que la prévalence du jeu pathologique était de 2 % dans la population en général et pouvait augmenter jusqu'à 6 % dans un groupe de 150 personnes qui fréquentaient le groupe d'entraide de Gamblers Anonymes. Étant donné que les symptômes retenus qui permettent de mesurer le jeu pathologique peuvent varier d'un chercheur à un autre, les résultats peuvent effectivement refléter un tableau fort différent (Suissa, 2005). Une récente étude canadienne effectuée par Chevalier et Allard (2001b), révélait que la prévalence du jeu pouvait aller de 0,4 % à 2,7 % pour la catégorie des joueurs pathologiques. En 2003, Chevalier, Papineau & Geoffrion (2003a) révélaient pour leur part, que le taux de prévalence pourrait être d'environ 0,9 % chez les adultes. En 2004, le taux de prévalence au Québec était stable, c'est-à-dire que 2 % de la

population avait un problème pathologique (Ladouceur & al., 2004a; Ladouceur, Boutin, Doucet, Lachance & Sylvain, 2000a; Chevalier, Hamel, Ladouceur, Jacques, Allard & Sévigny, 2004a). Ladouceur et al. (2004a) ajoutent pour leur part que quatre Québécois sur cinq (81 %) s'adonneraient annuellement à des jeux de hasard et d'argent. À la lumière de ce bref survol, on peut observer qu'il peut y avoir des différences relatives notables, parfois significatives, selon les différents critères utilisés par les chercheurs.

Plusieurs études (Govoni & al., 1998; Jacques, Ladouceur & Ferland, 2000; Korn, 2000; Volberg, 1996b), se sont penchées sur l'importance de considérer le jeu comme une question publique, confirmant que la prévalence du jeu augmentait avec le temps, et ce, en lien avec le nombre d'années d'exposition aux jeux de hasard et d'argent. Ainsi, le dernier rapport de Statistique Canada montre qu'en 2002, la tendance des problèmes liés aux jeux de hasard et d'argent est effectivement en hausse, la situation s'étant nettement détériorée. À titre d'exemple, un Canadien sur vingt (soit 1,2 million de personnes) serait un joueur pathologique (Statistique Canada, 2003).

Rappelons que les jeux de hasard et d'argent se définissent comme des activités où de l'argent ou des objets de valeur sont misés, alors que la probabilité de gagner est incertaine. Pour être conforme à la définition, le pari doit être irréversible et le résultat du jeu doit reposer en totalité ou en partie sur le hasard (Association canadienne de Santé Publique, 2000; Chevalier & al., 2001b; Reznik & Drolet, 2000; Shaffer & Korn, 2002).

Le rôle principal de l'État dans le développement de cette offre de jeu lui a valu de nombreuses critiques de la presse et de la part du Vérificateur général du Québec. On lui a rappelé la nécessité de prendre ses responsabilités dans la prévention des problèmes

associés au jeu et le soutien thérapeutique de ceux qui ont à y recourir (Audet, St-Laurent, Chevalier, Allard, Hamel, & Crépin, 2003). Pour répondre à ces critiques, le gouvernement du Québec a confié au MSSS la tâche de piloter la mise en œuvre de mesures préventives et curatives visant le contrôle du jeu pathologique. C'est ainsi que le MSSS proposa, au début de 2001, un programme expérimental de services préventifs et curatifs. Dans ce programme, le volet prioritaire à développer était l'offre de services de traitement pour les joueurs pathologiques adultes. Le MSSS a alors exigé que les intervenants oeuvrant dans le traitement du jeu au Québec reçoivent une formation de base (Audet & al., 2003). L'approche thérapeutique proposée dans le cadre de cette formation est d'orientation cognitivo-comportementale. Le volet cognitif vise essentiellement à corriger les pensées erronées du joueur quant à sa capacité de contrôler le hasard et le jeu. Pour sa part, le volet comportemental cherche à ce que les individus soient aptes à gérer les problèmes créés par le jeu et favorisent la prévention de la rechute. Il est donc possible maintenant de recevoir un traitement pour le jeu pathologique dans des centres de réadaptation et dans des organismes communautaires partout au Québec.

Au Saguenay–Lac-St-Jean, un partenariat a été établi entre deux ressources afin d'assurer un continuum de services pour les « joueurs pathologiques ». C'est ainsi que la Maison d'Hébergement Le Séjour a mis sur pied un programme de précure en hébergement basé sur le modèle transthéorique de Prochaska et al. (1982, 1984) pour les joueurs pathologiques afin d'augmenter leur motivation à poursuivre une thérapie sur le jeu. Ce programme de précure est complémentaire avec la thérapie du jeu offerte au Centre de

réadaptation en dépendances du Centre de santé et services sociaux de Jonquière; thérapie qui est offerte exclusivement à l'externe sur une base de douze à quinze semaines.

Comment peut-on décrire avec précision le phénomène du changement dans le comportement humain? Que faut-il observer pour arriver à distinguer le changement naissant du changement mûr? La question de la motivation se pose à l'intervenant lorsque, dans un processus de relation d'aide, il est confronté à des situations où l'intervention apparaît difficile, stagnante ou carrément dans une impasse.

Le concept de motivation suscite un intérêt croissant dans le domaine de l'intervention auprès des personnes toxicomanes. La motivation a été longtemps considérée par les cliniciens comme un des principaux facteurs déterminants dans l'issue d'un processus psychothérapeutique. Cependant, à la fin des années 1970, Rossi et Filstead (1976) ébranlaient les idées reçues à l'effet que la motivation était un préalable au traitement et que l'on devait exclure tous ceux qui ne l'avaient pas (Landry, 2001). Dans les études de cas et dans les recherches en général sur la motivation du client, les écrits empiriques sur les constatations des cliniciens à ce sujet sont longtemps demeurés épars et inadéquats (Keithly, Samples & Strupp, 1980). Cette antinomie entre les observations cliniques et les résultats des recherches s'explique par l'absence d'une définition opérationnelle et nuancée du concept de motivation et par les différences dans les types des différentes populations étudiées (Keithly & al., 1980; Rosenbaum & Horowitz, 1983) (Appendice A). Dans le cadre de la présente étude, la motivation est définie comme étant « la probabilité de s'engager dans un comportement avec l'intention d'atteindre des résultats positifs » (Rossignol, 2000 p. 16).

Par contre, les fréquents abandons dans les demandes d'aide psychologique des personnes qui consultent constituent un questionnement chez les cliniciens et plus particulièrement chez les personnes présentant un problème de dépendance (Bergeron, Landry, Brochu & Cournoyer, 1997). Dans une certaine mesure, cet état de fait remet en question l'efficacité des traitements offerts par les institutions chargées de les prodiguer. L'étude de Laflamme-Cusson et Moisan (1993) faite auprès de la clientèle toxicomane au Québec démontre que 25 % des clients abandonnent leur demande d'aide après leur première entrevue d'évaluation, 50,0 % poursuivent pendant plus de quatre semaines et seulement 15 % persistent plus de six mois. Une autre étude réalisée auprès d'un autre petit groupe de joueurs ($N = 43$) a pour sa part révélé que 51 % de ceux-ci n'ont jamais participé à un traitement, que 14 % des joueurs rapportent avoir participé à une quantité minimale de traitements (moins de cinq sessions) et que 35 % des individus ont rapporté avoir participé à un traitement complet, quel qu'il soit (Hodgins & El-Guebaly, 2001). La recension des écrits sur le phénomène de l'abandon met donc en évidence l'importance d'identifier les facteurs qui sont responsables de ce problème afin d'influencer ce processus et d'augmenter la persévérance en traitement (Bergeron & al., 1997).

Dans la présente recherche, un modèle théorique a été retenu. C'est ainsi que le modèle transthéorique de Prochaska et al. (1982, 1984) a servi à opérationnaliser les variables à l'étude ainsi que le programme d'intervention précurseur de la Maison d'Hébergement Le Séjour dont il est question dans cette recherche. Ce modèle transthéorique du changement offre un cadre intégrateur décrivant le processus de changement de comportements. Il est organisé autour de trois construits principaux : stades de change-

ment, processus de changement et niveaux de changement (Hodgins & al., 2001). Ce modèle permet d'évaluer la notion de motivation en tant qu'attribut statique de la personne qui entreprend un traitement et d'introduire l'idée que la motivation est un phénomène évolutif et susceptible d'être influencé par des facteurs intrinsèques (ex. : mal-être, problèmes psychologiques, etc.) et extrinsèques (conjoint, employeur, créanciers, etc.) (Centre Dollard-Cormier, 2000).

La motivation des clients joue un rôle de tout premier plan pour s'engager dans le traitement offert et, par la suite, à persévérer jusqu'à l'obtention de changements significatifs (Bergeron & al., 1997). Il est donc particulièrement important de situer les effets de la motivation des joueurs pathologiques sur la persévérance au traitement en tenant compte des facteurs qui influencent le maintien de celle-ci.

Dans un contexte où les besoins des joueurs pathologiques sollicitant des services peuvent varier, que ces besoins peuvent évoluer rapidement et que les services offerts aux joueurs diffèrent d'une région à l'autre, il est important d'évaluer si ces services répondent adéquatement aux caractéristiques des joueurs pathologiques de la région du Saguenay–Lac-St-Jean et à leurs besoins. De plus, parce que peu d'informations ou d'études sont disponibles à ce jour sur les motivations des joueurs et la persévérance au traitement, le but de cette recherche revêt un caractère exploratoire.

Cette étude vise cinq grands objectifs. Le premier souhaite documenter les principales caractéristiques sociodémographiques et l'état de santé psychologique des personnes dont la voie d'entrée est le programme de précure de la Maison d'Hébergement Le Séjour et ceux de la thérapie du Centre de réadaptation en dépendances. Si la persévérance au

traitement découle du postulat qu'elle constitue l'expression de la motivation au changement, le deuxième objectif veut évaluer s'il y a des différences dans les niveaux de motivation entre les deux groupes de répondants. Le troisième objectif veut évaluer si la persévérance à un traitement externe pour joueurs pathologiques offert au Centre de réadaptation en dépendances est liée au fait d'avoir bénéficié du programme précurseur en hébergement de la Maison d'Hébergement Le Séjour. Le quatrième objectif observera les modifications dans les stades de changement avant et après les programmes de traitement de la Maison d'Hébergement Le Séjour et celui du Centre de réadaptation en dépendances. Pour conclure, le cinquième objectif vise à connaître les facteurs personnels, contextuels et sociaux qui facilitent ou perturbent la persévérance de la thérapie du jeu au Centre de réadaptation en dépendances.

Chapitre 2

Recension des écrits

La recension des écrits comporte quatre sections. Dans la première section, les différents concepts du jeu et du joueur pathologique, les caractéristiques des joueurs en traitement et des joueurs d'appareils de loterie vidéo sont présentées. Les parties subséquentes abordent les conséquences du jeu pathologique chez l'individu et son entourage ainsi que sur la société. Les concepts de motivation et de persévérance au traitement sont également abordés. La dernière partie aborde, pour sa part, les différents traitements qui existent pour le jeu pathologique et ceux qui font l'objet de la présente étude.

Description du phénomène du jeu pathologique

Définition du jeu pathologique. Dans un champ aussi complexe que celui des dépendances, il faut donc reconnaître qu'il est très difficile, voire impossible, d'identifier une perspective commune aux diverses réalités renvoyant aux modèles abusifs de comportement. La définition du terme dépendance n'est pas neutre et constitue un terrain propice à de multiples interprétations et controverses. En fait, elle représente un enjeu crucial sur les plans scientifique et social, car les divergences autour de la « pathologie du jeu » constituent, jusqu'à un certain point, le reflet des rapports sociaux de pouvoir et de contradictions (Suissa, 2005). Plusieurs auteurs et chercheurs dans le champ des dépendances s'inspirent de l'alcoolisme quand ils étudient le jeu. Même si l'activité du jeu n'inclut pas l'absorption de substances potentiellement toxiques, plusieurs similarités et

différences s'imposent. De plus, le jeu a plusieurs points en commun avec l'alcoolisme sur les plans social et historique. C'est ainsi qu'il a été associé à une pathologie et à un désordre d'impulsion, voire une maladie incontrôlable et permanente (Suissa, 2005; 2001; Castellani, 2000; Herscovitch, 1999; Blume, 1987). Parmi les auteurs qui se sont penchés sur la question des différences et des similarités, l'étude de Herscovitch (1999) procure de précieuses informations sur la médicalisation entourant ces deux phénomènes. Pour ce qui est du jeu pathologique, il reprend les repères du DSM-IV appliqués à l'alcoolisme en rappelant que la différence importante réside dans la définition même, à savoir que le jeu relève plus d'un désordre d'impulsion.

Le jeu pathologique a été reconnu officiellement comme une pathologie psychiatrique lors de son introduction en 1977 dans la Classification internationale des maladies (CIM) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et par la suite en 1980 dans le DSM-III (Manuel diagnostic et statistique des troubles mentaux) de l'Association américaine de psychiatrie. Reprenant les critères historiquement associés à la toxicomanie et l'alcoolisme (Herscovitch, 1999) et ceux énoncés par Rosenthal (1994), le jeu est défini comme pathologique ou compulsif, parfois les deux. Diagnostic interchangeable, on privilégie la notion de désordre d'impulsion progressif, caractérisé par une perte de maîtrise continue ou périodique avec une préoccupation liée au jeu et à l'obtention d'argent (Suissa, 2005). Plusieurs chercheurs partout dans le monde continuent de se référer aux dépendances comme étant des troubles obsessionnels compulsifs (TOC) (Suissa, 2005). Ce problème est alors considéré comme un trouble de la personnalité et du comportement chez l'adulte et précisément comme un trouble des habitudes et des impulsions. Toute-

fois, cette médicalisation du problème n'a pas été acceptée d'emblée et a fait l'objet d'importantes résistances (Vatz & Weinberg, 1986).

Sept ans plus tard, la révision des critères dans la classification psychiatrique en 1987 donne lieu à une mise à jour du DSM-III-R. Le jeu pathologique est alors classé parmi les « troubles du contrôle de l'impulsion » aux côtés de la kleptomanie, de la trichotillomanie (besoin de s'arracher les cheveux) et de la pyromanie. Toutefois, des symptômes présentés dans les deux classifications du CIM et du DSM-III R, font du jeu pathologique un problème de dépendance (Sullivan, 1994).

Entre la version III et la version III-R du DSM, le jeu pathologique passe d'un statut d'incapacité à résister au jeu à celui d'une inadaptation à résister au jeu. L'incapacité à résister au jeu a l'avantage pour le joueur de le délier de sa responsabilité pénale par rapport aux conséquences du jeu, contrairement à la difficulté à résister au jeu qui, au contraire, préserve sa responsabilité (Papart, 2000). La nouvelle édition du DSM-IV de 1994 a introduit de nouveaux critères appliqués au jeu pathologique. Considérés comme un désordre progressif et de perte de maîtrise, dix critères sont proposés dont cinq suffisent pour poser un diagnostic psychiatrique. Ces critères sont présentés au Tableau 1 (Suissa, 2005).

Cependant, plusieurs auteurs dont Blaszczynski (1999) et Ladouceur, Sylvain, Boutin et Doucet (2000) s'entendent, pour leur part, à définir les joueurs pathologiques comme « des individus émotionnellement dépendants du jeu, qui ont perdu le contrôle des aspects personnel, familial et professionnel de leur vie et qui présentent habituellement plusieurs signes d'un piètre fonctionnement psychosocial » (Ladouceur & al., 2002, p. 2).

Tableau 1

Les dix critères du DSM-IV concernant le diagnostic du jeu pathologique

Critères du DSM-IV

- 1) Préoccupation par le jeu (par extension, préoccupation par la remémoration d'expériences de jeu passées ou par la prévision de tentatives prochaines ou par les moyens de se procurer de l'argent).
- 2) Besoin de jouer avec des sommes d'argent croissantes pour atteindre l'état d'excitation désiré.
- 3) Efforts répétés, mais infructueux pour contrôler, réduire ou arrêter la pratique du jeu.
- 4) Agitation ou irritabilité lors de tentatives de réduction ou d'arrêt de la pratique du jeu.
- 5) Joue pour échapper aux difficultés ou pour soulager une humeur dysphorique (par exemple des sentiments d'impuissance, de culpabilité, d'anxiété, de dépression).
- 6) Après avoir perdu de l'argent au jeu, retourne souvent jouer un autre jour pour recouvrer ses pertes (se refaire).
- 7) Ment à sa famille, à son thérapeute ou à d'autres pour dissimuler l'ampleur réelle de ses habitudes de jeu.
- 8) Commet des actes illégaux pour financer la pratique du jeu.
- 9) Met en danger ou perd une relation affective importante, un emploi ou des possibilités d'études ou de carrières à cause du jeu.
- 10) Compte sur les autres pour obtenir de l'argent et se sortir de situations financières désespérées dues au jeu.

(American Psychiatric Association, 1996, p.273)

Définition du concept de joueur pathologique. Selon Chevalier (2003), deux familles de modèles définissent le concept du jeu pathologique. Le premier modèle présent chez les tenants d'une approche biomédicale classique est le modèle discret. Dans ce modèle, il existerait deux états : l'absence ou la présence du problème. Le second modèle est

le modèle continu. Selon cette perspective, il n'y a pas de coupure entre ne pas jouer et avoir développé un problème de jeu pathologique; il s'agirait plutôt d'un continuum où il existe plusieurs nuances. Ce modèle peut être subdivisé en quatre moments :

1. « Les personnes qui ne jouent pas et dont la probabilité de développer des problèmes de jeu à court terme est le plus souvent nulle ou très faible. Il existerait toutefois des sous-catégories de personnes qui ne jouent pas, mais pour lesquelles le risque de développer des problèmes de jeu pourrait être significatif; ce sont les anciens joueurs, les anciens joueurs pathologiques et les joueurs en traitement.
2. Les joueurs asymptomatiques qui, à l'instar des sous-catégories identifiées précédemment, présentent un faible risque de développer un problème de jeu. On retrouve dans cette catégorie les joueurs dilettantes, les joueurs sociaux et une certaine portion des joueurs assidus.
3. Les joueurs symptomatiques sont ceux qui présentent une ou plusieurs manifestations de jeu pathologique, mais pas suffisamment pour recevoir le diagnostic de joueur pathologique. Ces personnes sont à haut risque de développer un problème plus sévère encore. Un sous-groupe de cette catégorie pourrait cependant être en transition du jeu pathologique vers un jeu contrôlé.
4. Finalement, il y a des joueurs pathologiques qui eux aussi comptent plusieurs sous-populations, par exemple, les joueurs qui n'estiment pas avoir de problème, ceux qui désirent adhérer à un traitement ou les joueurs traités en rechute » (Chevalier, 2003, p. 23-25).

Paradis et Courteau (2003) font état, quant à eux, de trois types de joueurs. En premier lieu, il y aurait le joueur récréatif. Ce type de joueur ne présente pas de difficulté vis-à-vis la pratique de jeux de hasard et d'argent. Il joue pour se divertir, et le jeu est une activité sociale et de loisir. En second lieu, il y a le joueur problématique qui présente plus de trois critères du DSM-IV. Ce joueur éprouve certains problèmes liés au jeu et vit certains méfaits engendrés par le jeu. Puis, il y a le joueur pathologique qui présente cinq critères ou plus du DSM-IV. Ce type de joueur présente de nombreux problèmes causés par une dépendance au jeu de hasard et d'argent.

Prévalence du jeu pathologique. Afin de mieux comprendre la prévalence du jeu pathologique, il est important de mentionner qu'il existe deux façons de présenter les statistiques sur le pourcentage des joueurs pathologiques et de les définir. La prévalence à vie fait référence au nombre d'individus qui ont eu un problème de jeu à un moment donné au cours de leur vie, mais qui n'en souffrent pas nécessairement maintenant. La prévalence courante, quant à elle, précise le nombre de personnes qui ont eu un problème avec le jeu dans l'année précédent l'entrevue ou qui l'éprouvent actuellement, de là son intérêt prépondérant par rapport à la prévalence à vie.

Les premières estimations de prévalence (courante et à vie) du jeu pathologique proviennent d'une Commission officielle américaine qui estima qu'en 1974, plus d'un million de personnes avaient une prévalence à vie de jeu pathologique soit, 0,77 % de la population adulte (Papart, 2000). Ce chiffre fut considéré comme une évaluation sous-estimée (Nadler, 1985), mais c'est seulement en 1985 qu'on mesura la prévalence de ce problème par une enquête épidémiologique (Culleton, 1985). Cette étude révélait un taux de prévalence de 2,5 % de joueurs pathologiques à vie dans la population adulte et de 3,4 % de joueurs pathologiques à risque. Une étude conduite dans la population new-yorkaise en 1986 établit un taux de prévalence à vie de 1,4 % de joueurs pathologiques (Volberg, 1996a). Au début des années 1990, une enquête épidémiologique nationale conduite en Nouvelle-Zélande a permis d'estimer que la prévalence à vie du jeu pathologique se situait à 2,7 % ($\pm 0,5 \%$) et que la prévalence courante était de 1,2 % ($\pm 0,3 \%$) (Abbott & Volberg, 1996).

En 1997, une méta analyse sur la prévalence du jeu pathologique aux États-Unis et au Canada fut réalisée à partir de 152 études épidémiologiques dont 120 furent retenues pour les estimations (Shaffer, Hall & Vander Bilt, 1997). La prévalence à vie a alors été estimée à 1,6 % dans la population adulte tandis que la prévalence courante était de 1,1 %. Cette méta analyse a aussi permis de mettre en évidence une augmentation significative de la prévalence du jeu pathologique depuis vingt ans (Papart, 2000). Pour leur part, les enquêtes de prévalence conduites en Europe ont donné des résultats comparables à ceux mesurés en Amérique du Nord (Becoña, Del Carmen & Fuentes, 1996) quoique les chiffres mis en évidence en Suisse sont un peu inférieurs : 0,8 % pour la prévalence à vie de jeu pathologique et 2,2 % pour les joueurs à risque (Papart, 2000).

Au Québec, les statistiques qui permettent d'établir une trajectoire dans le temps datent de 1989 et 1996. Les études de Ladouceur (1991) révèlent notamment que la prévalence probable de joueurs pathologiques à vie était de 1,2 % en 1989 et de 2,1 % en 1996. De plus, on estime qu'en 2002, la situation du jeu pathologique pour l'ensemble du Québec demeure la même qu'en 1996 (Chevalier & al., 2004a).

Caractéristiques des joueurs pathologiques en traitement. Le Tableau 2 présente les caractéristiques sociodémographiques des joueurs pathologiques ayant participé à des programmes de traitement contre le jeu dans certaines provinces canadiennes ou dans certains états américains. Ce tableau démontre qu'en général, la plupart des personnes sont de sexe masculin, qu'elles n'ont complété que des études secondaires et qu'elles sont célibataires. De plus, l'âge moyen de ces personnes est supérieur à 35 ans.

Tableau 2

Synthèse des résultats des systèmes de monitorage –Caractéristiques sociales des joueurs pathologiques s'étant inscrits à un programme de traitement sur le jeu pathologique

	Minnesota 1 (États-Unis)	Minnesota 2 (États-Unis)	Oregon (États-Unis)	Victoria (Australie)	Ontario (Canada)	Québec (Canada)
Sexe	61 % hommes 39 % femmes	58 % hommes 42 % femmes	55 % hommes 45 % femmes	54 % hommes 46 % femmes	66 % hommes 34 % femmes	67 % hommes 33 % femmes
Âge	Âge moyen de 39 ans	Âge moyen de 39 ans	Âge moyen de 43 ans	Âge moyen de 38 ans	Âge moyen de 41 ans	
État civil	46 % mariés ou conjoints de fait 26 % séparés ou divorcés 25 % célibataires 2 % veufs		45 % mariés 23 % divorcés 17 % célibataires	30 % hommes mariés 43 % femmes mariées 42 % hommes célibataires 20 % femmes célibataires		42 % mariés ou conjoints de fait 34 % séparées (femmes) 25 % séparés (hommes) 24 % femmes célibataires 33 % hommes célibataires
Scolarité	93 % ont un diplôme d'études secondaires	92 % 12 ans de scolarité et plus	12,8 années (plus élevée chez les hommes)			72 % ont un diplôme d'études secondaires

(Audet & al., 2003, p. 59)

Le Conseil national du bien-être social (1996b) dans une étude réalisée dans toutes les provinces canadiennes démontre également l'existence d'une corrélation entre le jeu pathologique et l'état civil; les joueurs pathologiques ayant davantage tendance à être célibataires que l'ensemble de la population. Les joueurs célibataires se retrouvent plus souvent parmi les joueurs les plus jeunes ou parmi les plus vieux (Chevalier & Allard, 2001a). Toutefois, l'étude menée par Chevalier et al. (2001a) démontre le contraire. Les personnes qui vivent avec un conjoint sont proportionnellement plus nombreuses (65 %) à s'adonner au jeu que celles qui n'ont pas de conjoint (59 %).

Contrairement à la croyance populaire qui avance que les personnes à faibles revenus s'adonnent davantage que le reste de la population aux jeux de hasard et d'argent, les recherches démontrent que les personnes de milieux socioéconomiques défavorisés sont moins nombreuses en proportion à jouer que leur poids démographique; elles sont cependant surreprésentées, toujours en proportion, parmi ceux qui ont un problème de jeu, notamment les joueurs pathologiques (Chevalier, 2006). Cependant, aux Pays-Bas, on estime que les joueurs à risque de développer une pathologie sont plus fréquemment des personnes de faible niveau socioéconomique (Hendriks, Garreßsen & Van de Goor, 1997).

Aux États-Unis, dans un centre de traitement, Pasternak et Fleming (1999) ont établi également un lien entre l'appartenance des patients à un groupe défavorisé sur le plan socioéconomique et la prévalence plus grande au niveau du jeu pathologique. D'ailleurs, les joueurs de loterie sont plus pauvres que ceux qui s'adonnent à d'autres jeux de hasard et d'argent (Brown, Kaldenberg & Browne, 1992; Smart & Ferris, 1996).

À ce sujet, des chercheurs québécois ont formulé l'hypothèse selon laquelle les personnes se situant dans les tranches de revenu inférieur jouent pour gagner d'importantes sommes d'argent tandis que les joueurs des tranches supérieures de revenu jouent surtout pour se distraire (Conseil national du bien-être social, 1996c).

L'existence d'une relation entre le jeu et le degré de scolarité a également été démontrée. C'est ainsi que les activités de jeu diminueraient avec l'augmentation du niveau de scolarité. D'ailleurs, au Québec, les experts ont remarqué que les joueurs pathologiques étaient plus susceptibles de ne détenir qu'un diplôme d'études secondaires (Conseil national du bien-être social, 1996c). De plus, les personnes dont le niveau de scolarité est moins élevé sont plus nombreuses, proportionnellement, à tenter le sort. Par contre, lorsque les personnes sont aux études, elles s'adonnent moins au jeu (39 %) (Chevalier & al., 2001a). Il existerait aussi un lien entre le niveau de scolarité et le soutien social chez les joueurs pathologiques. Les personnes les moins scolarisées bénéficieraient plus souvent d'un faible réseau social, elles seraient plus isolées et elles auraient moins de personnes avec qui réaliser des activités récréatives ou ludiques que la population en général. En plus, elles n'ont généralement personne pour les soutenir ou tenter de limiter leur implication dans le jeu (Chevalier & al., 2001a).

Caractéristiques sociodémographiques et sociales des joueurs ayant eu recours à des services de traitement internes ou externes dans des centres publics ou communautaires pour leur problème de jeu au Québec.

Selon Chevalier, Allard, Kimpton, Audet, Hamel et St-Laurent (2005), les usagers des services de traitement pour joueurs pathologiques au Québec sont pour les deux tiers

des hommes, conformément à la proportion de joueurs pathologiques dans la population. Ces usagers ont majoritairement entre 35 et 44 ans (30,3 %), suivis de près par le groupe des 45-54 ans (28,8 %). Les personnes avec conjoint sont moins nombreuses à se présenter en traitement tandis que les personnes seules, soit celles célibataires, divorcées ou veuves représentent la grande part des usagers (60,0 %). Le niveau de scolarisation semble avoir peu d'influence sur le recours ou non aux services. Toutefois, parmi les usagers des services de traitement, près de 70,0 % possèdent l'équivalent d'un diplôme d'études secondaires ou moins, environ 19 % ont un diplôme d'études collégiales et 11 % un diplôme d'études universitaires. La majorité des usagers des services de traitement publics ou communautaires occupent un emploi (71 %) tandis que 14 % de ces individus ont déclaré avoir perdu leur emploi alors que 6,7 % ont mis en danger leur travail rémunéré. Comparativement à la population générale, les joueurs pathologiques en traitement sont plus nombreux à occuper un emploi.

Dans l'étude des caractéristiques des joueurs excessifs selon le mode de traitement, (Ladouceur & al., 2004b) on retrouve une majorité d'hommes tant à l'externe (70,7 %) qu'à l'interne (74,6 %). L'âge moyen des participants ne diffère pas entre les personnes traitées à l'interne (Moyenne = 42,7) par rapport à celles suivies à l'externe (Moyenne = 43). Les personnes vivant en couple sont un peu plus nombreuses à l'externe (22,7 %) qu'à l'interne (17,3 %). Pour ce qui est du dernier niveau de scolarité complété, la majorité des participants ont complété leur secondaire, mais on retrouve une plus grande proportion de cette population à l'interne (63,4 %) qu'à l'externe (47,9 %). La majorité des répondants de l'étude de Ladouceur et al. (2004b) occupent un emploi. Ceux qui

travaillent sont plus nombreux chez les externes (61 %) tandis que ceux qui n'occupent pas d'emploi et qui ne sont pas aux études sont plus nombreux à l'interne (50,0 %).

État de santé psychologique des joueurs. En ce qui a trait à leur état de santé, La-douceur et al. (2004b) estiment que le quart des joueurs ayant participé à un traitement éprouvent, au moment de leur inscription, des problèmes de santé mentale, 21 % étant aux prises avec d'autres dépendances dont 9 % à la drogue et 19 % à l'alcool. Au total, la proportion d'usagers qui déclarent avoir été traités pour un ou des troubles concomitants autres que le jeu dans les douze mois est de 49 %. Pour les problèmes concomitants, on observe que les clients des services internes sont proportionnellement plus nombreux que les joueurs traités en externe à estimer qu'ils ont un problème d'alcool (33,9 %) ou de drogue (18,6 %). Par contre, les joueurs traités à l'interne sont proportionnellement moins nombreux à déclarer un problème de santé mentale (21,2 %) ou d'autres dépendances (13,9 %) que l'autre type de joueur à l'étude. De plus, lors de l'inscription, un peu plus d'une personne sur deux signifie avoir pensé sérieusement au suicide au cours des douze derniers mois. En services internes, la proportion est de 73,1 % tandis qu'elle est de 44,7 % en services externes (Chevalier & al., 2005). Quant à l'humeur dépressive, les répondants de l'interne ont une moyenne plus élevée (Moyenne = 24,5) que ceux à l'externe (Moyenne = 17,5) à l'Inventaire de dépression de Beck. L'anxiété éprouvée par les répondants en mode interne se trouve au seuil du niveau problématique (Moyenne = 19,8). Selon Beck, Epstein, Brown & Steer (1988), un score de vingt permet de croire

re que le client est aux prises avec un syndrome d'anxiété de nature clinique (Ladouceur & al., 2004b).

Intensité du problème de jeu. Dans l'étude de Chevalier et al. (2005), les joueurs ont obtenu une moyenne de 7,1 sur une possibilité de dix, lors de l'évaluation de leurs problèmes de jeu obtenue à l'aide du DSM-IV. Une minorité d'entre eux ne présentait que deux symptômes ou moins tandis que 7,9 % en présentaient trois ou quatre; ce qui signifie que 90,0 % des usagers pouvaient être considérés joueurs pathologiques. Le score au DSM-IV serait plus élevé pour les personnes en traitement interne (Moyenne = 8,5) comparativement à ceux participant à un traitement externe (Moyenne = 6,9). La très vaste majorité des joueurs (92 %) est également aux prises avec une dette de jeu lors de leur inscription à leur programme de traitement (Chevalier & al., 2005).

Mentionnons que dans l'étude de Ladouceur et al. (2004b), les répondants provenant de l'interne présentent une problématique plus sévère que ceux de l'externe sur les variables reliées au jeu comme le score au DSM-IV, la perception de contrôle à l'égard du problème de jeu, la fréquence de jeu (fréquence, heures jouées, argent misé), le nombre de jeux problématiques, les répercussions du problème de jeu sur leur vie sociale, familiale, professionnelle et sur leur humeur. De plus, les joueurs pathologiques suivis à l'interne vivaient plus de conséquences financières (manque d'argent pour les besoins essentiels), perdaient plus d'argent et étaient plus nombreux à déclarer avoir fait une faillite personnelle. De plus, sur plusieurs autres variables comme : l'humeur dépressive, l'anxiété, l'impulsivité, les idées suicidaires et tentatives de suicide, la consommation

d'alcool et de drogues, le nombre de dépendances actuelles, les types de dépendances ainsi que la qualité de vie, les joueurs suivis en traitement à l'interne étaient plus désavantagés que ceux inscrits à un programme offert à l'externe.

Persévérance ou abandons du traitement. Les données actuelles démontrent qu'une minorité de joueurs traités complète leur traitement (44 %) (Chevalier & al., 2005). Cela signifie donc que le taux d'abandon est de 56 %. Ces proportions sont très différentes selon que l'on participe à un traitement interne ou externe. C'est ainsi que les personnes qui ont reçu les services en interne ont complété dans une proportion de 95 % leur programme de traitement comparativement à 35 % chez les personnes en externe (Chevalier & al., 2005). Dans l'étude de Ladouceur et al. (2004b) les résultats sont similaires. La majorité des répondants qui ont reçu un traitement à l'interne ont complété la thérapie (90,1 %) comparativement à 46,3 % à l'externe. L'abandon est donc plus important pour les services externes. Ce taux élevé d'abandon en externe fait partie des difficultés de traitement de cette dépendance en dehors d'un milieu protégé de l'exposition aux facteurs de risque. Le taux d'abandon est reconnu dans la majorité des études sur le sujet (Chevalier & al., 2005; Ladouceur & al., 2004b). Quant aux caractéristiques des personnes qui persévèrent ou qui abandonnent le traitement, le trop petit nombre de répondants des deux études mentionnées n'a pas permis de comparer les deux groupes entre eux.

Toutefois, Audet et al. (2003) ont effectué une revue de littérature sur la persévérance au traitement dans d'autres États. Ils soulignent que des résultats différents de ceux du Québec ont été obtenus dans différentes études. Prenons par exemple, une étude réali-

sée au Minnesota qui démontre que le pourcentage de clients ayant complété leur traitement se situe à 70,0 %, ce qui est très au-dessus de ce qui est observé au Québec (42,4 %). Les auteurs de cette étude (Stinchfield & Winters, 1996; Rhodes & al., 1997) affirment que la rétention semble plus forte lorsque le programme est court, lorsqu'il est offert à l'interne, en milieu urbain et s'il est d'orientation familiale. Par ailleurs, d'autres études ont été réalisées dans l'état de l'Oregon (Moore, 2000, 2001; Herbert & Louis, 2001), auprès de joueurs pathologiques de 24 centres de traitement subventionnés par l'État. Entre 1995 et 2001, la proportion des clients qui ont complété le programme est passée de 12 % à 32 %, ce pourcentage étant inférieur à ce que l'on obtient au Québec (42,4 %) (Chevalier & al., 2005). Audet et al. (2003) mentionnent, pour leur part, qu'il faudrait connaître en détail le processus de sélection des clients pour pouvoir donner un sens à d'aussi grandes différences.

Cependant, dans une autre recherche portant cette fois-ci sur l'évaluation du traitement cognitivo-comportemental (ex. : programme expérimental sur le jeu pathologique) qui combine des composantes thérapeutiques de nature cognitive et comportementale auprès d'un groupe de 2019 joueurs pathologiques traités, les données du Tableau 3 démontrent que le taux de persévérance au traitement est de 42,4 % tandis que le taux d'abandon signifié aux intervenants est de 20,4 %. De plus, plus du tiers des joueurs (36,9 %) abandonneraient le traitement sans entrer en contact avec leurs intervenants (Audet & al., 2003).

Tableau 3

Proportion des personnes inscrites au Programme expérimental sur le jeu pathologique selon la persévérance dans le programme de traitement

<i>Persévérance dans le programme de traitement</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Programme complété	855	42,4
Abandon signifié	412	20,4
Abandon non signifié	745	36,9
Statut inconnu	7	0,4
Total	2 019	100,0

(Audet & al. 2003, p. 47)

Joueurs pathologiques et appareils de loterie vidéo. La situation du Saguenay–Lac-St-Jean est différente de celle des grandes métropoles où l'accessibilité des casinos est plus grande. Le principal jeu de hasard et d'argent, auquel la population de cette région s'adonne, demeure les appareils de loterie vidéo. La section suivante s'attardera particulièrement aux particularités des joueurs d'appareils de loterie vidéo.

Les appareils de loterie vidéo représentent le jeu de hasard et d'argent qui possède un nombre considérable d'adeptes. Un consensus semble se dessiner sur les impacts psychosociaux néfastes des appareils de loterie vidéo sur de plus en plus de joueurs, car ceux-ci développeraient trop rapidement la dépendance aux jeux de hasard et d'argent avec ce type d'appareils (Suissa, 2005). Les joueurs pathologiques préfèrent des modes «continus» de jeu qui procurent une satisfaction instantanée (ex. : bingo, casino, appareils de loterie vidéo). Le temps qui s'écoule entre le jeu lui-même et son résultat est généralement très court. Les joueurs veulent plus rapidement toucher l'argent sans attendre.

Ils jouent plus souvent et plus longtemps que les joueurs non pathologiques et consacrent des sommes considérables à ces activités (Conseil national du bien-être social, 1996c). Déjà en 1995, Fisher et Griffiths avaient identifié que ces machines fournissaient un courant de stimuli auditifs et visuels qui font appel à la réponse des joueurs tout en renforçant la continuité du jeu par le biais de petits gains fréquents et des gains limites. Perçus comme non menaçants (*user friendly*), les appareils de loterie vidéo constituent le médium continu le plus en vogue dans le champ du jeu (Suissa, 2005).

On observe que la population québécoise mise davantage dans les appareils de loterie vidéo (14 %) que le fait la population canadienne vivant dans d'autres provinces comme l'Ontario (5,8 %), la Saskatchewan (5,5 %) et la Colombie-Britannique (7,4 %). Il faut toutefois mentionner qu'à l'échelle du Québec, ce sont 8 % des joueurs qui s'adonnent au jeu dans les appareils de loteries vidéo qui deviennent des joueurs pathologiques probables et que 6 % sont considérés comme des joueurs à risques (Chevalier & al., 2004a; Chevalier, Papineau & Geoffrion, 2003b).

Les données de Chevalier et al. (2004a) indiquent qu'environ 14 % des joueurs d'appareils de loterie vidéo s'exécutent à ce jeu au moins une fois par semaine et que les joueurs dépensent annuellement des sommes de l'ordre de 884 \$ (la plus importante somme dépensée par les joueurs pour l'ensemble des jeux établis). La majorité des joueurs de loterie vidéo sont des hommes (70,0 %), âgés de 25-44 ans (41 %). Une minorité d'entre eux (40,0 %) vit avec une conjointe, le tiers (33 %) a obtenu un diplôme d'études collégiales et 41 % ont un revenu annuel de moins de 30 000 \$. De plus, 40,0 % des joueurs d'appareils de loterie vidéo consomment soient de l'alcool et/ou des drogues

pendant le jeu et lorsque survient un événement pénible dans leur vie, 7,2 % de ces joueurs ressentent le besoin d'aller jouer. Chevalier et al. (2001a) ont démontré que dans la population montréalaise, ce sont les joueurs d'appareils électroniques de jeu (machine à sous et loterie vidéo) qui présentent les taux les plus élevés de problèmes de jeu. Des résultats similaires se retrouvent dans certaines sous-populations des joueurs pathologiques, car Chevalier et al. (2003a) ont montré que les joueurs qui recourent à une ligne téléphonique d'aide pour les joueurs sont, le plus souvent, des joueurs d'appareils électroniques de jeu (90,0 %). Ces résultats concordent avec ceux obtenus dans d'autres services téléphoniques de ce genre (Chevalier et al., 2003a). Audet et al. (2003) estiment aussi que 85 % des joueurs en traitement sont des joueurs d'appareils électroniques de jeu.

Conséquences du jeu pathologique

L'émergence d'une « société de désinhibition » amène les cliniciens à se pencher sur les nouvelles « *addictions* » promues au rang de « maladie de la modernité » (Valleur & Bucher, 1997). Le jeu pathologique possède un potentiel de risque élevé puisqu'il affecte les conditions de santé et la qualité de vie de plusieurs individus et qu'il entraîne aussi des conséquences sociales, économiques et politiques fort coûteuses. Les problèmes vécus par les joueurs pathologiques sont multidimensionnels. Selon Chevalier et al. (2001a), les études scientifiques ont recensé un ensemble de difficultés pouvant être reliées directement ou indirectement au jeu et qui peuvent affecter les individus, les familles et les collectivités. Le plus grand nombre d'écrits publiés traitent des méfaits

qu'occasionnent les jeux de hasard et d'argent chez les personnes qui s'y adonnent. Cependant, les méfaits relatifs à la famille et aux proches ont aussi été assez bien couverts. Certaines publications traitent également des conséquences de ce problème sur différents milieux de vie, tels le travail, l'école et le quartier. Les effets du jeu pathologique sur la société sont, pour leur part, beaucoup moins documentés (Paradis & al., 2003).

Problèmes de santé psychologique. Au plan des troubles mentaux, on estime à 20,0 % le nombre de Canadiens qui seront personnellement atteints d'une maladie mentale au cours de leur vie (Ménard, 2005). Le National Opinion Research Center (1999) affirme que les joueurs pathologiques, comparativement aux autres joueurs ou non joueurs, auraient une moins bonne santé psychologique. De plus, selon des chercheurs espagnols, les joueurs pathologiques s'avèrent nettement plus déprimés que les joueurs qui n'ont pas de problème de jeu (Becoña & al., 1996). D'ailleurs, plusieurs chercheurs ont démontré, dans leurs études portant sur l'ensemble des joueurs pathologiques admis en traitement, qu'entre 75 % et 97 % de ceux-ci présentaient des symptômes de dépression ou souffraient de dépression majeure (Becoña & al., 1996; Black & Moyer, 1998; Blaszczynski, McConaghy & Frankova, 1990; Castellani, Wootton, Rugle, Wedeworth, Prabucki & Olson, 1996; Chevalier & al., 2001a; Chevalier & Allard, 2001c; Conseil national du bien-être social, 1996a; Hollander & Wong, 1995; Linden, Jonas & Pope, 1984; McCormick, 1993, 1994; Roy & Bryan, 1988; Shaffer, Vander Bilt & Hall, M.N., 1999; Valleur & al., 1997; Wolkowitz, Roy & Doran, 1985; Tassé, 2005). De plus, au Canada en 2002, l'enquête sur la santé dans les collectivités, réalisée par Statistique Canada, permet de

constater que 24 % des joueurs pathologiques ont déjà souffert d'une dépression clinique majeure (Marshall & Wynne, 2004).

Corless et Dickerson (1989) et Becoña et al. (1996) mentionnent que plus l'humeur dépressive est intense chez les joueurs, plus le risque de perte de contrôle sur le jeu est grave. L'hypothèse que le jeu remplit une fonction thérapeutique antidépressive est aussi formulée par certains auteurs (Custer, 1982; Wolkowitz & al., 1985). Valleur et al. (1997) signalent, quant à eux, que la dépression serait même l'un des principaux motifs de consultation spontanée chez les joueurs pathologiques. D'où l'importance d'évaluer l'humeur dépressive au cours de l'entretien initial. L'évaluation des symptômes dépressifs se justifie aussi par le fait que les personnes qui ont une forte humeur dépressive sont plus à risque d'abandonner le traitement. Une humeur dépressive peut influencer la capacité de concentration du joueur au cours des étapes cruciales du traitement et le joueur pourrait aussi manquer d'énergie et de motivation pour assister aux rencontres ou encore être si triste qu'il n'aurait pas la disponibilité cognitive suffisante pour saisir les conseils du thérapeute qui l'assiste dans la modification de ses comportements et de ses pensées (Centre québécois d'excellence pour la prévention et le traitement du jeu, 2002).

On retrouve dans d'autres études portant sur les troubles de la personnalité et les joueurs pathologiques un taux élevé de comorbidité entre ces deux problématiques variant de 25 % à 93 % (Black & al., 1998; Steel & Blaszczynski, 1998; Chevalier & al., 2001a; Ibanez & al., 2001; Roy, Custer, Lorenz & Linnoila, 1989; Specker, Carlson, Christenson & Marcotte, 1996). De plus, Paradis et al. (2003), dans leur recension des écrits, mentionnent que les joueurs pathologiques présentent fréquemment des affecta-

tions psychiatriques comme les troubles bipolaires et la personnalité antisociale. Le jeu serait aussi associé à des problèmes reliés à l'attention (Carlton & Manowitz, 1992; Conseil national du bien-être social, 1996a, Paradis & al., 2003; Rugler & Melamed, 1993; Specker, Carlson, Christenson & Marcotte, 1995; Tassé, 2005). Black et al. (1998) et Chevalier et al. (2001a)c)) soulignent, dans leurs études, la fréquence évaluée de l'anxiété chez les joueurs pathologiques. Pour leur part, de nombreux chercheurs ont également montré des liens entre le jeu pathologique et les variables suivantes : l'inhabilité à résister au désir (« *craving* »), la recherche de nouveauté, la désinhibition de l'agressivité et les affects négatifs (Castellani & al., 1996; Chantal, Vallerand & Vallières, 1995; Hendriks, Meerkerk, Van Oers & Garresten, 1997; Hollander & al., 1995; McCormick, 1993). Rappelons que le jeu pathologique est classé, dans le DSM-IV, comme un trouble des impulsions. Il est donc congruent que quantité d'études établissent une association entre le jeu pathologique, l'impulsivité et la notion d'obsessivité (Black & al., 1998; Black, Goldstein, Noyes & Blum, 1994; Blaszczynski, 1999; Blaszczynski & al., 1998; Castellani & Rugle, 1995; Conseil national du bien-être social, 1996a; Hollander & al. 1995; McCormick, 1993; Vitaro, Arseneault & Tremblay, 1997, 1999).

Pour sa part, l'enquête de Statistique Canada sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2002, démontre que 42 % des joueurs pathologiques ont déclaré éprouver un degré de stress élevé ou extrême dans leur vie, comparativement à 23 % pour les joueurs sans problème. En outre, 29 % des joueurs pathologiques étaient considérés comme des personnes présentant un degré élevé de détresse; cette proportion était trois

fois supérieure à celle observée dans les cas des joueurs sans problème. Selon Marshall et al. (2004), un état de stress persistant peut être lié à une dépression.

Problèmes de santé physique. S'adonner de manière continue à des jeux de hasard demande du temps et de l'argent, et cela peut produire des effets négatifs sur la santé physique. Jusqu'à maintenant, chercheurs (Pasternak & al., 1999) avaient peu de inclus des variables relatives à la santé physique dans leurs études. Toutefois, l'enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2002 a permis de constater que les joueurs pathologiques étaient proportionnellement deux fois plus nombreux que les joueurs sans problème à qualifier leur état de santé de mauvais ou de médiocre (22 % contre 11 %) (Marshall & al., 2004). Signalons que le jeu pathologique entraîne de nombreux malaises liés au stress ou d'ordre physique et psychosomatique. Les problèmes physiques se traduisant par des malaises liés au stress tels que les maux d'estomac, l'insomnie, la présence d'ulcères, de colites, d'hypertension, de maladies cardiaques, de migraines et de problèmes de la peau seraient plus élevés chez les joueurs pathologiques que chez l'ensemble de la population (Conseil national du bien-être social, 1996a). Custer (1982) a quant à lui identifié quelques problèmes liés au sevrage de la dépendance au jeu soit la dysphorie, l'irritabilité, la céphalée, les douleurs abdominales, les tremblements et les cauchemars.

Alcoolisme et/ou toxicomanie. Le jeu pathologique se révèle fréquemment associé à des problèmes de consommation d'alcool, de tabac et de drogue. On constate que bon

nombre de joueurs pathologiques ont une très faible résistance à ces autres types de dépendance. Ils deviennent facilement des victimes de l'alcoolisme, du tabagisme et d'autres toxicomanies (Tassé, 2005). Selon Daghestani, Elenz et Crayton (1996), il existe plusieurs corrélations entre les joueurs pathologiques et les personnes alcooliques. Ainsi, chez les joueurs pathologiques suivis en traitement, la dépendance mixte au jeu, à savoir à l'alcool ou aux drogues en contexte de jeu, produit une prévalence de 5 à 10 fois plus élevée (Suissa, 2005). Une étude albertaine révèle un taux de 63,3 % d'alcooliques parmi les joueurs pathologiques, comparativement à 19 % dans le reste de la population. De même, 23,3 % des individus ayant un problème de jeu sont également toxicomanes, alors que la prévalence de la toxicomanie est de 6,3 % au sein de la population en général (Bland, Newman, Orn & Stebelski, 1993). Une autre étude, réalisée cette fois-ci par McCormick (1994), soulève qu'un tiers des joueurs pathologiques avaient des antécédents personnels d'alcoolisme et/ou de toxicomanie. Aux États-Unis, on retrouve 30,0 % de personnes alcooliques chez les joueurs pathologiques et 15 % de joueurs pathologiques chez les alcooliques (Sullivan, 1994). En 1996, au Québec, 13 % des joueurs pathologiques présentaient des problèmes associés à l'alcool et un pourcentage comparable de joueurs québécois (entre 9,2 % et 13 %) consommait des drogues (Comité permanent à la lutte à la toxicomanie, 1999). Plusieurs auteurs mentionnent dans leurs études que 34 % à 80,0 % des joueurs en traitement présenteraient aussi des problèmes de consommation d'alcool ou de drogue (Ciarrocchi & Richardson, 1989; Lesieur & Bloom, 1991). Certains chercheurs évaluent que parmi les consommateurs de psychotropes en traitement, de 5 % à 21 % présenteraient des problèmes de jeu pathologique (Ciarrocchi, 1996; Cun-

ningham-Wilam, Cottler, Compton, Spitznagel & Ben-Abdallah, 2000; Feigelman, Kleinman, Lesieur, Millman & Lesser, 1995; Hall, Carriero, Takuhi, Montoya, Preston & Gorelick, 2000; Toneatto & Brennan, 2002) tandis qu'une étude a souligné que 71 % des toxicomanes en traitement seraient aussi des joueurs pathologiques (Centre québécois d'excellence pour la prévention et le traitement du jeu, 2000b). L'intensité du jeu serait également corrélée à l'usage abusif du tabac et à l'état d'ébriété chez les jeunes adultes universitaires (Lesieur & al., 1991).

Problèmes familiaux. Une revue de la documentation scientifique montre que le jeu affecte non seulement le joueur, mais aussi l'ensemble du système familial, et le jeu en soi affecte également les relations familiales (Gupta & Derevensky, 2001; Federman, Drebing & Krebs, 2000; Castellani, 2000). Le jeu pathologique peut conduire à des problèmes de dysfonctionnement familial, à une diminution de la qualité de vie, à des tensions familiales, à l'abandon des rôles au sein de la famille et à de la négligence éventuelle des rôles parentaux. Les problèmes peuvent être présents et atteindre des niveaux mettant en cause l'intégrité familiale chez les joueurs pathologiques (Chevalier & al., 2001a; Paradis & al., 2003). Le Conseil national du bien-être social (1996d) signale que dans la mesure où les sommes d'argent que le joueur consacre au jeu représentent l'argent mis de côté par la famille pour les divertissements, cet argent dépensé dans les jeux de hasard et d'argent n'aura pas d'effet négatif sur le budget de la famille. Par contre, lorsqu'il s'agit de l'argent pour payer les factures, les services publics, le loyer ou l'épicerie ou encore celui provenant du chèque de prestation d'aide sociale ou de la vente d'objets qui sont

essentiels ou qui sont chers aux membres de la famille, les répercussions dépassent l'aspect strictement matériel de cet argent perdu aux jeux. Ces pertes d'argent ont des conséquences graves sur le développement des relations entre les conjoints eux-mêmes, sur celles des membres de leur famille et sur la santé mentale et physique de tous les membres de la famille. Au-delà des conséquences évidentes du jeu en termes financiers (perte de revenus, diminution de l'épargne, cumul de dettes importantes, dommages sur la cote de crédit des membres de la famille, etc.), ce déclin global du standard de vie peut produire un sens de privation, des sentiments de dépression, de colère envers le joueur dans la famille et une coupure des liens sociaux quand le joueur aliène les membres de sa famille élargie, ses collègues de travail, ses voisins et lorsqu'il ne rembourse pas les emprunts qu'il doit faire (Suissa, 2005).

Si on compare les conjoints des joueurs pathologiques à l'ensemble de la population, ils sont plus susceptibles de faire des dépressions nerveuses ou de sombrer dans les dépendances et ils sont trois fois plus susceptibles de tenter de se suicider (Conseil national du bien-être social, 1996a, Tassé, 2005). Une étude albertaine (citée par le Conseil national du bien-être social, 1996e) a démontré que plus de la moitié des joueurs pathologiques étaient séparés, divorcés ou vivant dans la monoparentalité (Jacobs, 1989; Tassé, 2005). Le National Opinion Research Center (1999) démontre, dans son étude sur l'impact du jeu et les comportements des joueurs, que les joueurs pathologiques vivent nettement plus de divorces que le reste des joueurs ou des non joueurs. Une autre étude citée par le Conseil national du bien-être social (1996d) constate que les conjoints des joueurs ou joueuses pathologiques sont plus violents que les joueurs pathologiques eux-

mêmes et que 76 % des épouses des joueurs pathologiques avaient tendance à trop manger ou à ne pas manger suffisamment. Les effets négatifs des jeux de hasard et d'argent touchent aussi aux enfants des joueurs pathologiques. Ces enfants peuvent finir par avoir des comportements suicidaires, des résultats scolaires faibles, des problèmes de toxicomanies et peuvent éventuellement développer des problèmes de jeu (Tassé, 2005). De plus, les enfants de joueurs pathologiques sont plus à risque d'être la cible d'abus physiques et verbaux que les enfants vivant dans des familles où les parents ne sont pas considérés comme des joueurs pathologiques. Une étude américaine a démontré pour sa part que 6 % des joueurs pathologiques et 36 % de leurs conjointes ont fait subir des abus physiques à leurs enfants; tandis que 80,0 % des mères d'enfants de joueurs admettaient aussi être verbalement abusives (Wildman & Robert, 1997). En plus des conséquences du jeu pathologique sur les conjointes et les enfants, Beaucage (1998) a aussi démontré que le jeu pouvait avoir des impacts négatifs importants chez les parents, les frères et sœurs et même les grands-parents des joueurs pathologiques. Ceux-ci sont des témoins impuissants de la détérioration de la vie familiale.

Problèmes professionnels. Le jeu pathologique peut aussi avoir des répercussions financières et sociales dans le milieu de travail tant pour les travailleurs que pour les employeurs. Les employeurs doivent faire face à l'absentéisme, au vol et à la faible productivité de leurs employés qui s'adonnent au jeu. Les employeurs de joueurs pathologiques sont aussi plus susceptibles de faire face à des suspensions et des congédiements de leurs employés (Association canadienne de Santé Publique, 2000; Chevalier & al., 2001a,b;

Conseil national de bien-être social, 1996a). Selon Lesieur (1998), environ 69 % à 76 % des joueurs pathologiques se seraient absents de leur travail pour aller jouer, et entre 21 % à 36 % des joueurs en traitement ou qui assistent aux rencontres de « Gamblers Anonymes » auraient perdu leur emploi en raison de leur problème de jeu. Une étude effectuée au Québec a révélé que les joueurs pathologiques coûtent à leur employeur cinq heures de travail par mois à cause de leurs nombreux retards (Conseil national du bien-être social, 1996a).

La criminalité. Le jeu pathologique peut induire des comportements criminels et criminalisés qui peuvent aller de la prostitution ou du vol jusqu'au trafic de drogues ou aux homicides. Les études démontrent que lorsqu'ils ont épuisé tous les autres moyens légaux pour se procurer de l'argent, les joueurs pathologiques ont souvent recours à des comportements criminels et criminalisés pour continuer à s'adonner aux jeux de hasard et d'argent. Ce sont deux joueurs pathologiques sur trois qui vont jusqu'à enfreindre la loi pour pouvoir rembourser leurs dettes de jeu. Ces crimes ne sont pas généralement violents et sont principalement du détournement de fonds, de la contrefaçon de chèque, du vol de cartes de crédit, de la fraude auprès de l'employeur. Il n'y a pas de données à ce sujet, mais les chercheurs supposent que les coûts associés à l'arrestation, aux poursuites judiciaires et à l'emprisonnement de ces joueurs pathologiques sont élevés pour la société (Tassé, 2005). Le joueur risque de s'enfoncer dans son problème de jeu s'il est emprisonné. En effet, il y aurait 30,0 % des prisonniers qui seraient des joueurs pathologiques (Conseil national de bien-être social, 1996e).

Selon d'autres auteurs, la « période d'incubation » du jeu pathologique se situerait autour de dix ans; il peut s'écouler une période assez longue avant qu'un comportement criminel associé au jeu pathologique ne se développe (Conseil national du bien-être social, 1996a). Beaucage (1998) estime que 60,0 % des crimes « de col blanc » sont commis par des joueurs pathologiques. Par contre, les taux d'arrestation et de condamnation sont des indicateurs inadéquats parce que le jeu n'est pas nécessairement consigné comme cause de l'accusation dans le dossier criminel. De plus, les accusations reliées au jeu ne sont pas toutes décelées ni les contrevenants tous appréhendés. La prévalence réelle d'actes criminels commis par les joueurs pathologiques risque donc d'être sous-évaluée (Blaszczynski & Silove, 1996).

Le suicide et la présence d'idées suicidaires. Le suicide et la présence d'idées suicidaires sont aussi fréquemment reliés au jeu pathologique. Selon Chevalier et al. (2001a), il s'agit évidemment de la conséquence individuelle, familiale et sociétaire la plus extrême. Les facteurs de risque les plus fréquents sont : la présence de dépression, les dettes importantes et les difficultés relationnelles (Suissa, 2005). Ainsi, le Québec a le plus haut taux de personnes décédées par suicide (près de 175 personnes depuis dix ans) à cause de la dépendance créée particulièrement par les appareils de loterie vidéo (Suissa, 2005).

Des chercheurs ont établi que jusqu'à 90,0 % des joueurs pathologiques ont déjà envisagé de s'enlever la vie et près de 20,0 % de ceux en traitement ont actuellement commis des tentatives de suicide (Conseil national du bien-être, 1996d; Setness, 1997;

Henriksson, 2002). Plusieurs chercheurs démontrent des liens entre le jeu pathologique et le suicide (idéations suicidaires ou tentatives de suicide). Ceux-ci estiment que le taux de suicide chez les joueurs pathologiques se situe entre 12 % et 50,0 % (Bland & al., 1993; Bourget, Gagné, Ward & Turnel, 2000). Au Québec, une étude portant sur la prévalence des habitudes de jeu et du jeu pathologique réalisée en 2002 auprès de 8 842 personnes, rapporte que la proportion d'individus qui affirment avoir songé au suicide dans la dernière année est plus élevée chez les joueurs ayant des problèmes de jeu (15 %) que chez les individus sans problème de jeu (2 %). D'ailleurs, 36 % des 22 joueurs interviewés qui avaient des problèmes de jeu (joueurs à risque et pathologiques regroupés) et qui avaient déjà songé au suicide ont relié cette pensée suicidaire à leurs problèmes de jeu (Ladouceur & al., 2004b). Une étude effectuée auprès des personnes qui ont été traitées pour leur problème de jeu pathologique au Québec démontre, pour sa part, que 53,6 % des femmes et 52,3 % des hommes ont pensé sérieusement au suicide dans l'année précédent l'enquête (Audet & al., 2003).

Au Québec, une étude sur les liens entre le jeu pathologique et le suicide révèle qu'une majorité des personnes suicidées avait consulté un médecin de famille ou un professionnel de la santé avant le passage à l'acte et que la moyenne d'âge se situait entre trente et quarante ans (Séguin, Suissa & al., 2005). Si le taux de suicide dans la population atteint 3 %, celui lié au jeu pathologique chez les joueurs pathologiques oscille entre 17 % et 24 % (Elliott & Bailey, 2003).

Le Bureau du coroner du Québec a enregistré, le 28 février 2004, 159 suicides directement liés aux jeux de hasard et d'argent en dix ans d'exposition, soit depuis le pre-

mier cas de suicide en lien avec le jeu en 1994 avec l'ouverture du premier casino à Montréal en 1993 (Bureau du coroner du Québec, 2004). Pour leur part, au Saguenay–Lac-St-Jean de 1999 à 2003, les autorités publiques estiment qu'il y a eu six suicides liés au jeu au Saguenay et un au Lac-St-Jean. Toujours selon le Bureau du coroner, le nombre de suicides liés au jeu pourrait être sous-estimé, car il ne reflète que les cas pour lesquels le lien avec le jeu est clairement établi. Depuis juin 2003, le milieu médical répertorie les décès par suicide où le jeu est jugé comme cause possible et la plupart des provinces canadiennes ont maintenant instauré un interrogatoire incluant systématiquement des questions aux proches survivants pour savoir si le jeu a pu avoir un rôle dans le suicide (Suissa, 2005). De plus, il semble que plus de la moitié de ces suicides sont liés aux appareils de loterie vidéo avec, comme preuves, des notes laissées par les victimes (Bureau du coroner du Québec, 2004). De plus, les données préliminaires du Bureau du coroner du Québec, en 2001, montrent en effet une variété impressionnante de formes de suicides associées au jeu pathologique. Les suicides par pendaison semblent être le premier choix pour la majorité des suicidés, suivis de l'usage d'armes à feu, de l'intoxication à la cocaïne, etc. (Suissa, 2005). Dans leur étude, Bourget et al. (2000) révèlent qu'il n'y avait aucun signe avant-coureur dans 65 % des cas, 12 % avaient contacté un médecin et 20,0 % avaient divulgué une intention suicidaire dans le mois précédent le geste. Des notes de suicide avaient été laissées dans 50,0 % des cas alors que l'intoxication à l'alcool était présente dans 25 % des cas (Suissa, 2005).

Les coûts personnels et sociaux du jeu pathologique. Le jeu pathologique a des conséquences sociales graves pour le joueur, son entourage et le développement socio-culturel (c'est-à-dire la qualité de vie) de nos sociétés industrialisées. Selon Suissa (2002), les jeux de hasard et d'argent comportent des enjeux sociaux et économiques qui dépassent strictement le champ du *gambling*. Ils représentent des coûts sociaux et économiques croissants et importants, non seulement pour les joueurs, mais aussi pour la population en général. Mentionnons principalement les coûts des services de santé et de services sociaux pour traiter les joueurs pathologiques (les coûts de prévention et de recherche), les outils du système d'éducation (prévention), du système judiciaire (divorce, faillite, criminalité, aide juridique), de la sécurité publique (criminalité, coroner), de la fiscalité et de l'économie en général (perte de productivité, manque à gagner). Toutefois, il semble qu'il ne soit pas possible dans l'état actuel des connaissances, d'en arriver à un consensus sur les coûts et les bénéfices engendrés par les jeux de hasard et d'argent. Cependant, signalons que des estimations de coûts sont sujettes à discussion en fonction des experts économistes qui les présentent. En calculant les coûts directs associés au traitement des problèmes de jeu compulsif et pathologique, les coûts associés au traitement des problèmes de jeu pathologique ainsi que les coûts indirects tels que les malaises physiques, les absences au travail ou le temps passé devant les tribunaux, le Conseil national du bien-être social (1996d) signale que les coûts sociaux et financiers associés à ces problèmes peuvent être estimés aux États-Unis à 13 200 \$ US par joueur, par année. Une étude manitobaine indique, quant à elle, que les joueurs pathologiques coûtent en moyenne 56 000 \$ CAN chacun à sa société (Tassé, 2005). Selon les chercheurs du Laboratoire

d'éthique publique (2003), transposés au Canada, ces coûts s'élèveraient à environ 12,5 milliards de dollars annuellement. Alors qu'à l'échelle du Québec, les coûts socio-économiques du jeu pathologique seraient de 2,5 milliards de dollars (Tassé, 2005). Au niveau économique, il a été estimé que la dette moyenne d'un joueur pathologique se situe entre 30 000 \$ et 125 000 \$ avant qu'il prenne la décision de se faire traiter (Suissa, 2002). Une recherche de l'Institut national de recherche scientifique indique qu'environ 28 % des joueurs pathologiques affirment avoir déclaré faillite à leur entrée en traitement pour des dettes totalisant en moyenne 75 000 \$ à 150 000 \$ (Bélanger, Boisvert, Papineau & Vétéré, 2003).

Lorsque certains joueurs pathologiques prennent la décision de cesser de jouer, ils consultent pour la plupart des cliniciens qui sont formés pour intervenir auprès de personnes qui présentent des conduites problématiques et qui éprouvent des difficultés à les modifier. Mais en tant que clinicien, des questions se posent souvent : comment amener la personne à consulter? Est-ce que la personne est suffisamment motivée pour apporter des changements? Comment évaluer la motivation de ces personnes? Premièrement, la théorie de stigmatisation de Goffman (1975) peut aider à la compréhension du contexte de la demande d'aide qui peut être parfois difficile pour certaines personnes. Ensuite, approfondir le concept de motivation est nécessaire afin de mieux saisir toute la complexité de ce qu'est la motivation.

La demande d'aide

Toutes les métaphores à propos du précipice, de l'abîme, du bas-fond, de l'extrême limite ou du mur que l'on frappe, sont régulièrement employées pour décrire le comportement de la personne affectée qui a résisté longtemps avant de montrer aux autres sa honte et son désarroi d'être un joueur à problèmes (Tassé, 2005). Le joueur pathologique a une dépendance ou une fragilité qui le conduit à jouer inconsidérément et, ce faisant, à entrer dans le cercle infernal de la stigmatisation et de la honte. Le joueur finit par présenter toutes les caractéristiques psychosociologiques de la personne stigmatisée et à agir en conséquence. Le joueur pathologique nie son problème et s'efforce de le dissimuler à son entourage parce qu'il désire par-dessus tout protéger l'intégrité de son identité personnelle et sociale (Goffman, 1975). On sait que c'est le maintien de cette intégrité identitaire qui assure au joueur pathologique la reconnaissance sociale lui permettant de continuer à être un citoyen à part entière. Mais malheureusement, comme tous les stigmatisés, le joueur pathologique est dans une impasse identitaire. Il perd à tous les coups ; s'il se dévoile, il perd son illusion identitaire et s'il ne se dévoile pas, il perd la réalité des liens affectifs et sociaux qui le relient aux autres. C'est pourquoi le joueur résiste à se faire traiter (Tassé, 2005). En d'autres termes, les joueurs pathologiques ont honte de leur dépendance au jeu et donc adoptent des comportements asociaux que le jeu a induits chez eux. Selon Goffman (1975), les joueurs pathologiques sont stigmatisés au même titre que les drogués et les prostitués. C'est-à-dire qu'ils éprouvent de la honte pour avoir transgressé une norme sociale de bonne conduite; le jeu les a entraînés à dilapider l'héritage de leur famille, à trahir la confiance de leur employeur, à mentir à leurs enfants ou à voler

leurs proches. Même lorsque les joueurs pathologiques atteignent une certaine maturité et qu'ils parviennent en toute conscience à lever le voile sur leur problème de jeu pathologique, ils sont toujours victimes de ceux qui se considèrent normaux. C'est le propre de la stigmatisation dans toute sa contradiction. Pour être considérés comme faisant partie du monde des normaux, on demande à ceux qui ont un handicap de se comporter comme s'ils étaient normaux, mais on leur envoie toujours le message qu'ils ne sont pas normaux. Comme on le fait avec tous les stigmatisés, on envoie un double message aux joueurs pathologiques : qu'ils sont comme tout le monde et ils ne le sont pas (Goffman, 1975). Toujours selon Goffman (1975), lorsque les joueurs pathologiques reconnaissent leur problème, ils agissent comme toutes les personnes stigmatisées par un handicap physique, psychologique ou social. Après avoir été déviants, ils deviennent conformistes; ils acceptent leur condition et cherchent à s'intégrer à la « catégorie stigmatique » qui les caractérise. Par ailleurs, ceux qui résistent à reconnaître leur problème de jeu comme étant un handicap, feront des lieux de jeux de hasard et d'argent leur unique lieu de socialité et s'y enfermeront corps et âme.

Les joueurs pathologiques doivent affronter quotidiennement la peur de la stigmatisation. La mise au jour de leur problème de jeu signifierait le dévoilement de leur stigmate. Parce que les joueurs pathologiques sont menacés dans leur intégrité et dans leur intimité, les plus affectés perdent le sens des réalités. Ils se réfugient dans la pensée magique propre aux joueurs problématiques. Ils croient pouvoir maîtriser leur destinée de la même façon qu'ils sont convaincus de contrôler les jeux de hasard.

Motivation

Les premières tentatives pour définir la motivation remontent à la fin du 19^e siècle, mais, c'est la seconde moitié du 20^e siècle qui a vu fleurir les nombreuses études qui ont tenté d'expliquer les conduites humaines (Centre Dollard-Cormier, 2000). La question de la motivation se pose souvent à l'intervenant lorsque, dans un processus de relation d'aide, il est confronté à des situations où l'intervention apparaît difficile, stagnante ou carrément dans une impasse. Dans ces cas-là, l'intervenant sent bien qu'il se passe « quelque chose » chez le client et il aimerait pouvoir intervenir parce qu'il sent que l'action ou l'inaction y est directement reliée. La motivation se définit comme étant « la probabilité qu'une personne s'engage dans un comportement avec l'intention d'atteindre des résultats positifs » (Rossignol, 2000, p. 16). Toutefois, la notion de motivation est complexe. Il y a l'impulsion de départ, ce qui initie le comportement (motivation initiale) et, en ce sens, c'est d'un réservoir d'énergie disponible dont il s'agit. Cette énergie peut être qualifiée de façon très différente par la direction, l'intensité et la persistance du comportement qui a été initié : on peut être motivée pour une chose et non pour une autre, à des degrés divers, à court ou à moyen terme. La motivation s'inscrit donc dans un processus dynamique qui peut fluctuer en fonction de facteurs internes ou externes (Centre Dollard-Cormier, 2000).

La motivation est aussi une variable importante pour inciter le client à faire une demande d'aide, pour s'engager ensuite dans le traitement offert et pour persévéérer dans ce traitement jusqu'à l'obtention de changements significatifs dans les sphères de sa vie affectées par les problèmes associés au jeu. Ainsi, l'efficacité du traitement dépend non

seulement de la valeur des programmes offerts, de l'environnement thérapeutique ou de la relation entre le client et les intervenants, mais aussi de la motivation initiale du client à procéder à des changements et surtout de sa motivation à poursuivre les efforts nécessaires pour atteindre les résultats désirés (Bergeron & al., 2000).

Il ne faut pas confondre motivation au changement avec motivation aux services. Une juste évaluation de ces motivations est essentielle puisque les efforts demandés seront en relation avec la motivation au changement. La motivation aux services est celle qui permet à un système-client de demander, de recevoir ou même de tolérer les services d'un organisme. Dans cette motivation, il y a réceptivité du client à avoir des interactions avec les intervenants. Les contacts sont possibles. Cette seule motivation aux services est malheureusement insuffisante, car le changement ne prend place que s'il y a motivation à ce changement (Centre de Formation en Court Terme Planifié Systémique, 1997).

L'estimation de la motivation au changement peut s'évaluer de différentes façons. Celle retenue pour cette étude, se base sur le modèle transthéorique de Prochaska et al. (1982) et de la persévérence au traitement. Le modèle transthéorique postule que le processus de changement s'inscrit dans une série de stades et il permet de cerner à quel moment apparaît la motivation au changement (Major, 1995). De plus, il explique aux cliniciens comment ils doivent utiliser les stratégies adaptées au stade de changement où se situe la personne aidée (Rossignol, 2000).

Les déterminants de la persévérence au traitement. Bergeron, Brochu, Landry et Joly (2000) indiquent que la motivation au changement évaluée à l'entrée du programme,

s'avère reliée à la persévérance au traitement mais aussi à l'efficacité du traitement. La persévérance des clients est reliée à la détresse psychologique mesurée. Révélés dans l'ensemble des études dans le domaine, ces résultats suggèrent que le rôle de la motivation dans les traitements ne peut être bien compris qu'en interaction avec le niveau de détresse des clients, les pressions ressenties de la part de l'entourage et la qualité de la relation thérapeutique avec les intervenants (Forum Mondial Montréal, 2002). La motivation des clients joue donc un rôle de tout premier plan dans un programme de traitement, en particulier dans un programme qui s'adresse à des personnes ayant des problèmes de dépendance (Bergeron & al., 2000).

Initialement, les études portant sur la persévérance en traitement ont découlé du constat de l'ampleur du phénomène de l'abandon thérapeutique. En 1975, Baekeland et Lundwall rapportaient que 52 % à 75 % des clients en clinique externe de traitement pour alcoolisme abandonnaient leur traitement à l'intérieur des quatre premières séances. Une étude similaire a été faite au Québec par Laflamme-Cusson et al. (1993). Cette dernière étude révèle que 25 % des clients abandonnent leur demande d'aide après l'évaluation; 50,0 % poursuivent pendant plus de quatre semaines et seulement 15 % persistent plus de six mois. Pour leur part, Brochu, Landry, Bergeron et Chiocchio (1995) mentionnent dans une étude auprès d'usagers de Domrémy-Montréal que 17 % des clients abandonnent leur demande d'aide après l'entrevue d'évaluation; 45 % abandonnent avant la deuxième phase de traitement et seulement 12 % persistent au-delà des six mois.

Autrement dit, pour qu'un traitement produise des résultats, il est nécessaire qu'il soit appliqué. La persévérance en traitement semble donc en partie un reflet de

l'exposition au traitement. Elle semble cependant constituer également une expression de la motivation à changer. Rappelons que dans cette étude, la motivation est considérée comme la probabilité de s'engager dans un comportement avec l'intention d'atteindre des résultats positifs. Alors, l'engagement et la poursuite dans un programme de traitement constituent une conduite observable qui reflète un désir d'atteindre des améliorations ou d'apporter des changements à l'égard de certaines difficultés. D'ailleurs, différentes études suggèrent que l'efficacité des traitements est reliée à la persévérance des clients en traitement (Baekeland & al., 1975; DeLeon, 1985; Gainey, Wells, Hawkins & Catalano, 1993; Garfield, 1986; Longo, Lent & Brown, 1992; Rees, 1985; Simpson, 1979; Simpson & Sells, 1982). Les deux plus importantes études traitant de l'efficacité des interventions dans le contexte de réadaptation indiquent qu'un nombre minimum de rencontres est nécessaire pour qu'un traitement soit efficace (Bergeron & al., 1997). Ainsi, les résultats observés dans le cadre du projet Rand indiquent que vingt jours de traitement en interne et quinze rencontres en externe peuvent être considérés comme un seuil minimal d'efficacité (Bergeron & al., 1997).

Tout comme pour la persévérance à un programme, l'abandon peut être influencé par de multiples facteurs. Ces facteurs sont, dans certains cas, l'inverse de ceux qui agissent positivement sur la persévérance : le manque de motivation, les rechutes, un soutien social défaillant, les difficultés dans le lien thérapeutique avec le clinicien, l'utilisation d'une approche ou des approches thérapeutiques non pertinentes, etc.

Par contre, la motivation souvent fragile du joueur pathologique fait que bien que la motivation du joueur semble très élevée lors de la prise du premier rendez-vous, elle est

souvent circonstancielle (ex. : perte financière importante, menace de la conjointe, etc.).

Une fois ce moment de crise passé, le joueur oublie rapidement les raisons qui l'ont conduit à faire cette démarche et il cherche alors à mettre un terme au processus thérapeutique. Le manque de motivation du joueur se traduit aussi par de fréquents retards aux rendez-vous, par l'annulation de rendez-vous ou même par l'abandon du traitement (Centre québécois d'excellence pour la prévention et le traitement du jeu, 2000a).

Bref, les difficultés qui surviennent en cours de traitement sont fortement reliées à la motivation du joueur à régler son problème. S'il réussit à maintenir une motivation élevée tout au long du traitement, il y a de fortes chances qu'il parvienne à contrôler ou à cesser ses habitudes de jeu (Centre québécois d'excellence pour la prévention et le traitement du jeu, 2000a).

Combien de joueurs pathologiques se présentent en traitement? Une étude québécoise de Ladouceur (1991) a évalué que 11,8 % des joueurs pathologiques auraient consulté ou recherché de l'aide pour leur problème de jeu. Cependant, il n'en demeure pas moins que selon ces données, seule une minorité de joueurs pathologiques, c'est-à-dire qu'à peine plus d'un joueur sur dix recevrait un traitement (Beaucage, 1998).

De nombreuses études ont été effectuées depuis 1975 sur la question des déterminants de la persévérance au traitement. Néanmoins, l'étude des facteurs d'abandon du traitement peut être divisée en trois grands secteurs : a) l'examen des facteurs sociodémographiques, b) l'identification des caractéristiques psychologiques des personnes avant le traitement et, c) l'analyse des facteurs reliés aux conditions du traitement (Bergeron & al., 1997).

Jusqu'à présent, la majorité des chercheurs ont tenté de relier la persévérance au traitement aux caractéristiques sociodémographiques des individus qui se présentent en traitement ou à des éléments de leur profil biopsychosocial. La plupart de ces recherches se sont révélées plutôt décevantes et ne fournissent guère d'informations cliniques pertinentes qui pourraient augmenter le taux de rétention des clients (Craig, 1985 ; Garfield, 1986; Longo & al., 1992).

Compte tenu du peu de résultats consistants obtenus dans les recherches précédentes, il est apparu important d'étudier les facteurs psychologiques présents avant le début de la période de consultation qui pourraient précipiter la décision des usagers de mettre fin au traitement (Garfield, 1986; Luborsky, Chandler, Auerbach, Cohun & Bachrach, 1971; Pekarik, 1985). Les recherches portent ici sur des variables telles que la détresse psychologique, le diagnostic et le degré de motivation de l'usager. Selon Garfield (1986), Longo et al. (1992), Frayn (1992) et Beckman et Bardsley (1986), l'une des variables importantes de la persévérance en traitement est la motivation du patient. De plus, les gens plus anxieux, plus insatisfaits d'eux, plus motivés à explorer leurs problèmes, plus persistants et fiables, persévérent plus au traitement. La présence de dépression apparaît aussi être un autre facteur de prédiction de la persévérance (Bergeron & al., 1997). De plus, il appert en fait que la conscience chez le client de la présence de symptômes de détresse psychologique est un indice de son désir de changer sa situation et influe en ce sens sur la persévérance en traitement (Craig & Olson, 1988).

D'autres chercheurs (Bell, 1985; Craig, 1985; De Leon, Melnick, Kressel, Jainchill, 1994; Keso & Salaspuro, 1990 ; Stark, Campbell & Brinkerhoff, 1990; Stark, 1992) sou-

lignent l'importance de considérer les déterminants reliés aux conditions dans lesquelles le traitement est donné et les déterminants reliés à l'environnement (circonstances de vie, pressions sociales et soutien du milieu). Il est donc extrêmement important de situer les effets de la motivation des personnes ayant des problèmes de dépendance sur la persévérance en traitement et l'efficacité de ce traitement, en tenant compte de l'environnement psychosocial et des aspects du programme de traitement qui soutiennent cette motivation (Bergeron & al., 2000).

De plus, l'adéquation entre les attentes de l'usager et du professionnel, la nature de l'alliance thérapeutique et le degré de satisfaction de l'usager vis-à-vis des services offerts sont des facteurs qui sont rarement étudiés bien qu'ils soient très souvent cités comme étant importants. À ce titre, les études de Garfield et Wolpin (1963) et de Garfield (1986) démontrent que la présence de divergences entre les attentes de l'usager et celles du professionnel sur la durée du traitement et sur la nature de la relation entre l'usager et le professionnel (Kokotovic & Tracey, 1987; McNeil, May & Leeve, 1989) seraient tous des facteurs qui influencent la persévérance au traitement.

La prochaine section permet de présenter sommairement les différentes approches pour traiter le jeu pathologique. Dans le cadre de cette recherche, une attention particulière est portée à l'approche cognitivo-comportementale étant donné que cette approche a été retenue dans l'ensemble des programmes de traitement des joueurs pathologiques. Des informations sont également fournies sur le traitement utilisé au Saguenay–Lac-St-Jean étant donné que celui-ci présente certaines particularités spécifiques par rapport aux autres programmes mis en place au Québec.

Traitements

Au Québec, deux théories ont initialement servi à déterminer la manière de faire le traitement. La première veut qu'une personne développe un problème de jeu pathologique uniquement à cause d'un manque de connaissances ou parce qu'elle possède des connaissances dites erronées à propos des jeux de hasard et d'argent. La seconde est une théorie du comportement qui veut que les individus soient des créatures rationnelles.

Cette théorie qui préside à l'implantation du traitement retenu au Québec, considère qu'une personne modifiera son comportement lorsqu'elle aura appris des informations qu'elle ne connaît pas ou qu'elle aura compris des erreurs dites cognitives qu'elle commet. Donc, si certaines bases mathématiques relatives à la théorie des jeux sont inculquées comme par exemple l'explication sur la loi de la probabilité, le taux de retour et l'indépendance des tours, la personne abandonnera les comportements qui, en l'occurrence, lui sont nocifs (Chevalier & al., 2003).

Differentes approches de traitement. Le but de la prise en charge thérapeutique semble aujourd'hui faire l'objet d'un consensus. Ainsi, différentes formes de traitement sont regroupées selon leurs approches, soit : l'approche psychanalytique (qui regroupe les traitements psychanalytiques), l'approche cognitivo-comportementale (qui regroupe les traitements comportementaux suivants : conditionnement aversif, désensibilisation par l'imagerie ou in vivo et counseling behavioral), l'approche de réadaptation, l'approche biomédicale et l'approche biopsychosociale qui intègre des éléments des trois approches précédentes (Beaucage, 1998) (Appendice B).

L'approche psychanalytique a été la première à s'intéresser au traitement des joueurs pathologiques, au début du XX^e siècle. La psychanalyse du joueur pathologique est un traitement à long terme (un an à un an et demi minimum). Le but de la psychanalyse est de découvrir les raisons inconscientes qui poussent l'individu à jouer et de l'amener à prendre conscience de ces raisons, notamment des tendances masochistes qui sont généralement impliquées. Une étude sur l'efficacité de cette approche indique un taux de succès de 57 % dans la résolution du jeu pathologique chez soixante joueurs suivis en traitement. (Beaucage, 1998).

L'approche de réadaptation consiste à traiter le joueur pathologique en se basant sur les principes de traitement des toxicomanies. Cette approche inclut autant les programmes de cure interne (en milieu hospitalier ou clinique) que les traitements externes (en centre de réadaptation spécialisé ou régulier) et les programmes d'entraide en douze étapes « Glambers Anonymes » (Beaucage, 1998).

L'approche biomédicale, pour sa part, repose sur le principe que le jeu pathologique est une maladie nécessitant des interventions médicales et l'utilisation de traitements pharmacologiques (ex. : antidépresseurs, lithium, clomipramine, naltrexone et luoxetine) (Beaucage, 1998; Poupart, 2000). Certains auteurs (Herscovitch, 1999; Castellani, 2000) soulèvent l'hypothèse voulant que le jeu pathologique est compris comme ayant des sources biologiques, c'est-à-dire des déficiences biologiques et neurologiques. Dans cette optique, Herscovitch reprend les travaux de Rugle (1993) qui soutiennent que les déficits neurochimiques empêcheraient l'individu de comprendre des situations complexes, de répondre adéquatement aux stimuli, de se fixer des objectifs à long terme, d'être capable

de retarder la gratification préférant une récompense instantanée et d'anticiper adéquatement les conséquences des gestes posés (Suissa, 2005).

Quant à l'approche biopsychosociale, elle est une approche éclectique (c'est-à-dire intégrant diverses approches différentes) où l'on intègre à une approche médicale, pharmacologique et psychiatrique, une approche thérapeutique et les douze étapes du mouvement des Gamblers Anonymes. Le traitement vise l'abstinence où les habitudes de jeu sont contrôlées (Beaucage, 1998). Selon Herscovitch (1999), les aspects de nature psychologique et les déficits sont attribués aux habiletés carencées en termes de planification, d'organisation et d'anticipation des conséquences en fonction des gestes posés et en ayant comme toile de fond, la théorie de l'apprentissage social (Suissa, 2005).

Dans l'approche cognitivo-comportementale, le conditionnement aversif est une méthode qui vise à susciter une association mentale entre une sensation négative et un comportement, afin que chaque fois qu'une personne est sur le point d'effectuer un comportement, une sensation négative vienne à l'esprit et enlève tout désir de passer à l'action. Un taux de réussite de cette méthode a été remarqué chez 50,0 % des joueurs pathologiques. Walker (1995), dans un survol de différentes recherches effectuées avec des thérapies aversives, a plutôt indiqué un taux de succès global d'environ 23 %. La désensibilisation par imagerie, pour sa part, consiste à présenter aux joueurs des scènes où ils ont tous leurs comportements de jeux habituels sauf que la fin est modifiée : ils ne parient pas. Le taux de succès de cette méthode a été évalué à 43 % dans une recherche (Walker, 1995). La désensibilisation *in vivo* consiste à accompagner le joueur sur les lieux de paris et à lui faire vivre les sensations associées avec le fait de jouer, mais sans

parier. Cette procédure est répétée plusieurs fois, sur une période de temps généralement assez courte. Les taux de réussite varient entre 10,0 % et 20,0 % (Walker, 1995). Le counseling behavioral travaille avec le joueur et ses proches à modifier l'environnement du joueur de façon à lui limiter au maximum les occasions de jouer, lui limiter les paris lorsqu'il se retrouve dans un environnement propice au jeu et à limiter les contacts avec les autres joueurs (Beaucage, 1998). Selon Lopez Viets et Miller (1997), il semble bien qu'à l'heure actuelle, l'approche thérapeutique cognitivo-comportementale soit la plus efficace. Herscovith (1999), révèle les facteurs sociaux et culturels qui jouent un rôle prépondérant dans le développement de ces problèmes. Ainsi, les variables telles que l'incidence, les attitudes sociales, le degré d'acceptation sociale de l'activité, les mécanismes et les modalités de contrôle social (instances judiciaires et autres institutions qui peuvent encourager ou décourager tel ou tel comportement), l'accessibilité du produit, légal ou illégal, auraient un impact déterminant sur les trajectoires des personnes et sur leurs choix psychosociaux (Suissa, 2005)

Chapitre 3

Cadre de référence

La notion de stade de changement est retenue dans cette recherche parce que cette dernière a suscité beaucoup d'intérêt chez les intervenants en toxicomanie, étant donné que la connaissance du stade où se situe un client peut faciliter le choix du type d'intervention appropriée. Par exemple, Prochaska, DiClemente, Velicer et Rossi (1992) citent une étude qui montre que des mesures en rapport avec le stade de changement permettent de prédire l'abandon précoce d'une psychothérapie avec un taux de classification correcte de 93 % (Bergeron & al., 2000).

Un modèle théorique est retenu dans le cadre de cette étude parce qu'il est régulièrement utilisé dans les études sur les dépendances. C'est ainsi que cette recherche s'appuiera sur le modèle conceptuel des stades de changement du modèle transthéorique de Prochaska et DiClemente (1984).

Modèle transthéorique

Le modèle transthéorique de Prochaska et DiClemente (1984, 1992) porte sur le processus de changement de comportements. Selon ces derniers, la plupart des changements qui surviennent dans la vie sont inévitables, souvent hors du contrôle personnel. Cependant, des zones de pouvoir demeurent où l'être humain peut modifier le cours de sa vie ou en moduler certains aspects. Si une situation ou un comportement entraîne une détérioration ou une souffrance perçue comme intolérable, la personne cherche alors à

sortir de cet état. Prochaska et DiClemente (1983) ont tenté d'identifier les mécanismes mis de l'avant comme facteurs de changement selon les différentes approches thérapeutiques connues. Ils ont postulé que le changement de comportements s'explique mieux à partir d'une vision d'un processus comportant différents stades plutôt qu'à partir d'une vision dichotomique « comportement/arrêt du comportement » (Chouinard, 2004). Le développement du modèle transthéorique s'est effectué de façon inductive et déductive. D'un côté, il s'inspire de théories en psychologie desquelles il tire certains principes et processus pour les intégrer dans le cadre temporel des stades, d'où son appellation « transthéorique ». D'un autre côté, son développement s'est réalisé en intégrant les résultats de plusieurs études au cours des vingt dernières années. L'intérêt initial de l'application du modèle transthéorique était de comprendre la dépendance à un comportement nocif pour la santé (Chouinard, 2004).

Le modèle transthéorique est organisé autour de trois principaux construits : les stades de changement, le processus de changement et les niveaux de changement (Hodgins & al., 2001). Le principal construit est la conceptualisation de la disposition d'une personne vers le changement de comportements dans un cadre temporel comprenant différents stades (Chouinard, 2004).

Ce modèle transthéorique rend compte de tous les processus de changement possibles (il a été testé sur des milliers de personnes dans des domaines très variés), mais il ne stipule pas que les stades sont franchis de façon linéaire. D'après les études, plus de 90,0 % des personnes en processus de changement parcourent des stades de changement à plusieurs reprises avant de le compléter. Toutes les variations sont possibles en fonction

des capacités personnelles et des facteurs environnementaux qui jouent. Mais le modèle postule que toutes les étapes auront été franchies lors d'un changement complété (Centre Dollard-Cormier, 2000).

De plus, ce modèle de changement a été appliqué à diverses formes de thérapies et s'est avéré valide pour différents types de population : fumeurs (DiClemente & Prochaska, 1982); clients en psychothérapie externe (McConaughy, Prochaska & Velicer, 1983); participants à un programme de contrôle de poids (O'Connell & Velicer, 1988); alcooliques en clinique externe (DiClemente & Hugues, 1990); patients phobiques (Prochaska, 1991).

Stades de changement. Le modèle transthéorique comprend deux principaux construits. Le principal construit autour duquel s'organisent les autres est constitué des stades de changement. Ce construit est particulièrement important; il représente la dimension temporelle du modèle impliquant que le changement est un phénomène survenant dans le temps (Chouinard, 2004). Un stade représente une période spécifique de temps caractérisée par des attitudes, intentions ou comportements reliés au statut de la personne dans son processus de changement (Chouinard, 2004). La première formulation du cycle de changement en 1979 incluait quatre stades soit: contemplation, décision, action, maintien. Cependant, les stades de changement ont été redéfinis lors de travaux ultérieurs (Prochaska & al., 1982, 1985). Les auteurs ont alors délimité un stade précédant l'étape de contemplation dite de précontemplation et ont éliminé le stade de décision (McConaughy & al., 1983). Pendant plusieurs années, les recherches se sont appuyées sur cette der-

nière formulation de quatre stades. Le nouveau modèle de Prochaska et DiClemente distingue donc les quatre stades de changement suivants : la précontemplation, la contemplation, l'action et le maintien (Major, 1995). Dans le cadre de cette étude, le deuxième modèle transthéorique avec ses quatre stades a été retenu étant donné que l'University of Rhode Island Change Assessment Scale (URICA) a été utilisé et il mesure quatre stades seulement. La Figure 2 illustre les stades de changement.

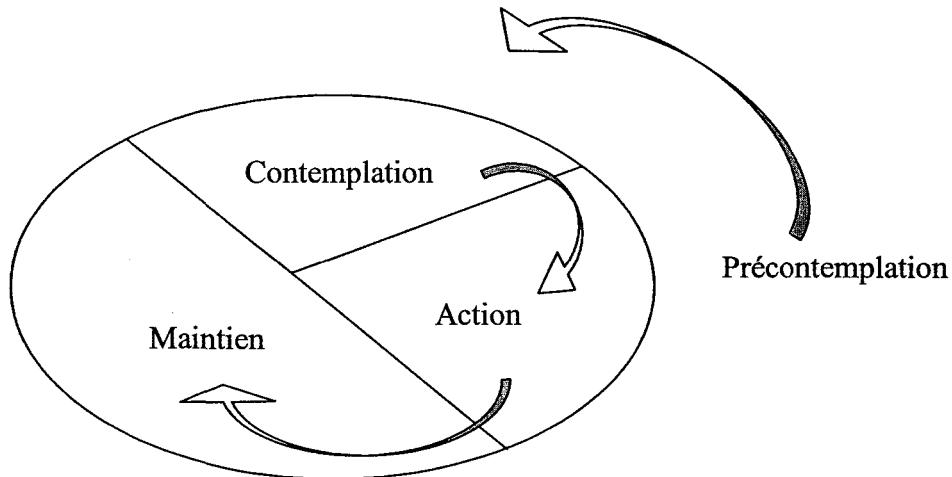


Figure 1. Les stades de changement du modèle transthéorique

Le premier stade est le stade de précontemplation. À ce stade, la personne est soit plus ou moins consciente de ses difficultés, soit peu disposée à changer, soit découragée par le changement. Elle ne se rend pas compte des conséquences risquées de ses actions ou ne veut pas les voir. Elle n'envisage pas de modifier son comportement à risque dans un avenir rapproché, représenté par une période de six mois. Le cadre temporel de six mois a été retenu, car il s'agit de la période de temps la plus longue permettant à une personne de planifier un changement de comportements (Chouinard, 2004). La personne

peut se retrouver à ce stade pour trois raisons : a) elle manque d'information sur les conséquences du comportement; b) elle a déjà fait des tentatives de changement sans y parvenir et se considère incapable de changer; c) elle peut être résistante aux informations sur les conséquences de son comportement (Chouinard, 2004).

Au deuxième stade, celui de la contemplation, la personne est plus consciente de son problème et elle pense plus sérieusement à apporter des changements dans sa vie au cours des six prochains mois. La souffrance est plus présente. La personne réalise davantage les aspects négatifs (contres) de son comportement. Cependant, elle reste très ambiguë envers le changement, car elle garde en tête les aspects positifs de ce comportement (Chouinard, 2004).

Le troisième stade est celui de l'action. La personne modifie son comportement à risque, ses expériences et son environnement pour surmonter ses difficultés. Elle tente de faire disparaître un comportement qu'elle juge insatisfaisant pour le remplacer par un comportement susceptible de lui apporter davantage de satisfaction. Pour le jeu pathologique, c'est l'abstinence totale de toutes les formes de jeux possibles. Ce stade se prolonge jusqu'à six mois après l'arrêt. Il se caractérise aussi par une plus grande confiance d'être en mesure de maintenir le changement de comportements (Chouinard, 2004).

Dans le quatrième stade, le maintien, la personne dispose de réussites concrètes et de modifications dans son style de vie sur lesquelles elle peut s'appuyer. Elle maintient son comportement modifié depuis au moins six mois. Elle travaille surtout à prévenir une rechute éventuelle (Chouinard, 2004). La récidive du comportement antérieur est possible. Cependant, le modèle transthéorique ne la conceptualise pas comme étant un stade

distinct. Lorsqu'une personne reprend le comportement à risque, elle retourne nécessairement à un stade antérieur (Chouinard, 2004).

Même si ce modèle n'explique pas l'origine des comportements de dépendance, ni ne fournit d'explications au pourquoi, certains individus changent et d'autres pas. Prochaska et DiClemente (1986) considèrent qu'une étude exhaustive de la motivation à changer devrait inclure une analyse à chaque stade parce qu'ils supposent que la motivation au changement serait un phénomène dynamique qui fluctue dans le cycle de changement (Major, 1995).

Bon nombre d'études ont déjà été effectuées sur diverses problématiques (tabagisme, alcoolisme, etc.), mais peu sur le jeu pathologique et aucune sur le lien entre la motivation et la persévérance au traitement pour les joueurs pathologiques. Comme il s'agit jusqu'à ce jour d'un sujet peu documenté dans le domaine du traitement des joueurs pathologiques, la présente recherche se veut exploratoire et vise à répondre à des questions de recherche plutôt que de vérifier des hypothèses formelles. Il est important d'évaluer si la persévérance à la thérapie externe pour joueur pathologique du Centre de réadaptation en dépendances est liée au programme de précure interne de la Maison d'Hébergement Le Séjour. Ces questions n'ont fait jusqu'à présent l'objet d'aucune étude connue, cette recherche vise donc à fournir une réponse à ces cinq grandes questions.

Q 1 : Quelles sont les principales caractéristiques sociodémographiques et l'état de santé physique et psychologique des personnes dont la voie d'entrée est le programme de précure de la Maison d'Hébergement Le Séjour et ceux

dont la voie d'entrée est la thérapie du jeu au Centre de réadaptation en dépendances?

- Q2 : Est-ce qu'il y a des différences dans les stades de changement entre les deux groupes de répondants?
- Q3: Est-ce que la participation à la précurse de la Maison d'Hébergement Le Séjour favorise la persévérence à la thérapie du jeu au Centre de réadaptation en dépendances?
- Q4 : Est-ce que le stade de changement à l'entrée dans l'un ou l'autre des programmes est lié à la poursuite de la thérapie du jeu au Centre de réadaptation en dépendances?
- Q5 : Quels sont les facteurs personnels, contextuels et sociaux qui facilitent ou perturbent la fin de la thérapie du jeu au Centre de réadaptation en dépendances?

Chapitre 4

Méthode

Le présent chapitre est divisé en trois sections. La première section apporte des informations sur le devis de recherche, le milieu, l'échantillonnage ainsi que les critères de sélection. La deuxième section présente les définitions conceptuelles et opérationnelles des variables. Cette deuxième section décrit également l'intervention, les instruments de mesure et le questionnaire de données sociodémographiques. La dernière section fournit des renseignements sur le déroulement, les considérations éthiques ainsi que le plan d'analyse des données.

Devis de recherche

Dans le but de déterminer le niveau de motivation avant et après le service de pré-cure de la Maison d'Hébergement Le Séjour et avant et après la thérapie du Centre de réadaptation en dépendances (variable indépendante), l'utilisation d'un devis de recherche expérimentale de type pré-post-test avec un groupe témoin a été employé. Les variables confondantes mesurées sont les caractéristiques sociodémographiques, l'état de santé physique et psychologique, les caractéristiques du jeu pathologique et le soutien social. La variable indépendante correspond au type de traitement tandis que les variables dépendantes, sont pour leur part, la motivation (stade de changement) telle qu'appréhendée par le modèle transthéorique et la persévérance dans les traitements.

Milieux de l'étude. Cette étude a été réalisée dans deux sites différents. Le premier est un organisme communautaire offrant un centre d'hébergement régional pour personnes dépendantes. Ce centre compte douze lits communautaires dont trois sont réservés spécifiquement pour la clientèle des joueurs pathologiques. En plus des différents services, cet organisme offre un service de précure interne spécifiquement pour les joueurs pathologiques d'une durée variant de 21 à 30 jours. Au moment de l'étude, son personnel est composé de dix intervenants sociaux, trois éducateurs spécialisés, deux gardiens de nuit et trois bénévoles pour l'hébergement. L'approche utilisée à la Maison d'Hébergement Le Séjour est l'approche motivationnelle de Prochaska et DiClemente. De plus, le programme de précure offre des ateliers de réflexion quotidiens en individuel ou en petit groupe aux joueurs pathologiques. Le but des ateliers est de faire réfléchir les joueurs sur l'importance d'approfondir leur démarche thérapeutique vers la thérapie. La Maison d'Hébergement Le Séjour travaille en complémentarité avec le Centre de réadaptation en dépendances.

Le deuxième site de l'étude est un centre de réadaptation en dépendances fusionné au Centre de santé et services sociaux de Jonquière. Ce centre offre la thérapie du jeu dans ses six points de services (Jonquière, Chicoutimi, La Baie, Alma, Roberval et Dolbeau-Mistassini). Les intervenants sociaux qui donnent la thérapie ont tous reçu la formation sur le traitement cognitivo-comportemental des joueurs pathologiques, donnée par le Centre québécois d'excellence pour la prévention et le traitement du jeu de l'Université Laval, en collaboration avec le MSSS. En principe, la thérapie offerte par le Centre de réadaptation en dépendances est basée sur le programme enseigné. Toutefois, les interve-

nants ont pu apporter leurs propres spécificités de cliniciens. De plus, la thérapie est offerte sur une base individuelle à l'externe, à raison d'une heure par semaine pendant douze à quinze semaines.

Population à l'étude. La population de cette étude est constituée de joueurs pathologiques du Saguenay–Lac-St-Jean qui se présentaient soit à la Maison d'Hébergement Le Séjour ou au Centre de réadaptation en dépendances afin d'y recevoir des services de traitement pour le jeu pathologique.

Le groupe expérimental est constitué de 18 joueurs pathologiques qui ont participé au programme de précure interne de la Maison d'Hébergement Le Séjour. Le groupe témoin comprend 17 joueurs pathologiques provenant du Centre de réadaptation en dépendances qui ont participé à la thérapie externe du jeu pathologique.

Critères de sélection. Afin d'être incluses dans l'étude, les personnes devaient : (a) être admises à la Maison d'Hébergement Le Séjour pour participer à la précure interne et/ou être admises à la thérapie externe du jeu pathologique du Centre de réadaptation en dépendances; (b) résider dans la région du Saguenay–Lac-St-Jean; (c) être âgées d'au moins 18 ans ; et (d) être volontaires à participer à la recherche. De plus, les personnes ne devaient pas avoir déjà complété le programme précure de la Maison d'Hébergement Le Séjour ou avoir déjà complété la thérapie du jeu au Centre de réadaptation en dépendances.

Plan d'échantillonnage. Pour des considérations pratiques, l'échantillon de cette étude a été obtenu selon la technique d'échantillonnage accidentel aussi appelé échantillon non probabiliste (Contandriopoulos, Champagne, Potvin, Denis & Boyle, 1990). Cette technique consiste à inclure les sujets dans l'étude au fur et à mesure qu'ils se présentent jusqu'à ce l'échantillon ait atteint la taille désirée.

Lorsqu'une personne faisait une demande d'aide, soit à la Maison d'Hébergement Le Séjour ou au Centre de réadaptation en dépendances dans ses six points de services du Saguenay–Lac-St-Jean, les intervenants leur expliquaient le but de la recherche et leur proposaient d'y participer. Si le client se montrait intéressé, il était alors invité à signer le formulaire de consentement afin de transmettre son nom et numéro de téléphone à la responsable de la recherche. Les personnes intéressées à participer étaient alors contactées par la responsable de la recherche. Lors de la première entrevue individuelle d'une durée approximative de soixante minutes, chaque participant a été informé du caractère confidentiel de la recherche, des objectifs de la recherche, des retombées attendues et des modalités de la collecte des données (Appendice C).

Les variables de l'étude

Le cadre d'analyse a été défini autour des variables confondantes, indépendantes et dépendantes (Figure 3). Dans un premier temps, les variables confondantes seront traitées telles que les caractéristiques sociodémographiques, l'état de santé physique et psychologique, les caractéristiques du jeu pathologique et le soutien social des participants à l'étude.

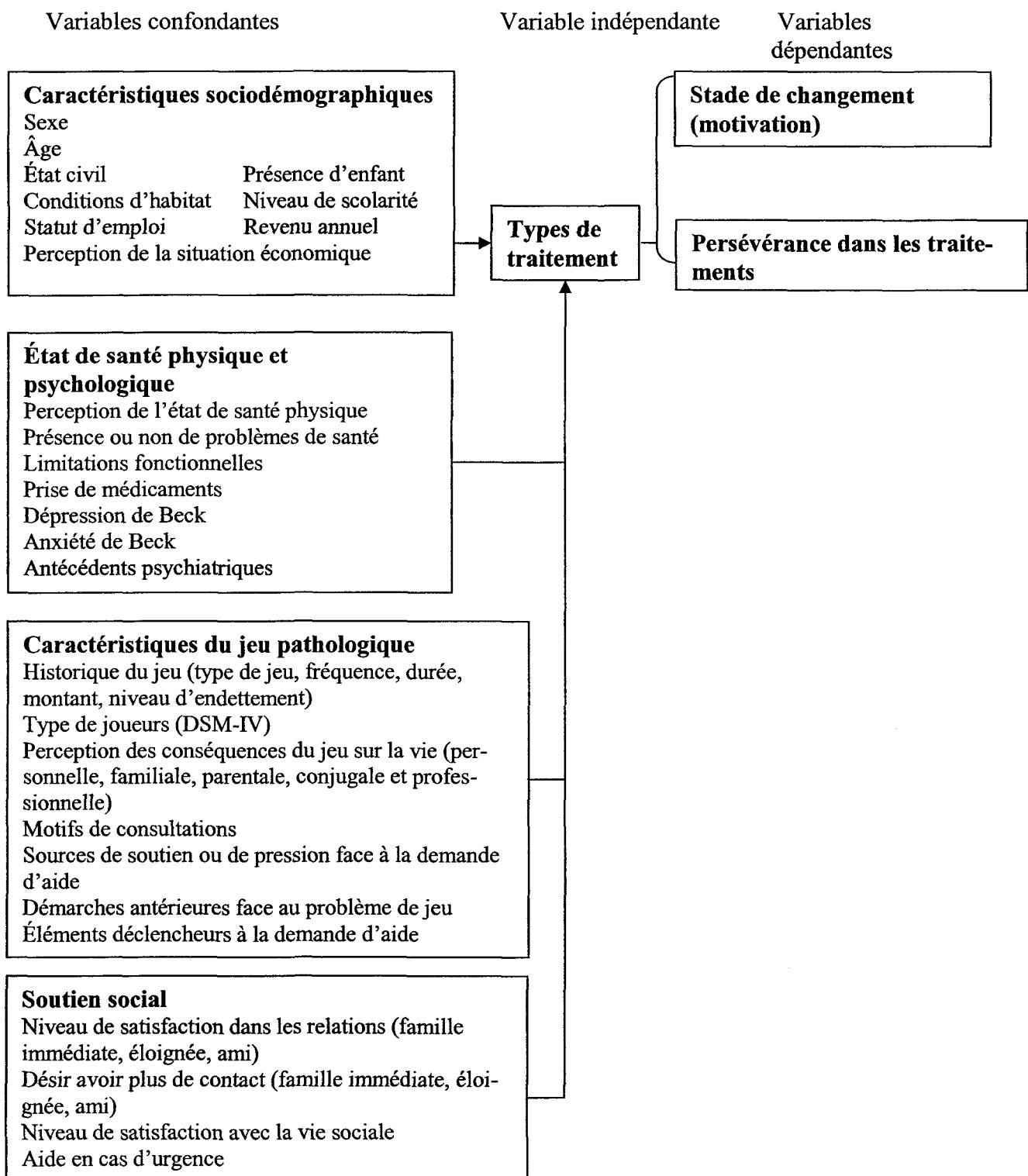


Figure 2. Cadre d'analyse des variables

Dans un deuxième temps, la variable indépendante, soit le type de traitement choisi par les participants, sera abordée et, pour terminer, les variables dépendantes seront présentées concernant les stades de changement et la persévérence dans les traitements. Les différences dans les stades de changement à l'entrée dans les services ainsi que l'impact de la participation au programme de la précure sur la motivation et la persévérence des participants à la thérapie du jeu seront abordées.

Variables confondantes

Caractéristiques sociodémographiques. Dans cette étude, les questions posées ont porté sur le sexe, l'âge, l'état civil, la présence d'enfant, les conditions d'habitat, le niveau de scolarité, le statut d'emploi, le revenu annuel brut au cours de la dernière année, la perception de la situation économique et la capacité financière à répondre à des besoins.

Santé psychologique. La santé psychologique des participants a été évaluée à partir de deux instruments de mesure. Premièrement, la version française du *Beck Depression Inventory* (BDI), dont l'adaptation française utilisée (Gauthier, Morin, Theriault & Law-son, 1982) présente des qualités psychométriques satisfaisantes et comparables à celles de la version originale, a permis d'estimer la présence ou non de symptômes de dépression. Ce questionnaire d'autoévaluation comprend 21 items qui évaluent les principaux symptômes cognitifs et physiques correspondant à quatre degrés d'intensité des symptômes de dépression; ce qui permet une estimation quantitative de l'intensité de la dépression. Le répondant doit choisir parmi quatre énoncés lequel décrit le mieux la façon dont il s'est senti au cours des sept derniers jours. Par contre, il peut aussi entourer plusieurs énoncés

par question si plusieurs propositions lui conviennent. Les scores varient entre 0 et 63. Selon Beck, on peut classer les résultats du répondant de la façon suivante : (a) 9 points ou moins : score normal, aucune dépression; (b) 10 à 18 : dépression légère; (c) 19 à 29 : dépression modérée et (d) 30 ou plus : dépression sévère. Des coefficients alpha de Cronbach ont été calculés pour chacun des 21 énoncés de l'instrument de mesure sur l'Inventaire de dépression de Beck.

Deuxièmement, la version française de l'inventaire du *Beck Anxiety* de Beck (BAI), dont les propriétés psychométriques sont reconnues (Freeston, Ladouceur, Thibodeau, Gagnon & Rhéaume, 1994), a été retenue pour identifier la présence ou non de symptômes d'anxiété. Ce questionnaire comprend 21 symptômes d'anxiété établis à partir de grands échantillons cliniques qui permettent de mesurer divers symptômes psychologiques et physiologiques associés à l'anxiété ainsi qu'à leur intensité. Ces 21 énoncés correspondent aux principaux symptômes du « trouble panique » et de « l'anxiété généralisée », tels que définis dans le DSM-IV. Le répondant doit indiquer la fréquence des symptômes éprouvés au cours des sept derniers jours sur une échelle allant de zéro (pas du tout) à trois (beaucoup, je pouvais à peine le supporter). Le résultat total peut donc varier de 0 à 63. Les études de validation du questionnaire ne permettent pas pour l'instant d'établir des niveaux de sévérité de l'anxiété tels qu'il en existe pour l'inventaire de dépression de BECK. Toutefois, un score à partir de vingt permet de croire que la personne est aux prises avec un syndrome d'anxiété de nature clinique (Ladouceur & al., 2000a).

Des questions sur les antécédents psychiatriques ont également été posées aux participants. Il s'agissait de savoir si les participants ont déjà consulté des professionnels de la santé tels que psychiatre, médecin de famille, psychologue ou travailleur social pour des problèmes autres que le jeu pathologique et pour quelle raison ils l'ont fait (Appendice D).

Santé physique. Pour la mesure de l'état de santé physique, les questions ont abordé la perception de l'état de santé, la présence ou non de problèmes de santé, les limitations fonctionnelles ainsi que la prise de médication. Ces questions sont tirées d'enquêtes nationales réalisées par Santé Québec (Maltais, 1997).

Les aspects du problème du jeu

Pour connaître les différents aspects du problème de jeu des répondants, une entrevue clinique semi dirigée comprenant des questions qui évaluent différents aspects du problème de jeu a été réalisée auprès des répondants. Au nombre des thèmes abordés, on retrouve l'historique du jeu (type de jeu, fréquence, durée, montant, niveau d'endettement), les différentes conséquences du jeu sur la vie personnelle, familiale, sociale et professionnelle et les motifs qui ont amené le joueur à consulter un professionnel soit à la Maison d'Hébergement Le Séjour ou au Centre de réadaptation en dépendances. De plus, les différentes sources de soutien et/ou de pression pour entreprendre une démarche et les démarches effectuées antérieurement par le joueur pour résoudre ou atténuer son problème de jeu sont également abordées. Des questions sur les motifs ou les

éléments déclencheurs qui stimulent l'individu à demander de l'aide ou à changer de comportement sont aussi posées. Et pour terminer, les attentes, le niveau de satisfaction et les résultats obtenus face à la précure et/ou la thérapie du jeu sont explorés dans le questionnaire avec les participants.

Les critères diagnostiques du jeu pathologique. Est considéré joueur problématique « celui qui éprouve certains problèmes liés au jeu et vit certains méfaits engendrés par le jeu » avec plus de trois critères au DSM-IV (Poupart, 2003). Un joueur pathologique est « un individu émotionnellement dépendant du jeu, qui a perdu le contrôle des aspects personnel, familial et professionnel de sa vie et qui présente habituellement plusieurs signes d'un piètre fonctionnement psychosocial » (Ladouceur & al., 2004a, p. 2). Le diagnostic de jeu pathologique est établi à l'aide des critères du DSM-IV (Psychiatric Association, 1996). Un score de cinq ou plus sur un total de dix permet de diagnostiquer le jeu pathologique.

Soutien social. Afin de mesurer le soutien social des répondants, des questions traitant de la présence d'un confident, de l'aide en cas d'urgence et du niveau de satisfaction des répondants face à leurs relations familiales et sociales ont été utilisées. Ces questions sont tirées de recherches québécoises réalisées auprès d'adultes et de personnes âgées (Maltais, 1997).

Variables indépendantes

Dans cette étude deux variables indépendantes ont été retenues et ces variables ont trait au mode de traitement auquel les répondants ont été exposés.

La première variable indépendante est le traitement pour les joueurs pathologiques offert au Centre de réadaptation en dépendances. Ce programme structuré est offert à court terme (12 à 15 séances) et une fois par semaine en suivi individuel à l'externe. Ce programme utilise l'approche cognitivo-comportementale et comprend les quatre composantes : a) la correction cognitive, b) l'entraînement à la résolution de problèmes, c) l'entraînement aux habiletés sociales et d) la prévention de la rechute (pour une description plus exhaustive du programme voir les Appendices E et F).

La deuxième variable indépendante est le programme de précure de la Maison d'Hébergement Le Séjour inc. Ce programme d'intervention de groupe, vise à faire prendre conscience au joueur pathologique de sa problématique de jeu et des conséquences s'y rattachant. Ce type d'intervention vise également à augmenter la motivation intrinsèque au changement par l'exploration et la résolution de l'ambivalence chez la personne afin qu'elle poursuivre vers le traitement offert au Centre de réadaptation en dépendances. Ce programme est offert en hébergement pour une durée s'étalant de 21 à 30 jours (pour une description plus exhaustive du programme de précure voir les Appendices G et H).

Variables dépendantes

Stade de changement des participants. Un stade représente une période spécifique de temps caractérisée par des attitudes, intentions ou comportements reliés au statut de la personne dans son processus de changement (Chouinard, 2004). Le *University of Rhode Island Change Assessment Scale* (URICA) (McConnaughy, Prochaska & Velicer, 1983; McConnaughy, DiClemente, Prochaska & Velicer, 1989) a été utilisé pour mesurer les stades de changement des participants définis dans leur modèle transthéorique. Le « URICA » est un questionnaire comportant 32 énoncés qui couvrent quatre sous-échelles référant aux stades de précontemplation, contemplation, action et maintien (Prochaska, DiClemente & Norcoss, 1992). L'URICA ne mesure pas le stade de préparation instauré ultérieurement dans le modèle (DiClemente, Prochaska, Fairhurst, Velicer, Velasquez & Rossi, 1991). Les items sont formulés dans le but de référer à une problématique précise, déterminée par le sujet. En l'occurrence, l'échelle réfère aux changements de comportements relatifs au jeu pathologique des clients (Bergeron & al., 1997). Chaque sous-échelle est mesurée à l'aide de huit questions exclusives à chacun des stades et chaque item est coté sur une échelle Likert en cinq points. Le répondant indique dans quelle mesure il est en accord ou en désaccord avec chacun des énoncés. Le score est calculé de façon cumulative et il varie de huit à quarante pour chacune des sous-échelles (Major, 1995). Le score total le plus élevé des quatre sous-échelles indique la position dominante du sujet relativement à l'ensemble du modèle (Bergeron & al., 2000). Dans le cadre de cette étude et après avoir consulté des experts (monsieur Joël Tremblay du Centre Alto, chercheur au RISQ et la codirectrice madame Maud-Christine Chouinard) il a été conve-

nu, lorsqu'un participant arrivait à un score égal dans deux stades différents, que le plus bas des deux soit retenu. Selon McConnaughy et al. (1983, 1989), DiClemente et al. (1990) et Prochaska et al. (1992), cet instrument possède de bonnes qualités psychométriques et a généralement permis d'obtenir des scores satisfaisants aux quatre des stades de changement (précontemplation, contemplation, action, maintien). L'étude des qualités psychométriques de ce questionnaire s'est déroulée dans un premier temps auprès d'une population de fumeurs (McConnaughy & al., 1983). Une seconde étude effectuée auprès d'une population en clinique externe obtint des résultats similaires à celle de la population de fumeurs (McConnaughy & al., 1989). Pour leur part, DiClemente et al. (1990) ont procédé à une étude de validation du questionnaire auprès d'un groupe de sujets inscrits dans un programme de traitement externe pour alcoolisme. L'analyse en composantes de cet échantillon a reproduit essentiellement les quatre composantes initiales (précontemplation, contemplation, action et maintien). Toutefois, comme le poids de certains items en rapport à chacune des échelles était faible, les auteurs ont réduit chaque échelle d'un item.

Vérification de la consistance interne des instruments de mesure utilisés

Une vérification de la consistance interne des instruments de mesure utilisés a été effectuée à partir des informations recueillies auprès des répondants pour les Inventaires de dépression et d'anxiété de Beck et celui sur les stades de changement URICA. Pour ce faire, des coefficients alpha de Cronbach ont été calculés pour chacun des trois instruments de mesure utilisés dans l'étude. Le coefficient alpha de Cronbach est une mesure

basée sur l'intercorrélation ou la covariance des éléments d'une mesure examinés simultanément (Woods & Catanzaro, 1989). Cette mesure produit un coefficient entre 0,0 et 1,00 et plus la valeur de celui-ci est élevée, plus la consistance interne entre les éléments étudiés est grande (Polit & Hungler, 1991).

En ce qui concerne le coefficient calculé pour l'ensemble des énoncés de l'Inventaire de dépression de Beck, il présente un résultat élevé (0,93). Le résultat obtenu dans la présente étude se rapproche des résultats obtenus dans des études antérieures. C'est ainsi, que Beck, Ward, Mendelson, Moch et Erbaugh (1961) rapportaient des coefficients se situant entre 0,86 et 0,93 tandis que Schaefer, Brown, Watson et al. (1985), dans une étude ayant 15 patients toxicomanes, rapportaient un coefficient alpha de 0,88.

Le coefficient alpha de Cronbach a également été calculé pour chacun des vingt énoncés de l'Inventaire d'anxiété de Beck. Le coefficient global obtenu est de 0,89. Le résultat enregistré dans cette analyse de la consistance interne se rapproche des résultats acquis dans des études antérieures. La version française du questionnaire possède une très bonne cohérence interne ($\alpha = 0,93$). La validité convergente, discriminante, de même que la structure factorielle ont été étudiées auprès d'une population clinique et non clinique. Trois études ont été réalisées auprès d'étudiants universitaires et les coefficients alpha de Cronbach variaient de 0,84 à 0,93 (Freeston & al., 1994).

Les coefficients de fidélité alpha obtenus dans les analyses de consistance interne de chacune des quatre échelles ont alors été jugés satisfaisants, variant de 0,83 à 0,89 et après transformation du URICA, ils variaient de 0,69 à 0,82 (Major, 1995). Dans la présente étude, des coefficients alpha de Cronbach ont été calculés pour chacun des 32

énoncés de l'instrument de mesure URICA aux trois temps de l'étude (T0, T1 et T2). En ce qui concerne les coefficients calculés pour chacun des 32 énoncés mesurés au T0 ils présentent un résultat de 0,67. Ce résultat est de 0,63 au temps 1 et 0,67 au temps 2.

Déroulement de l'étude

Pour permettre de répondre aux cinq questions de la recherche, l'ensemble des 35 participants a complété un questionnaire pré-intervention qui comprenait le « URICA », les Inventaires de dépression et d'anxiété de Beck et les questions concernant les caractéristiques sociodémographiques, l'état de santé physique, psychologique, l'aspect social ainsi que l'historique du jeu des répondants. Ce questionnaire a été remis à chaque participant par leur intervenant attitré et il était rempli par le répondant lui-même. Ensuite, le guide d'entrevue a été complété lors d'une rencontre avec la responsable de la recherche. La première collecte des données a été complétée lors des deux premières rencontres à la Maison d'Hébergement Le Séjour (groupe expérimental) ou au Centre de réadaptation en dépendances (groupe témoin).

Les participants du groupe expérimental ont aussi complété deux questionnaires post-intervention qui comprenaient le « URICA » ainsi que les Inventaires de dépression et d'anxiété de Beck. Ces participants devaient également répondre à des questions ouvertes à la fin de chaque type de traitement (précure et thérapie). Les participants du groupe témoin n'ont pour leur part, rempli qu'un seul questionnaire post-intervention qu'ils aient complété ou non la thérapie du jeu au Centre de réadaptation en dépendances.

Ils ont eu également à participer à une entrevue avec la responsable de l'étude. Le Tableau 4 présente les temps de collecte de données auprès des participants.

Tableau 4
Temps de passation des questionnaires

	Avant la précure (Temps 0)	Avant la thérapie (Temps 1)	Après la thérapie (Temps 2)
Groupe expérimental	X	X	X
Groupe témoin		X	X

Collecte de données

La collecte de données a été effectuée entre août 2003 et avril 2005, totalisant un an et huit mois. Lors de la présentation du projet, il avait été estimé que cinquante joueurs pathologiques pourraient participer à l'étude. En définitive, sur 49 répondants rejoints, seulement 35 ont accepté de participer à la recherche, ce qui correspond à un taux de participation de 71 %. Des 35 qui ont initialement accepté de participer à la recherche, 26 ont complété les trois étapes de la recherche. Les neuf autres n'ont pas complété toutes les étapes de l'étude.

Considérations éthiques

Le protocole de recherche a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Chicoutimi (Appendice I) ainsi que par la directrice des servi-

ces professionnels et hospitaliers du Centre de santé et services sociaux de Jonquière (Appendice J). Les personnes sollicitées pour participer à cette étude ont reçu des informations complètes et détaillées sur les buts de l'étude et les modalités de participation. Elles ont eu le libre choix d'y participer ou non. Les formulaires de consentement contenant l'information sur l'étude leur ont été remis (Appendice K). Lorsque les personnes acceptaient de participer, elles devaient signer le formulaire de consentement. Les personnes ayant consenti à participer à l'étude étaient libres de se retirer à leur gré et en tout temps sans subir aucun préjudice.

Aucun risque prévisible ne pouvant porter atteinte à l'intégrité psychosociale des participants n'était anticipé. Le seul inconvénient potentiel était la disponibilité requise pour répondre aux questionnaires (pré et post-test). Il n'était pas prévu que les participants retirent un avantage personnel quelconque de leur participation à l'étude.

Toutes les informations relatives aux participants de cette recherche ont été gardées confidentielles. Elles ont été conservées dans des fichiers informatisés et analysées avec les données de tous les participants. Seule la responsable de la recherche a eu accès aux informations sur les participants. Un numéro d'identification a été attribué à chaque participant afin que seule la responsable de la recherche puisse identifier la provenance. Le contenu des dossiers de recherche de chaque participant (questionnaires) est conservé sous clé au domicile de la responsable de recherche, pour la durée de la saisie et de l'analyse. Les dossiers seront détruits après l'acceptation définitive du mémoire.

Plan d'analyse des données

La première étape dans l'analyse des données a été de vérifier la consistance interne des instruments de mesure utilisés. Cette vérification a été effectuée à l'aide du coefficient alpha de Cronbach pour les Inventaires de dépression et d'anxiété de Beck et pour l'instrument de mesure des stades de motivation, soit l'URICA.

Dans la deuxième étape, des analyses de khi carré ont ensuite été réalisées pour répondre à la question 1 de la recherche, c'est-à-dire apporter des informations sur 1) les caractéristiques sociodémographiques des répondants; 2) la perception de leur état de santé physique; 3) le soutien social; 4) les caractéristiques reliées au jeu pathologique; 5) les habitudes de jeu; 6) les autres dépendances passées et actuelles; 7) la présence ou non de répercussions du jeu sur la vie personnelle, sociale, professionnelle et familiale; 8) la présence d'idées suicidaires; 9) le contexte de consultation. Par la suite, afin de répondre aux autres questions de la recherche, des analyses de khi carré ont également été effectuées. Spécifions que l'ensemble des analyses de khi carré de la recherche a été réalisé en distinguant les sujets en fonction des modalités de traitement auquel ils ont été exposés.

Chapitre 5

Présentation des résultats

Ce chapitre est divisé en cinq sections et il présente l'ensemble des résultats obtenus à partir des informations recueillies auprès des répondants ayant participé à l'étude. Afin de répondre à la première question de la recherche, les principales caractéristiques sociodémographiques et l'état de santé physique et psychologique des répondants sont décrits. La deuxième partie apporte, quant à elle, des informations sur les différents stades de changement des participants en fonction de leur type de traitement. La troisième section présente les résultats obtenus en ce qui a trait à la persévérance à la thérapie du jeu du Centre de réadaptation en dépendances après avoir participé au programme de la précure de la Maison d'Hébergement Le Séjour. La quatrième partie aborde la relation existante entre le niveau de motivation à l'entrée dans les services de précure et la poursuite de la thérapie au Centre de réadaptation en dépendances. Enfin, la dernière section traite des facteurs personnels, contextuels et sociaux qui ont facilité ou perturbé la fin de la thérapie du jeu au Centre de réadaptation en dépendances.

Principales caractéristiques sociales et de santé

Caractéristiques sociodémographiques des répondants en fonction de leur mode de traitement

Afin de répondre à la première question de la présente étude, les principales caractéristiques des personnes dont la voie d'entrée est le programme de précure de la Maison d'Hébergement Le Séjour ou celle de la thérapie du Centre de réadaptation en dépendances

ces sont décrites. Les caractéristiques sociodémographiques des répondants en fonction de leur mode de traitement sont présentées au Tableau 5. Les données de ce tableau démontrent que la majorité des répondants sont de sexe masculin (57,1 %) et sont âgés entre 35 et 54 ans (45,7 %). L'âge moyen se situe à 47,2 ans ($\bar{E}T = 12,3$). La plupart des répondants vivent seuls (60,0 %), ont des enfants (71,4 %) et sont peu scolarisés (54,3 %). Il importe aussi de souligner que plus du tiers des répondants ont obtenu un diplôme d'études professionnelles (37,1 %). Ainsi, plus de la moitié des répondants (65,7 %) ont leur lieu de résidence dans la région du Saguenay et moins de la moitié de ceux-ci (40,0 %) sont propriétaires de leur résidence. Également, un peu moins de la moitié (45,7 %) des répondants ont un revenu brut de 20 000 \$ et moins par année, près du tiers (37,1 %) se perçoivent pauvres ou très pauvres et moins de la moitié (48,6 %) déclarent avoir suffisamment d'argent pour subvenir à leurs besoins financiers. Une seule différence significative existe entre les répondants des deux groupes en ce qui a trait à l'occupation d'un emploi. Ainsi, les données démontrent que les répondants provenant du Centre de réadaptation en dépendances sont significativement plus nombreux à occuper un emploi rémunéré (52,9 %) que ceux provenant de la Maison d'Hébergement Le Séjour (16,7 %).

Des questions à développement ont été également posées aux participants sur les problèmes d'ordre financier à la suite des dépenses encourues par leurs activités de jeux. Ainsi, quatre personnes ont déclaré ne pas pouvoir payer toutes leurs dépenses encourues dans le mois précédent l'enquête, que ce soit leurs frais de logement, d'électricité ou de

Tableau 5

Principales caractéristiques sociodémographiques des répondants
en fonction du mode de traitement

Variables	Précure¹		Thérapie²		Total		<i>p</i>*
	(n = 18)	(n = 17)	(N = 35)	(n)	%	(n)	
Sexe							0,625
Homme	11	61,1	9	52,9	20	57,1	
Femme	7	38,9	8	47,1	15	42,9	
Âge							0,463
18-34	5	27,8	3	17,6	8	22,9	
35-54	9	50,0	7	41,2	16	45,7	
55 et plus	4	22,2	7	41,2	11	31,4	
Vit							0,129
Seul	13	72,2	8	47,1	21	60,0	
En couple	5	27,8	9	52,9	14	40,0	
Avec enfants							0,521
Oui	12	66,7	13	76,5	25	71,4	
Non	6	33,3	4	23,5	10	28,6	
Niveau de scolarité							0,805
Secondaire V ou moins	9	50,0	10	58,8	19	54,3	
DEP	7	38,9	6	35,3	13	37,1	
Diplôme collégial	2	11,1	1	5,9	3	8,6	
Mode d'occupation du logement							0,115
Propriétaire	6	33,3	8	47,1	14	40,0	
Locataire	8	44,4	9	52,9	17	48,6	
Sans domicile fixe	4	22,4	---	---	4	11,4	
Lieu de résidence							0,336
Région du Saguenay	10	55,6	13	76,5	23	65,7	
Région du Lac-St-Jean	7	38,9	4	23,5	11	31,4	
Sans domicile fixe	1	5,6	---	---	1	2,9	

Tableau 5

Principales caractéristiques sociodémographiques des répondants
en fonction du mode de traitement (suite)

Variables	Précure¹		Thérapie²		Total		<i>p</i>*
	(n = 18)	(n = 17)	(N = 35)	(n	%		
Revenu brut							0,574
Moins de 20 000 \$	10	55,6	6	35,3	16	45,7	
Entre 20 000 et 40 000 \$	4	22,2	6	35,3	10	28,6	
Plus de 40 000 \$	4	22,2	5	29,4	9	25,7	
Occupe un emploi rémunéré							0,024
Oui	3	16,7	9	52,9	12	34,3	
Non	15	83,3	8	47,1	23	65,7	
Perception situation écono- mique							0,236
Revenu suffisant	10	55,6	12	70,6	22	62,9	
Pauvre ou très pauvre	8	44,4	5	29,4	13	37,1	
Suffisamment d'argent pour besoins financiers							1,000
Oui	9	50,0	8	47,1	17	48,6	
Non	9	50,0	9	52,9	18	51,4	

*Test du *khi carré*

¹ Répondants provenant de la Maison d'Hébergement Le Séjour

² Répondants provenant du Centre de réadaptation en dépendances

nourriture ou n'ont plus accès aux services de téléphone, d'électricité ou de câble de télévision. D'autres personnes sont aux prises avec des factures de cartes de crédit impayées ou accumulent des retards dans le remboursement de prêts bancaires ou usuriers. Certains des répondants (6 sur 35) ont perdu des biens immobiliers ou leur auto ou ont utilisé leurs régimes enregistrés d'épargne retraite pour jouer, tout comme leurs placements et leurs épargnes. Certaines personnes (5 sur 35) ont eu recours à divers types de fraudes auprès

des autorités gouvernementales ou de leur famille (fausses déclarations, vols, prêts non remboursés) pour assouvir leurs besoins de jeux. Certains des répondants (3 sur 35) ont dû déclarer faillite, tandis que d'autres ne paient pas leurs impôts depuis plusieurs années pour arriver à survivre. Certaines autres personnes (4 sur 35) ont dû consolider leurs dettes auprès d'institutions bancaires et ont dû substantiellement réduire la fréquence de leurs activités sociales et récréatives. Enfin, certains des joueurs (4 sur 35) ont subi des pertes de salaire et ont dangereusement mis en péril la santé financière de leur famille.

État de santé physique et consultations psychologiques des répondants en fonction de leur mode de traitement

Le Tableau 6 décrit l'état de santé physique des répondants et apporte des informations sur les consultations antérieures pour des problèmes de santé psychologique en fonction du mode de traitement. Les données de ce tableau permettent de constater aucune différence significative entre les répondants pour ce qui est de la perception de leur état de santé physique. C'est ainsi que la plupart des participants (62,9 %) perçoivent leur état de santé comme excellent ou bon et n'ont aucune limitation physique dans la poursuite de leurs activités de la vie quotidienne (68,6 %). Par contre, plusieurs répondants sont aux prises avec des problèmes de santé (82,9 %). Les problèmes de santé les plus souvent mentionnés demeurent l'hypercholestérolémie (42,9 %), l'hypertension (31,4 %), les problèmes d'asthme (25,7 %) et les problèmes cardiaques (14,3 %). Plusieurs participants (54,3 %) doivent également prendre, sur une base régulière, des médicaments prescrits par un médecin pour des problèmes de santé physique ou psychologique.

Tableau 6

État de santé physique et consultation antérieure pour des problèmes de santé psychologique des répondants en fonction du mode de traitement

Variables	Précure¹		Thérapie²		Total		<i>p</i>*
	(n = 18)	%	(n = 17)	%	(N = 35)	%	
Perception de l'état de santé							0,826
Excellente/bonne	11	61,1	11	64,7	22	62,9	
Moyenne/mauvaise	7	38,9	6	35,3	13	37,1	
Présence de limitations physiques							0,085
Oui	7	38,9	2	11,8	9	25,7	
Non	11	61,1	13	76,5	24	68,6	
Ne sait pas	---	---	2	11,8	2	5,7	
Problèmes de santé physique							0,412
Oui	14	77,8	15	88,2	29	82,9	
Non	4	22,2	2	11,8	6	17,1	
Problème cardiaque							0,129
Oui	1	5,6	4	23,5	5	14,3	
Non	17	94,4	13	76,5	30	85,7	
Prise de médicament							0,404
Oui	11	61,1	8	47,1	19	54,3	
Non	7	38,9	9	52,9	16	45,7	
Consultation antérieure pour des problèmes psychologiques							0,631
Oui	12	66,7	10	58,8	22	62,9	
Non	6	33,3	7	41,2	13	37,1	

*Test du *khi* carré

¹ Répondants provenant de la Maison d'Hébergement Le Séjour

² Répondants provenant du Centre de réadaptation en dépendances

Plus de la moitié des participants (62,9 %) ont également déjà consulté un intervenant pour des problèmes d'ordre psychologique comme la présence de symptômes dépressifs, d'idéations suicidaires ou de troubles bipolaires.

Soutien social des répondants en fonction de leur mode de traitement

Le Tableau 7 apporte des informations sur le soutien social des répondants en fonction du mode de traitement de ces derniers. Ce tableau permet de constater que la majorité des répondants semblent très ou plutôt satisfaits des relations qu'ils entretiennent avec l'un ou l'autre des membres de leur famille immédiate (65,7 %), de leur famille éloignée (62,9 %) ou avec leurs amis (77,1 %). Malgré le fait que des participants se disent satisfaits de leurs relations familiales, un nombre non négligeable de répondants aimeraient avoir plus de contacts avec les membres de leur famille immédiate (62,9 %) et avec ceux de leur famille éloignée (34,3 %).

La majorité des répondants (62,9 %) perçoivent leur vie sociale comme étant très ou plutôt satisfaisante. De plus, la presque totalité des répondants (94,3 %) considère pouvoir recevoir de l'aide en cas d'urgence peu importe le mode de traitement reçu. Près de la moitié des répondants (42,9 %) peut également se confier à un proche à toutes les fois qu'il en ressent le besoin et la presque totalité (91,4 %) affirme fréquenter des amis ou des connaissances. Soulignons une différence significative entre les répondants en ce qui a trait à leur désir d'avoir plus de contacts avec leurs amis. C'est ainsi que les participants

Tableau 7

Soutien social des répondants en fonction du mode de traitement

Variables	Précure¹		Thérapie²		Total		<i>p*</i>	
	(n = 18)	%	(n = 17)	%	(N = 35)	%		
	<i>n</i>		<i>n</i>		<i>n</i>			
Niveau de satisfaction dans les relations avec :								
Famille immédiate								
Très/plutôt satisfait	11	61,1	12	70,6	23	65,7	0,773	
Très/plutôt insatisfait	5	27,8	3	17,6	8	22,9		
Ne sait pas	2	11,1	2	11,8	4	11,4		
Famille éloignée								
Très/plutôt satisfait	11	61,1	11	64,7	22	62,9	0,615	
Très/plutôt insatisfait	6	33,3	6	35,3	12	34,3		
Ne sait pas	1	5,6	---	---	1	2,9		
Amis								
Très/plutôt satisfait	13	72,2	14	82,4	27	77,1	0,763	
Très/plutôt insatisfait	3	16,7	2	11,8	5	14,3		
Ne sait pas	2	11,1	1	5,9	3	8,6		
Désire plus de contact avec :								
Famille immédiate								
Oui	13	72,2	9	52,9	22	62,9	0,497	
Non	3	16,7	5	29,4	8	22,9		
Ne sait pas	2	11,1	3	17,6	5	14,3		
Famille éloignée								
Oui	9	50,0	3	17,6	12	34,3	0,128	
Non	8	44,4	12	70,6	20	57,1		
Ne sait pas	1	5,6	2	11,8	3	8,6		

Tableau 7

Soutien social des répondants en fonction du mode de traitement (suite)

Variables	Précure¹		Thérapie²		Total		p*
	(n = 18)	n	(n = 17)	n	(N = 35)	n	
Amis							0,015
Oui	2	11,1	3	17,6	5	14,3	
Non	7	38,9	13	76,5	20	57,1	
Ne sait pas	9	50,0	1	5,9	10	28,6	
Niveau de satisfaction avec la vie sociale							0,105
Très/plutôt satisfait	9	50,0	13	76,5	22	62,9	
Très/plutôt insatisfait	9	50,0	4	23,5	13	37,1	
Peut obtenir de l'aide en cas d'urgence							0,967
Oui	17	94,4	16	94,1	33	94,3	
Non	1	5,6	1	5,9	2	5,7	
Capacité de se confier							0,879
À toutes les fois	8	44,4	7	41,2	15	42,9	
Quelques fois	6	33,3	7	41,2	13	37,1	
Aucune	4	22,2	3	17,6	7	20,0	

* Test du khi carré

¹ Répondants provenant de la Maison d'Hébergement Le Séjour² Répondants provenant du Centre de réadaptation en dépendances

de la thérapie du Centre de réadaptation en dépendances sont plus nombreux à ne pas vouloir avoir plus de contacts avec leurs amis (76,5 %) comparativement à ceux de la précure (38,9 %). On remarque aussi que les participants de la précure de la Maison d'Hébergement Le Séjour sont plus nombreux à être incertains (50,0 %) quant à leur désir d'avoir plus de contacts avec leurs amis que les participants du Centre de réadaptation en dépendances (5,9 %).

Caractéristiques des répondants reliées au jeu pathologique en fonction de leur mode de traitement

Selon le DSM-IV, un individu obtenant un score de 5 et plus est considéré joueur pathologique tandis qu'un individu ayant un score inférieur à 5 est considéré comme un joueur à risque ou sans problème. Les données du Tableau 8 permettent de constater que le score moyen des participants est de 6,9 et que ce score moyen est significativement plus élevé chez les répondants recrutés à la Maison d'Hébergement Le Séjour (Moyenne = 7,6) que ceux recrutés par l'intermédiaire du Centre de réadaptation en dépendances (Moyenne = 6,1).

Un faible pourcentage (8,6 %) des répondants doit être considéré comme des joueurs à risque étant donné l'obtention d'un score inférieur à 5 au DSM-IV. Il est intéressant de souligner que l'ensemble des répondants qui sont considérés comme joueurs à risque (score de trois à quatre) se retrouve dans le groupe de thérapie du Centre de réadaptation en dépendances et que tous les répondants provenant de la Maison d'Hébergement Le Séjour répondent aux critères diagnostiques du joueur pathologique (cinq critères et plus).

Habitudes de jeu en fonction du mode de traitement

Le Tableau 9 présente les habitudes de jeu des répondants en fonction de leur mode de traitement. La moyenne d'âge des participants lors de l'apparition de leur problème de jeu varie significativement en fonction de leur mode de traitement. C'est ainsi que les

Tableau 8

Score obtenu au DSM-IV lors de l'admission
en fonction de leur mode de traitement

Variables	Précure ¹		Thérapie ²		Total		
	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>p*</i>
Score moyen obtenu au DSM-IV	7,6	1,9	6,1	1,8	6,9	1,8	0,021
Score obtenu au DSM-IV	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>p**</i>
- que 5	0	---	3	17,6	3	8,6	0,062
5 et plus	18	100	14	82,4	32	91,4	

*Test *t*

**Test du *khi carré*

¹ Répondants provenant de la Maison d'Hébergement Le Séjour

² Répondants provenant du Centre de réadaptation en dépendances

personnes de la précure auraient commencé à jouer dans la jeune trentaine tandis que celles ayant été recrutées au Centre de réadaptation en dépendances ont plutôt commencé à jouer après quarante ans. Les personnes qui ont initié les répondants au jeu sont la famille (40,0 %), l'individu lui-même (40,0 %) et des amis ou des connaissances ou des membres de son entourage (20,0 %).

La majorité des participants jouent pour se distraire ou pour fuir leurs problèmes (68,6 %) tandis que 48,6 % jouent pour l'appât du gain ou pour régler des problèmes financiers. Les jeux problématiques les plus fréquents chez l'ensemble des participants demeurent les appareils de loterie vidéo, les machines à sous, les loteries et les cartes. Spécifions que les loteries vidéo (94,3 %) dépassent largement les autres jeux autant pour ceux en précure que ceux en thérapie.

Tableau 9

Habitudes de jeu en fonction de leur mode de traitement

Variables	Précure¹		Thérapie²		Total		<i>p*</i>
	(n = 18)	<i>M</i>	(n = 17)	<i>M</i>	(N = 35)	<i>M</i>	
Âge moyen lors de l'apparition du problème de jeu	32,9	16,5	44,7	10,4	38,8	13,5	0,018
Personne initiatrice	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>p**</i>
Famille	7	38,9	7	41,2	14	40,0	0,944
Ami/connaissance	4	22,2	3	17,6	7	20,0	
Lui-même	7	38,9	7	41,2	14	40,0	
Raisons de jouer							
Fuir/se distraire							0,803
Oui	12	66,7	12	70,6	24	68,6	
Non	6	33,3	5	29,4	11	31,4	
Appât du gain/problème financier							0,127
Oui	11	61,1	6	35,3	17	48,6	
Non	7	38,9	11	64,7	18	51,4	
A des problèmes avec :							
Les appareils loterie vidéo	18	100	15	88,2	33	94,3	0,134
Les machines à sous	9	50,0	3	17,6	12	34,3	0,044
Les loteries	6	33,3	1	5,9	7	20,0	0,042
Les cartes	5	27,8	---	---	5	14,3	0,019

Tableau 9

Habitudes de jeu en fonction de leur mode de traitement (suite)

Variables	Précure ¹		Thérapie ²		Total	
	(n = 18)	M	(n = 17)	M	(N = 35)	M
	ÉT	ÉT	ÉT	ÉT	ÉT	p*
Nombre de jeux problématiques						
Un jeu	2	11,1	14	82,4	16	45,7
Deux jeux	8	44,4	3	17,6	11	31,4
Trois jeux ou plus	8	44,4	---	---	8	22,9
Obtention gain important lors des premières expériences						
Oui	15	83,3	10	58,8	25	71,4
Non	3	16,7	7	41,2	10	28,6
Dettes de jeu						
Oui	14	77,8	8	47,1	22	62,9
Non	4	22,2	9	52,9	13	37,1
Déjà fait une faillite						
Oui	6	33,3	2	11,8	8	22,9
Non	12	66,7	15	88,2	27	77,1

* Test t

** Test du khi carré

¹ Répondants provenant de la Maison d'Hébergement Le Séjour² Répondants provenant du Centre de réadaptation en dépendances

D'autres différences significatives existent entre les répondants en ce qui concerne les machines à sous, les loteries et les cartes. C'est ainsi que seulement 17,6 % des répondants du Centre de réadaptation en dépendances déclarent avoir des problèmes avec les machines à sous tandis que 50,0 % des répondants provenant de la Maison d'Hébergement Le Séjour se retrouvent dans cette situation. En ce qui a trait aux jeux de loterie, près de six fois plus de répondants de la précure (33,3 %) sont aux prises avec des

problèmes avec ces jeux que les répondants provenant du Centre de réadaptation en dépendances (5,9 %). De plus, les personnes de la précure sont significativement plus nombreuses (27,8 %) que les autres répondants (0 %) à avoir mentionné les jeux de cartes comme autre jeu problématique. Le nombre de jeux problématiques varie aussi significativement en fonction du mode de traitement. C'est ainsi que les participants de la précure sont significativement plus nombreux que ceux provenant du Centre de réadaptation en dépendances à avoir un problème avec deux jeux ou plus.

La majorité des participants rapportent avoir fait un gain monétaire important lors de leurs premières expériences à des jeux de hasard et d'argent (71,4 %) et n'avoir jamais fait faillite à cause du jeu (77,1 %). Mais une différence significative s'observe quant à la présence de dettes chez les répondants car les participants de la précure sont plus nombreux (77,8 %) que ceux de la thérapie (47,1 %) à avoir contracté des dettes à cause du jeu.

Dans le guide d'entrevue, quelques questions portaient sur les éléments qui ont déclenché le problème de jeu chez les répondants. Les réponses obtenues peuvent se subdiviser en quatre grandes catégories. La première catégorie fait référence à la mise en place de conditions favorables à l'arrivée du jeu comme l'accessibilité plus grande des appareils de loterie vidéo dans divers établissements publics. Moins de 10,0 % des sujets ont fait mention de cet élément comme facteur ayant déclenché leur problème de jeu. La deuxième catégorie a plutôt trait aux comportements et aux relations des répondants face aux jeux comme par exemple l'appât du gain, l'obtention de gains importants, l'amour de l'argent et du jeu, la possibilité de faire des gains facilement et rapidement ainsi que

l'attrait pour le jeu en très bas âge. Parmi l'ensemble des répondants, 54 % des personnes ont fait part de l'une ou l'autre de ces raisons en tant que cause à leur problème de jeu. La troisième catégorie d'éléments déclencheurs se réfère à la présence de problèmes d'ordre personnel ou psychologique comme le besoin de fuir, l'instabilité émotionnelle, le manque de confiance en soi, la présence de symptômes dépressifs, le sentiment de rejet et/ou de grande timidité ou le déplacement d'une dépendance de l'alcool vers le jeu ou vice-versa. Sur l'ensemble des répondants, 31 % ont mentionné l'un ou l'autre de ces motifs comme cause de problème de jeu. Enfin, la dernière catégorie a trait aux conditions sociales ou familiales comme l'isolement social, l'ennui, le manque d'occupations, la prise de retraite et des changements dans leurs conditions maritales comme des ruptures, des décès ou la présence de problèmes de santé chez un membre de la famille (enfant, conjoint ou parent). Sur l'ensemble des répondants, 12,1 % de joueurs sont dans cette situation.

Autres dépendances en fonction de leur mode de traitement

Plusieurs questions posées aux participants portaient sur les dépendances passées et actuelles. Les Tableaux 10 et 11 permettent de constater que la majorité des participants (82,9 %) des deux groupes ont mentionné avoir déjà eu antérieurement une dépendance autre que le jeu (Tableau 10). C'est ainsi que 54,3 % des personnes interviewées ont mentionné avoir déjà eu une dépendance à la cigarette, 40,0 % à l'alcool, 34,3 % aux drogues ou aux médicaments et 22,9 % aux achats compulsifs. Une différence

Tableau 10

Autres dépendances passées des répondants en fonction de leur mode de traitement

Variables	Précure¹		Thérapie²		Total		<i>p</i>*
	(n = 18)	n	(n = 17)	n	(N = 35)	n	
Dépendances passées							
Oui	15	83,3	14	82,4	29	82,9	0,932
Non	3	16,7	3	17,6	6	17,1	
Cigarettes							
Oui	8	44,4	11	64,7	19	54,3	0,229
Non	10	55,6	6	35,3	16	45,7	
Alcool							
Oui	9	50,0	5	29,4	14	40,0	0,214
Non	9	50,0	12	70,6	21	60,0	
Drogue/médicament							
Oui	8	44,4	4	23,5	12	34,3	0,193
Non	10	55,6	13	76,5	23	65,7	
Sexualité							
Oui	4	22,2	---	---	4	11,4	0,039
Non	14	77,8	17	100	31	88,6	
Achats							
Oui	5	27,8	3	17,6	8	22,9	0,476
Non	13	72,2	14	82,4	27	77,1	

*Test du khi carré

¹ Répondants provenant de la Maison d'Hébergement Le Séjour² Répondants provenant du Centre de réadaptation en dépendances

Tableau 11

Autres dépendances actuelles des répondants en fonction de leur mode de traitement

Variables	Précure ¹		Thérapie ²		Total		<i>p</i> *
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
Dépendances actuelles							0,129
Oui	13	72,2	8	47,1	21	60,0	
Non	5	27,8	9	52,9	14	40,0	
Cigarettes							0,845
Oui	8	44,4	7	41,2	15	42,9	
Non	10	55,6	10	58,8	20	57,1	
Alcool							0,316
Oui	3	16,7	1	5,9	4	11,4	
Non	15	83,3	16	94,1	31	88,6	
Drogue/médicament							0,581
Oui	2	11,1	3	17,6	5	14,3	
Non	16	88,9	14	82,4	30	85,7	
Sexuelle							0,581
Oui	2	11,1	1	5,9	3	8,6	
Non	16	88,9	16	94,1	32	91,4	
Achats							0,581
Oui	2	11,1	1	5,9	3	8,6	
Non	16	88,9	16	94,1	32	91,4	

* Test du khi carré

¹ Répondants provenant de la Maison d'Hébergement Le Séjour² Répondants provenant du Centre de réadaptation en dépendances

significative s'observe entre les participants dans leurs problèmes de comportements sexuels¹. C'est ainsi que les répondants de la précure sont significativement plus nom-

¹ Les questions posées aux répondants ne nous permettent pas de nommer spécifiquement les types de problèmes de comportements sexuels des répondants (Appendice D, question 129).

breux que l'autre type de répondants à avoir déclaré des problèmes passés au niveau de leurs comportements sexuels (22,2 %), même si ce problème n'est noté que par quatre participants.

On remarque que 60,0 % de l'ensemble des répondants rapportent avoir actuellement au moins encore une autre dépendance que le jeu (Tableau 11). Une minorité de répondants déclare avoir actuellement une dépendance à la cigarette (42,9 %), à l'alcool (11,4%) et à la drogue ou aux médicaments (14,3 %). Une faible minorité de répondants a aussi déclaré avoir des problèmes avec leurs comportements sexuels (8,6 %) et effectuer des achats compulsifs (8,6 %).

Impacts du jeu sur la vie des répondants en fonction de leur mode de traitement

Quatre questions ont été posées pour connaître les impacts du problème de jeu sur la vie personnelle, sociale, professionnelle et familiale des répondants. Les données du Tableau 12 démontrent l'existence de différences significatives entre les répondants en ce qui a trait à la présence ou non de répercussions négatives du jeu sur la vie personnelle, sociale, professionnelle et familiale des répondants en fonction de leur mode de traitement. C'est ainsi que les répondants provenant de la précurse de la Maison d'Hébergement Le Séjour sont plus nombreux que les répondants ayant fait une thérapie à n'avoir mentionné aucune répercussion sur leur vie personnelle (83,3 %), sur leur vie sociale (77,8%), sur leur vie professionnelle (100 %) et sur leur vie familiale (77,8%).

Les répondants provenant du Centre de réadaptation en dépendances sont donc plus nombreux à reconnaître que leur dépendance au jeu a eu des répercussions négatives sur

Tableau 12

Présence ou non de répercussions du jeu sur la vie personnelle, sociale, professionnelle et familiale des répondants en fonction de leur mode de traitement

Variables	Précure¹		Thérapie²		Total		<i>p*</i>	
	(n = 18)	%	(n = 17)	%	(N = 35)	%		
Présence de répercussions								
Sur la vie personnelle								
(humeur)							0,000	
Pas du tout	15	83,3	2	11,8	17	48,6		
Très peu/moyennement	1	5,6	4	23,5	5	14,3		
Beaucoup/énormément	2	11,1	11	64,7	13	37,1		
Sur la vie sociale								
							0,016	
Pas du tout	14	77,8	5	29,4	19	54,3		
Très peu/moyennement	2	11,1	5	29,4	7	20,0		
Beaucoup/énormément	2	11,1	7	41,2	9	25,7		
Sur la vie professionnelle								
							0,022	
Pas du tout	18	100	11	64,7	29	82,9		
Très peu/moyennement	---	---	4	23,5	4	11,4		
Beaucoup/énormément	---	---	2	11,8	2	5,7		
Sur la vie familiale								
							0,040	
Pas du tout	14	77,8	6	35,3	20	57,1		
Très peu/moyennement	2	11,1	5	29,4	7	20,0		
Beaucoup/énormément	2	11,1	6	35,3	8	22,9		

* Test du khi carré

¹ Répondants provenant de la Maison d'Hébergement Le Séjour

² Répondants provenant du Centre de réadaptation en dépendances

leur vie personnelle, sociale, professionnelle et familiale. Les pourcentages de ces répondants ayant déclaré beaucoup ou énormément de répercussions varient de 11,8 % à 64,7 % selon les items.

État de santé psychologique des répondants lors de l'entrée dans l'étude en fonction de leur mode de traitement

Lors de leur entrée dans l'étude, l'état de santé psychologique des répondants a été mesuré à l'aide de l'Inventaire de dépression de Beck pour l'humeur dépressive et l'Inventaire d'anxiété de Beck. Les données du Tableau 13 démontrent que pour les répondants provenant de la précurse de la Maison d'Hébergement Le Séjour, le score moyen à l'inventaire de dépression de Beck à leur arrivée en précurse, était de 24,6 et celui du groupe de thérapie du Centre de réadaptation en dépendances était de 15,7. Cette différence dans le score moyen de dépression n'est toutefois pas significative. Pour ce qui est du score moyen à l'inventaire d'anxiété de Beck, les données du tableau ne démontrent aucune différence significative entre les deux types de répondants, même si les joueurs

Tableau 13

État de santé psychologique pré-intervention des répondants en fonction du mode de traitement

Variables	Précure¹		Thérapie²		<i>p*</i>
	<i>M</i>	<i>(n = 18)</i> <i>ÉT</i>	<i>M</i>	<i>(n = 17)</i> <i>ÉT</i>	
Santé psychologique					
Moyenne au Beck Dépression	24,6	13,7	15,7	8,7	0,092
Moyenne au Beck Anxiété	18,1	11,5	9,5	8,5	0,916

*Test *t*

¹ Répondants provenant de la Maison d'Hébergement Le Séjour

² Répondants provenant du Centre de réadaptation en dépendances

provenant de la Maison d'Hébergement Le Séjour ont obtenu un score moyen près de deux fois supérieur à celui des personnes ayant suivi une thérapie au Centre de réadaptation en dépendances. Le nombre peu élevé de répondants dans les deux groupes peut expliquer ces résultats non significatifs malgré des différences marquées dans les scores obtenus par les deux types de répondants.

Idées suicidaires des répondants à l'arrivée dans l'étude en fonction de leur mode de traitement

Le Tableau 14 présente les données concernant la présence d'idées suicidaires des répondants à leur arrivée à l'un ou l'autre de leur traitement. Les données de ce tableau démontrent que plus de la moitié des participants (54,3 %) ont pensé à se suicider dans les douze mois précédent l'enquête tandis qu'une minorité de ceux-ci (11,4 %) pensait encore au suicide juste avant leur arrivée en traitement. La majorité (51,4 %) a affirmé que ces pensées étaient reliées directement à leur problème de jeu, et heureusement, seulement une minorité de répondants (17,1 %) ont déjà fait une tentative de suicide avant leur arrivée au traitement.

Contexte de consultation des répondants pour leur problème de jeu en fonction de leur mode de traitement

Le Tableau 15 apporte des informations sur le contexte de consultation des répondants en fonction de leur mode de traitement. Les données de ce tableau ne permettent pas de constater de différences significatives entre les répondants. Les répondants ont été

Tableau 14

Idées suicidaires chez les participants selon le mode de traitement

Variables	Précure ¹		Thérapie ²		Total		<i>p</i> *
	(n = 18)	(n = 18)	(n = 17)	(n = 17)	(N = 35)	(N = 35)	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
Présence d'idées suicidaires :							
A déjà pensé au suicide dans les 12 derniers mois							0,130
Oui	12	66,7	7	41,2	19	54,3	
Non	6	33,3	10	58,8	16	45,7	
Pensée suicidaire reliée au jeu							0,238
Oui	11	61,1	7	41,2	18	51,4	
Non	7	38,9	10	58,8	17	48,6	
A déjà fait une tentative de suicide							0,412
Oui	4	22,2	2	11,8	6	17,1	
Non	14	77,8	15	88,2	29	82,9	
Pense au suicide avant leur traitement							0,952
Oui	2	11,1	2	11,8	4	11,4	
Non	16	88,9	15	88,2	31	88,6	

^{*}Test du khi carré¹ Répondants provenant de la Maison d'Hébergement Le Séjour² Répondants provenant du Centre de réadaptation en dépendances

référés à la Maison d'Hébergement Le Séjour ou au Centre de réadaptation en dépendances par les lignes téléphoniques ou par des intervenants rémunérés d'établissements publics ou communautaires (45,7 %) ou par des membres de la famille (14,3 %).

Tableau 15

Contexte de la consultation des répondants en fonction de leur mode de traitement

Variables	Précure¹		Thérapie²		Total		<i>p</i>*
	(n = 18)	(n = 17)	(N = 35)	(n)	(%)	(n)	
Décision personnelle de consulter							
Oui	18	100	15	88,2	33	93,8	0,098
Non	---	---	2	11,8	2	6,3	
Références							
Famille/ami	3	16,7	2	11,8	5	14,3	0,358
Ligne d'écoute/intervenants	6	33,3	10	58,8	16	45,7	
Lui-même	2	11,1	1	5,9	3	8,6	
Médias	2	11,1	3	17,6	5	14,3	
Autres	5	27,8	1	5,9	6	17,1	
A été encouragé à consulter							
Oui	15	83,3	16	94,1	31	88,6	0,316
Non	3	16,7	1	5,9	4	11,4	
A eu des pressions pour consulter							
Oui	6	33,3	4	23,5	10	28,6	0,521
Non	12	66,7	13	76,5	25	71,4	

^{*}Test du khi carré¹ Répondants provenant de la Maison d'Hébergement Le Séjour² Répondants provenant du Centre de réadaptation en dépendances

Une faible proportion de sujets se sont référés aux services à la suite d'informations lues ou entendues dans des médias (14,3 %) ou l'ont fait de leur propre gré (8,6 %). Une majorité de répondants (88,6 %) a été encouragée par quelqu'un ou un élément déclencheur a suscité la motivation initiale pour demander de l'aide et seulement un faible

pourcentage (28,6 %) a reçu des pressions des membres de leur entourage. Malgré le fait que plusieurs répondants ont été encouragés à consulter pour leurs problèmes de jeu par des membres de leur entourage, la majorité des répondants estiment que la décision de consulter a été personnelle (93,8%).

Des questions ont été également posées aux répondants concernant les motifs de consultation. Les motifs les plus souvent mentionnés par les répondants demeurent la perte de contrôle du jeu ou de la consommation (8 sur 35), la peur de tout perdre (5 sur 35), les pertes financières importantes (5 sur 35), l'itinérance (1 sur 35), les idéations ou tentatives suicidaires (7 sur 35), le désespoir, l'instabilité émotionnelle, l'isolement et la rupture conjugale (8 sur 35).

Les attentes comblées face à la précure et à la thérapie

Le Tableau 16 présente le degré de satisfaction au post-test des répondants face aux attentes qu'ils avaient de la précure ou de la thérapie. Les données de ce tableau permettent de constater la présence d'aucune différence significative entre les répondants, malgré qu'un pourcentage plus élevé des répondants de la précure (72,2 %) que de ceux de la thérapie (41,7 %) considère que leurs attentes ont été complètement comblées à la suite de leur traitement initial. La moitié des répondants (50,0 %) recrutés par l'intermédiaire du Centre de réadaptation en dépendances pensent que leurs attentes ont été partiellement comblées. Ce pourcentage se situe à 27,8 % pour les joueurs provenant de la Maison

Tableau 16
Attentes comblées selon leur mode de traitement

Variables	Précure ¹		Thérapie ²		Total		<i>p</i> *
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
Attentes comblées au traitement initial							
Complètement	13	72,2			13	72,2	
Partiellement	5	27,8			5	27,8	
Pas du tout	---	---			---	---	
Attentes comblées à la fin de la thérapie		<i>(n = 14)</i>		<i>(n = 12)</i>		<i>(N = 26)</i>	0,594
Complètement	5	35,7	5	41,7	10	38,5	
Partiellement	6	42,9	6	50,0	12	46,1	
Pas du tout	3	21,4	1	8,3	4	15,4	

* Test du khi carré

¹ Répondants provenant de la Maison d'Hébergement Le Séjour

² Répondants provenant du Centre de réadaptation en dépendances

d'Hébergement Le Séjour. Les attentes des répondants de la précure à la fin de la thérapie au Centre de réadaptation en dépendances sont également partiellement comblées (42,9 %).

Les attentes pré-interventions les plus souvent mentionnées sont celles de fournir des outils pour l'arrêt du jeu, de comprendre les raisons de leur dépendance et les mécanismes du jeu. Les besoins d'encadrement, de support, de soutien et de diminution de leur fragilité émotionnelle demeurent également des attentes mentionnées par un nombre non négligeable de répondants (17 sur 18).

Parmi les attentes comblées qui ont été mentionnées par les personnes qui ont participé à la précure de la Maison d'Hébergement Le Séjour, on retrouve les bénéfices reliés à l'hébergement. C'est ainsi que le fait d'être hébergé a permis à certains répondants (4 sur 18) de recevoir de l'aide rapidement, d'être encadrés, d'être dans un milieu sécuritaire et de pouvoir s'occuper de leur état de santé physique. Le contexte de retrait a également facilité pour plusieurs participants (8 sur 18) l'arrêt du jeu et la diminution des obsessions de jeu. Cette situation a également permis à ces personnes de se ressourcer et de faire une autoréflexion afin de voir où ils allaient se diriger dans l'avenir. La vie de groupe et le contact avec des gens qui ont une dépendance ont aussi été appréciés par les répondants de la précure. Finalement, le soutien et la compréhension que les participants de la précure ont reçus des intervenants leur ont permis de ressentir leurs émotions sans être jugés, d'exprimer le côté plus obscur de leur être, de se comprendre, de se pardonner, de regagner confiance en eux et de reprendre le goût de vivre.

Pour les participants de la thérapie du jeu au Centre de réadaptation en dépendances, les attentes comblées ont été pour quelques-uns tout ce qui concerne la notion du jeu de hasard et d'argent comme la compréhension du hasard, les raisons du jeu et le cheminement du joueur vers une dépendance (3 sur 17). Les différents outils reçus ont permis à la plupart des participants (11 sur 17) soit de régler des problèmes financiers, d'arrêter ou diminuer de jouer, de reprendre une vie normale sans le jeu ou de retrouver leur conjoint. La thérapie leur a également permis de voir plus clair en eux, de vivre leurs émotions et de regagner la confiance et l'estime d'eux-mêmes qu'ils avaient perdues.

Les attentes non-comblées face à la précure et à la thérapie

La seule attente non-comblée mentionnée chez les répondants de la précure est reliée au fait que les personnes croyaient que c'était la thérapie du jeu qui était offerte à la Maison d'Hébergement Le Séjour. Par contre, parmi le groupe au Centre de réadaptation en dépendances, plusieurs répondants (7 sur 26) mentionnent comme déception face à la thérapie du jeu de ne pas avoir reçu de solutions durables qui auraient dû, selon eux, les aider à arrêter de jouer complètement et à régler tous leurs problèmes personnels et financiers. Le fait de ne pas avoir changé totalement de comportements a découragé des participants dans la poursuite de leur thérapie (3 sur 26). Le manque de connaissances techniques face au fonctionnement de la machine et le manque d'exemples concrets reliés au jeu de la part des intervenants qui donnaient la thérapie a aussi été mentionné. De plus, le manque d'explications face à ce qui les attendait (2 sur 26) et le manque de temps consacré à chaque rencontre ont aussi été d'autres facteurs de démotivation (2 sur 26).

L'appréciation face à la précure et à la thérapie

Les participants de la précure ont surtout apprécié la compréhension, le soutien, l'écoute, le respect, l'absence de jugement, la douceur et le calme des intervenants. Les techniques de communication, l'ambiance en vigueur à la Maison d'Hébergement Le Séjour ainsi que l'attention et l'encadrement donné par des intervenants ont également été appréciés par les répondants. Le contexte d'hébergement a permis de prendre le temps de s'arrêter et d'apprendre à se découvrir. La plupart (10 sur 26) des participants ont aussi

mentionné qu'ils ont apprécié tout ce qui concerne le programme de la précure comme les ateliers thérapeutiques, les activités, la routine et l'apprentissage d'une discipline de vie. De plus, l'aspect social et l'expérience de vivre avec d'autres personnes ont été également appréciés par quelques répondants (4 sur 26).

Pour leur part, les motifs d'appréciation identifiés par les participants en thérapie du jeu (répondants provenant du Centre de réadaptation en dépendances) sont l'acquisition de connaissances sur les pièges des jeux, les fausses croyances, le hasard ainsi que le fonctionnement des appareils de loteries vidéo (4 sur 26). D'autres répondants (5 sur 26) ont aussi apprécié recevoir des outils d'intervention comme des exercices à pratiquer ou des documents à lire. Des répondants provenant du Centre de réadaptation en dépendances ont aussi apprécié plusieurs éléments ayant trait au contexte de l'intervention comme les rencontres individuelles avec leurs intervenants, le calme de ces derniers, le sentiment d'être respecté et bien accueilli (7 sur 26). Ces répondants ont aussi souligné qu'ils ont bien aimé être à l'aise avec l'intervenant et qu'ils ont pu compter sur la présence d'un professionnel qualifié et attentif à leurs besoins. La thérapie a aussi permis aux répondants de faire un portrait objectif de leur situation, d'être honnêtes envers eux-mêmes, de se sentir moins seuls, de se connaître davantage et de se remettre en question.

La prochaine section aborde les différences dans les stades de changement à l'entrée dans les services en fonction du mode de traitement. Par la suite, des informations seront fournies afin de savoir si la participation au programme de précure de la Maison d'Hébergement Le Séjour favorise ou non la persévération à la thérapie.

Stade de changement des répondants à leur arrivée en traitement (question 2)

Le Tableau 17 apporte des informations sur les stades de changement des répondants à leur arrivée à leur traitement. Ces données permettent de constater que la majorité des répondants atteignent le stade de contemplation (45,7 %) lors de leur arrivée à leur traitement. Malgré que les différences ne soient pas significatives, il est intéressant de souligner que la majorité des répondants (61,1 %) de la précure se retrouvent dans le stade de contemplation (ambivalence face au changement) tandis qu'un faible pourcentage de joueurs provenant du Centre de réadaptation en dépendances se retrouve dans la même situation (29,4 %). Les données du tableau révèlent aussi que 29,4 % des répondants en thérapie au Centre de réadaptation en dépendances se retrouvent au stade de précontemplation (négation du problème). Trois fois plus de personnes provenant du Centre de réadaptation en dépendances (35,3 %) que ceux de la Maison d'Hébergement Le Séjour (11,1 %) ont, pour leur part, atteint le stade de l'action.

Le Tableau 18 présente les stades de changement des participants en fonction du mode de traitement au départ de leur traitement. On peut constater que 44,4 % des répondants de la précure à la fin de leur programme se retrouvent au stade de l'action.

Tableau 17

Stades de changement des répondants à l'arrivée au traitement initial¹

Variables	Précure ²		Thérapie ³		Total		<i>p</i> *
	(n = 18)	%	(n = 17)	%	(N = 35)	%	
Stades de changement au prétest							
Précontemplation	4	22,2	5	29,4	9	25,7	0,086
Contemplation	11	61,1	5	29,4	16	45,7	
Action	2	11,1	6	35,3	8	22,9	
Maintien	1	5,6	1	5,9	2	5,7	

^{*} Test du khi carré¹ Qu'ils aient ou non complété l'ensemble de leurs traitements soit à la précure ou à la thérapie² Répondants provenant de la Maison d'Hébergement Le Séjour³ Répondants provenant du Centre de réadaptation en dépendances

On remarque aussi qu'aucun des répondants de la précure qui se retrouvaient au stade de précontemplation au départ ne s'y retrouve après avoir participé à la précure. Bien que ces données ne démontrent pas la présence de différences significatives entre les participants, il est intéressant de remarquer qu'à la fin de la thérapie du jeu pour les deux groupes de répondants, plus de la moitié (50,0 %) de ceux-ci se retrouvent au stade de précontemplation; 66,7 % des répondants du groupe du Centre de réadaptation en dépendances sont dans cette situation contre 35,7 % pour les répondants du groupe de la précure. De plus, 19,2 % des répondants des deux groupes se retrouvent soit au stade d'action ou du maintien et davantage de répondants de la précure (28,6 %) se retrouvent dans l'un ou l'autre de ces deux stades.

Tableau 18

Stades de changement des répondants au départ de leur traitement¹⁻⁴

Variables	Précure²		Thérapie³		Total	p*
	(n = 18)	n	(n = 17)	n	(N = 35)	
Stades de changement au départ du premier traitement						
Précontemplation	---	---				
Contemplation	7	38,9				
Action	8	44,4				
Maintien	3	16,7				
						0,212
Stades de changement au départ du dernier traitement		(n = 14)		(n = 12)		(N = 26)
Précontemplation	5	35,7	8	66,7	13	50,0
Contemplation	1	7,1	2	16,7	3	11,5
Action	4	28,6	1	8,3	5	19,2
Maintien	4	28,6	1	8,3	5	19,2

^{*} Test du khi carré¹ Qu'ils aient ou non complété l'ensemble de leurs traitements soit à la précure ou à la thérapie² Répondants provenant de la Maison d'Hébergement Le Séjour³ Répondants provenant du Centre de réadaptation en dépendances⁴ La présentation des résultats de l'évolution des stades de changement plus détaillée, se référer à l'Appendice L

Au Tableau 19, il est possible de comparer les résultats de l'évolution des stades de changement chez les participants du groupe de la précure et celui à la thérapie à l'arrivée et à la fin de chaque traitement. Les données de ce tableau démontrent que 61,1 % des répondants qui ont participé au programme de la précure ont progressé, plus du tiers

Tableau 19

Évolution des stades de changement des répondants en fonction
de leur mode de traitement initial

Variables	Précure¹		Thérapie²		Total		<i>p</i>*
	(n = 17)	%	n	%	(N = 17)	%	
T0 vs T1 (après la précure)							
Stable	5	33,3			5	33,3	
Progressé	11	61,1			11	61,1	
Régressé	1	5,6			1	5,6	
T1 vs T2 (après la thérapie)							
	(n = 14)		(n = 12)		(N = 26)		0,237
Stable	4	28,6	7	58,3	11	42,3	
Progressé	4	28,6	1	8,3	5	19,2	
Régressé	6	42,9	4	33,3	10	38,5	

* Test du khi carré

¹ Répondants provenant de la Maison d'Hébergement Le Séjour

² Répondants provenant du Centre de réadaptation en dépendances

(33,3 %) sont demeurés stables et une petite minorité (5,6 %) a régressé dans les stades de changement après avoir participé au programme de la précure. On remarque aussi que 42,3 % des participants des deux groupes qui ont complété leur thérapie sont demeurés stables, 38,5 % ont régressé et 19,2 % ont progressé dans leur stade de changement après avoir participé à la thérapie au Centre de réadaptation en dépendances.

Parmi les répondants qui ont participé à la précure et qui ont terminé la thérapie du jeu, un peu moins du tiers sont demeurés stables (28,6 %) ou ont progressé (28,6 %) et 42,9 % ont régressé dans leur stade de changement après avoir complété leur thérapie du jeu. Quant aux répondants qui ont participé uniquement à la thérapie du Centre de réadaptation en dépendances, 58,3 % sont demeurés stables dans leur stade de changement

tandis que 8,3 % d'entre eux ont progressé et 33,3 % ont régressé après avoir participé au programme de thérapie du jeu.

Persévérance dans les programmes en fonction du mode de traitement (question 3)

Dans le cadre de cette étude, il y a deux possibilités de forme d'abandon. La première concerne les répondants du programme de la précure de la Maison d'Hébergement Le Séjour qui pouvaient abandonner leur programme de précure, mais par contre, pouvaient soient poursuivre la thérapie du jeu ou l'arrêter (première forme d'abandon). Quant au groupe des répondants du Centre de réadaptation en dépendances, il avait la possibilité de compléter ou d'abandonner la thérapie du jeu (deuxième forme d'abandon). Spécifions que lorsqu'on parle d'abandon dans cette étude, c'est le fait de n'avoir pas complété le programme de 21 jours à la Maison d'Hébergement Le Séjour et les 12 à 15 rencontres de la thérapie au Centre de réadaptation en dépendances.

Les données du Tableau 20 apportent des informations sur la persévérance dans les programmes de traitement en fonction du lieu de recrutement des joueurs pathologiques. On ne retrouve aucune différence significative parmi les deux types de répondants des programmes de traitement. Soulignons que plus de la moitié des répondants (51,4 %) ont persévétré dans leur programme initial. Malgré que les données ne démontrent pas de différence significative, près du double des répondants de la précure (66,7 %) ont persévétré en complétant leur programme initial par rapport à ceux de la thérapie pour le jeu (35,3 %).

Tableau 20

Persévérence dans les traitements en fonction du lieu de recrutement des répondants

Variables	Précure ¹		Thérapie ²		Total		<i>p</i> *
	(n = 18)		(n = 17)		(N = 35)		
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
Persévérence au programme initial							
Oui	12	66,7	6	35,3	18	51,4	0,063
Non	6	33,3	11	64,7	17	48,6	
Persévérence à la thérapie							
Oui	2	11,1	6	35,3	8	22,9	0,089
Non	16	88,9	11	64,7	27	77,1	

* Test du khi carré

¹ Répondants provenant de la Maison d'Hébergement Le Séjour² Répondants provenant du Centre de réadaptation en dépendances

Quant à la persévérence dans la thérapie du jeu, on ne retrouve aucune différence significative entre les répondants. Moins du tiers des joueurs (22,9 %) ont persévééré lorsqu'il était question de la thérapie pour le jeu. Les répondants qui ont fait seulement la thérapie du jeu au Centre de réadaptation en dépendances ont persévééré davantage dans leur thérapie (35,3 %) que les répondants de la précure (11,1 %).

Concernant les raisons d'abandon de la thérapie du jeu mentionnées chez quelques répondants, l'on retrouve celles de ne pas avoir apprécié répondre à un nombre élevé de questionnaires d'évaluation. Certains considèrent aussi que la thérapie n'allait pas assez en profondeur ou ne répondait pas à leurs besoins. Certains ont aussi mentionné que leur manque de motivation, que le changement d'intervenant en cours de thérapie ainsi que le manque de flexibilité des intervenants face aux rendez-vous a favorisé l'abandon de leur

traitement. Ces répondants ont aussi fait part que leur intervenant n'était pas assez à l'écoute de leurs besoins.

De plus, huit répondants sur 35 ont abandonné leur traitement parce qu'ils ne voulaient pas risquer d'être identifiés joueur pathologique dans leur milieu, ont débuté un travail rémunéré ou ont déménagé à l'extérieur. D'autres participants ont préféré aussi se joindre au mouvement des Glambers Anonymes (2 sur 35).

Relation entre le niveau de motivation et la persévérance au traitement (question 4)

Le Tableau 21 présente la répartition des répondants qui ont seulement participé au programme de la précure de la Maison d'Hébergement Le Séjour et qui ont complété ou non la thérapie du jeu au Centre de réadaptation en dépendances en ce qui a trait à leurs stades de changement au temps 1 (à l'entrée au traitement initial) et au temps 2 (après la thérapie). On ne retrouve aucune différence significative dans les deux temps; par contre, ce tableau permet de constater que seulement deux participants de la précure ont complété la thérapie du jeu. En ce qui concerne le stade de changement à la fin de la précure, on constate que 44,4 % sont au stade de l'action, 38,9 % au stade de la contemplation et 16,7 % au stade du maintien. À la fin de la thérapie du jeu, plus du tiers (35,7 %) des répondants de la précure se retrouvent au stade de changement précontemplation et 7,1 % à la contemplation, tandis que 28,6 % sont au stade de l'action ou du maintien. Ce qui représente l'indice d'une régression dans les stades de changement pour plusieurs répondants.

Tableau 21

Stades de changement des répondants de la précure de la Maison d'Hébergement Le Séjour à la fin de la thérapie au Centre de réadaptation en dépendances

Variables	Précure et Thérapie complétée ¹		Précure et Thérapie non complétées ²		Total	<i>p</i> *
	(n = 2)	(n = 16)	(n = 16)	(n = 18)		
	n	%	n	%	n	%
Stades de changement T1						
Précontemplation	---	---	---	---	---	---
Contemplation	---	---	7	43,8	7	38,9
Action	1	50,0	7	43,8	8	44,4
Maintien	1	50,0	2	12,5	3	16,7
Stades de changement T2	(n = 2)		(n = 12)		(n = 14)	0,626
Précontemplation	---	---	5	41,7	5	35,7
Contemplation	---	---	1	8,3	1	7,1
Action	1	50,0	3	25,0	4	28,6
Maintien	1	50,0	3	25,0	4	28,6

* Test du khi carré

¹ Participation à la précure et thérapie complétée

² Participation à la précure et thérapie non complétée

Le Tableau 22 présente, pour sa part, l'évolution des répondants qui ont participé à la précure et qui ont complété ou non la thérapie. À la fin de la précure, les répondants de la Maison d'Hébergement Le Séjour se retrouvent en majorité (64,7 %) à avoir progressé, 29,4 % sont demeurés au même stade et une faible minorité (5,9 %) a régressé. Bien que ces données ne soient pas significatives et que le nombre des répondants soit très peu élevé, on peut souligner que les deux sujets qui ont participé au programme de la précure et qui ont terminé la thérapie ont progressé dans la majorité des cas.

Tableau 22

Évolution des stades de changement des répondants de la précure en fonction de la thérapie complété ou non complétée¹

Variables	Précure et Thérapie complétée (n = 2)		Précure et Thérapie non complétée (n = 15)		Total (N = 17)		p*
	n	%	n	%	n	%	
T0 vs T1 (après la précure)							
Stable	---	---	5	33,3	5	29,4	0,539
Progressé	2	100,0	9	60,0	11	64,7	
Régressé	---	---	1	6,7	1	5,9	
T1 vs T2 (après la thérapie)		(n = 2)	(n = 12)		(N = 14)	0,054	
Stable	2	100,0	2	16,7	4	28,6	
Progressé	---	---	4	33,3	4	28,6	
Régressé	---	---	6	50,0	6	42,9	

* Test du khi carré

¹ Répondants provenant de la Maison d'Hébergement Le Séjour

La majorité des répondants qui n'ont pas complété la thérapie, mais qui ont participé à la précure ont pour leur part progressé (60,0 %) tandis que le tiers (33,3 %) est demeuré stable et une faible minorité (6,7 %) a régressé. Lorsqu'on se réfère au temps 2 de l'étude, soit à la fin de la thérapie, les répondants qui ont participé à la précure et qui ont complété la thérapie du jeu (2 sur 17) sont demeurés stables dans leur stade de changement. La moitié des répondants qui ont participé à la précure mais qui n'ont pas complété leur thérapie ont régressé; plus du tiers (33,3 %) ont progressé et une minorité (16,7 %) est demeurée stable après avoir abandonné la thérapie.

Pour sa part, le Tableau 23 apporte des informations sur les changements des répondants de la thérapie du Centre de réadaptation en dépendances aux temps 1 et 2. Les

Tableau 23

Stades de changement des répondants du Centre de réadaptation en dépendances qui ont suivi la thérapie

Variables	Thérapie complétée ¹		Thérapie non complétée ²		Total	<i>p</i> *
	(n = 6)	(n = 11)	(n = 11)	(n = 17)		
	n	%	n	%	n	%
Stades de changement T1						
Précontemplation	2	33,3	3	27,3	5	29,4
Contemplation	1	16,7	4	36,4	5	29,4
Action	3	50,0	3	27,3	6	35,3
Maintien	---	---	1	9,1	1	5,9
Stades de changement T2						
Précontemplation	6	100	2	33,3	8	66,7
Contemplation	---	---	2	33,3	2	16,7
Action	---	---	1	16,7	1	8,3
Maintien	----	----	1	16,7	1	8,3

* Test du khi carré

¹ Thérapie complétée

² Thérapie non complétée

données démontrent que 35,3 % des répondants de la thérapie sont au stade de l'action au début de la thérapie; 29,4 % au stade de précontemplation ou de contemplation et une minorité au stade du maintien (5,9 %). À la fin de la thérapie du Centre de réadaptation en dépendances, la majorité des répondants se retrouvent au stade de précontemplation (66,7 %); 16,7 % au stade de contemplation et une faible minorité (8,3 %) dans les stades d'action ou du maintien.

Au Tableau 24, l'évolution des stades de changements des répondants du Centre de réadaptation en dépendances est présentée. Les données du tableau démontrent la

Tableau 24

Évolution des stades de changement des répondants du Centre de réadaptation en dépendance en fonction de la thérapie complétée ou non complétée

Variables	Thérapie complétée (n =6)		Thérapie non complétée (n =6)		Total (N =12)		p*
	n	%	n	%	n	%	
T1 vs T2 (après la thérapie)							0,043
Stable	2	33,3	5	83,3	7	58,3	
Progressé	---	---	1	16,7	1	8,3	
Régressé	4	66,7	---	---	4	33,3	

* Test du khi carré

présence d'une différence significative quant aux différents stades de changement au départ de la thérapie et à la fin de la thérapie, qu'elle soit complétée ou non. À la fin de la thérapie, la majorité des répondants (58,3 %) sont demeurés stables dans leurs stades de changement, plus du tiers (33,3 %) ont régressé et une faible minorité (8,3 %) a progressé entre les temps 1 et les temps 2. Parmi ceux qui ont complété la thérapie, la majorité (66,7 %) a régressé et le tiers (33,3 %) est demeuré stable. Aucun répondant qui a terminé la thérapie n'a progressé après avoir participé à celle-ci. Quant aux répondants qui n'ont pas complété la thérapie, la majorité (83,3 %) est demeurée stable et une faible minorité (16,7 %) a progressé.

Facteurs personnels, contextuels et sociaux qui ont facilité ou perturbé la persévérence dans le programme de la thérapie (question 5)

La dernière section répondra à la cinquième question de la recherche qui vise à identifier les facteurs personnels, contextuels et sociaux qui facilitent ou perturbent la fin de la thérapie au Centre de réadaptation en dépendances. Des analyses comparatives ont été effectuées entre les répondants qui ont complété ou non la thérapie afin d'identifier s'il y avait des différences significatives. Dans l'ensemble, les analyses ont démontré très peu de différences significatives entre les répondants. Les seules différences significatives qui ont été observées se rapportent aux raisons pour jouer, à la présence de dettes de jeu et au contexte de consultation des répondants dans leur mode de traitement initial. C'est ainsi que plus de la moitié des répondants (68,6 %) ont mentionné comme raison de jouer fuir ou se distraire. Les répondants de la précurse l'ont tous mentionné, et 59,3 % des répondants de la thérapie ($p = 0,029$) sont dans la même situation (voir Tableau 32, Appendice M). De plus, une autre différence significative a été remarquée dans les dettes de jeu. Plus de la moitié (62,9 %) des répondants ont signifié avoir des dettes de jeu. Parmi ceux qui ont des dettes, on retrouve le quart (25 %) chez les répondants de la précurse et 74,1 % des répondants du Centre de réadaptation en dépendances ($p = 0,012$) (voir Tableau 32, Appendice M). Quant au contexte de consultation des répondants en fonction de leur mode de traitement, lorsqu'il a été question des pressions que le répondant avait reçues pour consulter, les données démontrent une autre différence significative. Un peu plus d'un quart (28,6 %) des répondants mentionnent avoir eu des pressions pour consulter. Plus de la moitié (62,5 %) de ceux-ci se retrouvent parmi les répondants

de la précurse et 18,5 % du Centre de réadaptation en dépendances ($p = 0,016$) (voir Tableau 38, Appendice M).

Chapitre 6

Analyse et discussion des résultats

Ce chapitre, divisé en sept sections, discute les résultats obtenus en ce qui a trait aux cinq grands objectifs de la recherche en fonction des écrits scientifiques consultés sur le sujet. La première partie traite des résultats obtenus concernant les caractéristiques sociodémographiques et l'état de santé physique et psychologique des répondants selon leur programme de traitement (traitement à la Maison d'Hébergement Le Séjour par rapport à celui du Centre de réadaptation en dépendances) (objectif 1). La deuxième partie aborde, pour sa part, les différences dans les stades de changement des répondants en fonction du traitement choisi (objectif 2). La troisième section discute des résultats de la recherche en ce qui a trait aux impacts de la participation au programme de précure de la Maison d'Hébergement Le Séjour sur la persévérence en thérapie du jeu au Centre de réadaptation en dépendances (objectif 3). La quatrième partie pose la question à savoir si le stade de changement à l'entrée au programme de traitement est lié ou non à la poursuite de la thérapie du Centre de réadaptation en dépendances (objectif 4). La cinquième partie, traite des résultats concernant les analyses décrivant les facteurs personnels, contextuels et sociaux qui facilitent ou perturbent la fin de la thérapie au Centre de réadaptation en dépendances (objectif 5). Par la suite, des implications cliniques sont dégagées à partir des résultats obtenus. Enfin, la septième et dernière section fait mention des principales limites de la présente étude et apporte des pistes pour de futures recherches.

Caractéristiques sociodémographiques, état de santé physique et psychologique et impacts du jeu des répondants en fonction de leur mode de traitement

Le premier objectif de cette recherche avait pour but d'identifier et de comparer les principales caractéristiques sociodémographiques et l'état de santé physique et psychologique des répondants qui amorcent un programme de traitement pour le jeu pathologique soit à la Maison d'Hébergement Le Séjour (avec hébergement) ou soit au Centre de réadaptation en dépendances (suivi externe). Les résultats obtenus ont été comparés à ceux de deux recherches qui ont particulièrement retenu notre attention (Chevalier & al., 2005, Ladouceur & al., 2004b). La population analysée dans ces deux études est constituée de joueurs pathologiques qui ont suivi un traitement pour le jeu dans des centres de traitement avec hébergement (interne) ou en suivi externe. En général, les données recueillies dans la présente recherche sont conformes avec celles qui sont présentées dans la recension des écrits québécois en regard des caractéristiques sociodémographiques, de la détresse psychologique et des critères diagnostiques du jeu pathologique (Chevalier & al., 2005; Ladouceur & al., 2004a; Audet & al., 2003).

Caractéristiques sociodémographiques

Concernant l'âge des répondants, ceux provenant de la Maison d'Hébergement Le Séjour se retrouvent majoritairement dans la catégorie d'âge 35-54 ans tandis que ceux provenant du Centre de réadaptation en dépendances, se retrouvent soit dans la catégorie 35-54 ans ou soit dans celle de 55 ans et plus. Cependant, l'âge moyen des participants rapporté dans les études recensées (Chevalier & al., 2005; Ladouceur & al., 2004b) se

situe à 43 ans tandis que l'âge moyen des répondants de la présente étude est un peu plus élevé, soit 47 ans. Néanmoins, il a déjà été observé que plus un joueur pathologique est âgé, plus il est probable qu'il aille se faire traiter pour ce problème (Chevalier & al., 2005).

Les résultats de la présente étude sont conformes à ceux de Chevalier et al. (2005) et Ladouceur et al. (2004b) en ce qui a trait aux caractéristiques associées à un problème de jeu. Ainsi, les hommes célibataires sont plus à risque de développer des problèmes de jeu. De plus, les personnes seules (veuves) ou celles avec des problèmes de couple (séparées et divorcées) sont proportionnellement plus nombreuses à se présenter en traitement. Mentionnons que la grande majorité des répondants de la présente étude sont des hommes et parmi ces répondants, ceux de la Maison d'Hébergement Le Séjour sont plus nombreux à vivre seuls. À ce sujet, Chevalier al. (2005) ont soulevé l'hypothèse que le jeu pathologique peut mener à l'isolement social, surtout dans le cas de la pratique du jeu par l'intermédiaire des appareils électroniques de jeu (ex. : appareils de loterie vidéo). Ces jeux, principalement solitaires en soi, auraient un effet toxique, accentué et rapide. Chevalier et al. (2005) supposent également que les personnes avec conjoint sont moins nombreuses à se présenter en traitement, car elles ont plus d'obligations personnelles et familiales à rencontrer, ce qui les rend moins disponibles, elles ont des ressources financières plus substantielles ou finalement, elles peuvent compter sur un réseau familial leur permettant plus facilement le soutien et l'autoguérison. Toutefois, les résultats obtenus dans la présente recherche vont partiellement à l'encontre de ceux émis par Chevalier et

al. (2005), car les répondants provenant du Centre de réadaptation en dépendances se retrouvent majoritairement en couple (53 %).

Ladouceur et al. (2004a) ont également mentionné que les individus dont le revenu annuel est inférieur à 40 000 \$ présentent plus de problèmes de jeu que ceux dont le revenu annuel est supérieur à ce montant. De plus, le fait de se percevoir dans une situation économiquement faible est associé aux joueurs pathologiques. Ces données sur le revenu s'apparentent aux caractéristiques de la population de la présente étude. Toutefois, les données recueillies auprès des répondants concernant la perception de la situation économique vont partiellement dans le même sens des données disponibles au Québec sur les joueurs pathologiques. Ainsi, la majorité des joueurs pathologiques de la présente étude (63 %) perçoivent leur situation économique comme suffisante. Cependant, la majorité des répondants provenant de la Maison d'Hébergement Le Séjour et ceux du Centre de réadaptation en dépendances estiment qu'ils n'ont pas suffisamment d'argent pour faire face à leurs obligations financières.

En ce qui a trait à l'emploi, les données de la présente étude vont à l'encontre des observations faites par Chevalier et al. (2005) où il est mentionné que relativement à la population en général, les joueurs pathologiques en traitement sont plus nombreux à occuper un emploi. C'est ainsi que dans la présente étude, plus de la moitié (66 %) des répondants sont sans emploi. En fait, la majorité (83 %) des répondants provenant de la Maison d'Hébergement Le Séjour et près de la moitié (47 %) de ceux provenant du Centre de réadaptation en dépendances sont dans cette situation. Le fait que la majorité des répondants de la présente recherche n'ont pas d'emploi peut être relié à certains facteurs.

Par exemple, on peut penser qu'ils ont perdu leur emploi à la suite de leurs problèmes avec le jeu ou qu'ils sont déjà prestataires de la sécurité du revenu. De plus, la situation économique de la région est particulièrement difficile et le taux de chômage élevé qui prévalait au Saguenay lors de la collecte de données (10,7 %) (Statistique Canada, 2005) peut être aussi un des facteurs qui expliqueraient cette situation.

Toujours en lien avec les caractéristiques sociodémographiques, les recherches existantes démontrent que plus le niveau d'éducation est faible, plus la probabilité de développer des problèmes liés au jeu est élevée (Ladouceur, 2004b). Ces données sont confirmées dans la présente étude, car majoritairement, l'ensemble des répondants a obtenu un diplôme de secondaire V ou moins, particulièrement chez les répondants du Centre de réadaptation en dépendances qui se retrouvent en plus grande majorité (59 %) dans cette situation. Chevalier et al. (2004) vont plus loin dans leurs analyses concernant le niveau de scolarité des joueurs et le type de dépendance face au jeu en démontrant que les joueurs d'appareils de loterie vidéo sont plus nombreux à avoir un niveau de scolarité collégial et que les personnes moins scolarisées (celles qui n'ont pas de diplôme de secondaire V) s'adonnent globalement moins aux appareils de loteries vidéo. Pour ce qui est de la présente étude, plus de la moitié (54 %) des répondants ont atteint un niveau de scolarité équivalent à un secondaire V ou moins, et la majorité de ceux-ci sont des joueurs d'appareils de loterie vidéo (94 %). Cette observation peut vraisemblablement s'expliquer par le fait qu'aucun casino ne se situe à proximité au Saguenay tandis que des appareils de loterie vidéo sont facilement accessibles un peu partout dans chacun des arrondissements de ville Saguenay ou dans les diverses municipalités du Lac-St-Jean.

État de santé physique et psychologique

En ce qui concerne l'état physique des répondants, les résultats obtenus démontrent que la majorité des répondants ont des problèmes de santé physique, prennent de la médication quotidiennement, mais perçoivent leur état de santé physique comme « excellent ou bon » tout comme la moitié (53,8 %) de la population du Saguenay–Lac-St-Jean (Institut de la statistique, 2003). Pourtant Chevalier et al. (2001a) ainsi que Pasternak et al. (1999) ont observé que parmi les joueurs pathologiques, on retrouve plus de personnes estimant que leur santé physique est pauvre que dans la population en général, ce qui n'est pas le cas dans la présente étude. Il pourrait être présumé que les répondants de la Maison d'Hébergement Le Séjour et ceux du Centre de réadaptation en dépendances sont peu à l'écoute de leur corps ou ne ressentent plus les symptômes de leurs maladies parce qu'ils sont stabilisés avec de la médication. D'autres hypothèses peuvent être soulevées comme le fait que les répondants des deux groupes côtoient des personnes en très mauvaise santé pendant leur traitement ou estiment que leur état de santé est bon ou excellent en raison de la présence de problèmes sociaux plus graves.

Les éléments se rapportant à la détresse psychologique ont été mesurés par le résultat global des Inventaires de dépression et d'anxiété de Beck, par la présence d'idées suicidaires au cours des douze derniers mois ainsi que par le fait d'avoir déjà tenté de se suicider antérieurement. Les résultats obtenus démontrent que les participants se distinguent selon le type de traitement malgré l'absence de différence significative. Le nombre peu élevé de répondants dans les deux groupes peut expliquer ces résultats non significatifs malgré des différences marquées dans les scores obtenus par les deux types de répon-

dants. Ainsi, les répondants de la Maison d'Hébergement Le Séjour présentent de nombreux symptômes dépressifs à leur arrivée en précurse. Parmi ces répondants, près de 40,0 % présentent des symptômes de dépression sévère ainsi que d'anxiété de nature clinique. C'est ainsi que les répondants du Centre de réadaptation en dépendances présentent peu ou pas de symptômes dépressifs ou d'anxiété à leur arrivée en thérapie du jeu, car 29 % d'entre eux n'ont aucun symptôme de dépression, et plus du tiers (35 %) présentent des symptômes de dépression légère. Les résultats dans l'étude de Ladouceur et al. (2004b) vont dans le même sens; les joueurs pathologiques suivis à l'interne comparativement à ceux qui participent à un programme de réadaptation à l'externe présentent plus de manifestations dépressives et d'anxiété. Les études de Chevalier et al. (2005) corroborent également ce fait.

Plus de la moitié des répondants ont aussi signalé avoir pensé au suicide dans les douze mois précédent l'enquête et la majorité de ceux-ci se retrouvent parmi les répondants de la Maison d'Hébergement Le Séjour. Ces pensées étaient directement reliées au jeu pour plus de la moitié des répondants et en plus grand nombre également chez les répondants de la Maison d'Hébergement Le Séjour. De plus, une faible minorité des répondants à l'étude a déjà fait une tentative de suicide; cette situation s'observe plus particulièrement chez les répondants de la Maison d'Hébergement Le Séjour.

Certains facteurs peuvent expliquer le fait que les répondants de la Maison d'Hébergement Le Séjour présentent davantage une grande détresse psychologique. La majorité de ceux-ci ont commencé à jouer plus tôt (Moyenne = 33 ans). Ils ont alors vécu avec leur problème de jeu plus longtemps que les autres répondants. De plus, la majorité

des joueurs pathologiques de la Maison d'Hébergement Le Séjour présentent ou ont déjà présenté des dépendances autres que le jeu, ce qui a pu les amener à consulter la Maison d'Hébergement Le Séjour. Le besoin de se retrouver dans un milieu sécuritaire et encadré pour se protéger des autres ou d'eux-mêmes peut être également un facteur explicatif.

Caractéristiques du problème de jeu

Afin d'obtenir le profil du problème de jeu des répondants à cette étude, certaines caractéristiques ont été retenues et un parallèle a été établi entre les deux modes de traitement. La première caractéristique retenue est l'évaluation du diagnostic du problème de jeu à l'aide du DSM-IV. Les résultats de notre étude démontrent que les répondants de la Maison d'Hébergement Le Séjour obtiennent généralement un score plus élevé au DSM-IV que les répondants du Centre de réadaptation en dépendances. Ces résultats sont conformes à ceux présentés dans les écrits scientifiques où les joueurs pathologiques traités en interne ont un score plus élevé au DSM-IV que ceux traités en externe (Ladouceur & al., 2004b). Il est important de souligner que 17,6 % des personnes inscrites en thérapie du jeu au Centre de réadaptation en dépendances ne sont pas des joueurs pathologiques selon les critères du DSM-IV, mais pourraient être considérés des joueurs à risque de développer de tels problèmes. Ce résultat est d'ailleurs conforme à celui obtenu par Chevalier et al. (2005), car ces derniers estiment que 10,0 % des joueurs inscrits à un programme de réadaptation avaient un score de cinq et moins au DSM-IV. Ce qui signifie qu'ils seraient plutôt considérés des joueurs à risque de développer des problèmes avec le jeu plutôt que comme de réels joueurs pathologiques. De plus, Chevalier et al. (2005)

mentionnent que le programme de thérapie du jeu a été conçu uniquement pour le traitement des joueurs pathologiques. Ce qui laisse donc la place à un palier intermédiaire de traitement pour les joueurs à risque qui craignent de se faire emporter par le tourbillon du jeu pathologique et qui demandent un soutien temporaire pour les guider. Le programme de précurseur de la Maison d'Hébergement Le Séjour de par ses objectifs et la clientèle ciblée (stade de précontemplation et contemplation) pourrait probablement répondre à ces besoins.

Pour ce qui est du nombre de jeux problématiques chez les joueurs, la présente recherche démontre que les répondants de la Maison d'Hébergement Le Séjour ont en général plus de problèmes que ceux provenant du Centre de réadaptation en dépendances. Ces données sont similaires à celles obtenues par Ladouceur et al. (2004b) où il a été démontré que le nombre de jeux problématiques présents chez les joueurs pathologiques varie selon le mode de traitement. Parmi les personnes qui éprouvent des problèmes à au moins deux jeux, la majorité se retrouve en interne. Donc, les personnes suivies en externe sont plus nombreuses à éprouver des problèmes avec un seul jeu.

En ce qui concerne le type de jeu le plus problématique, chez l'ensemble des répondants de cette recherche, il s'agit des appareils de loterie vidéo. Chevalier et al. (2001a) ont démontré que dans la population montréalaise, les joueurs d'appareils électroniques (machines à sous et appareils de loterie vidéo) présentent les taux les plus élevés de problèmes de jeu. Les résultats de la présente étude vont dans le même sens, car tous les répondants provenant de la Maison d'Hébergement Le Séjour ont mentionné

avoir un problème avec ce type d'appareil ainsi que la majorité des répondants provenant du Centre de réadaptation en dépendances (88 %).

Dans la présente étude, d'autres différences importantes existent entre les deux types de répondants. Une de ces différences a trait aux motifs de jouer. Ainsi, l'appât du gain ou la présence de problèmes financiers représentent les principales raisons de jouer pour les joueurs traités par le Centre de réadaptation en dépendances tandis que pour les répondants de la Maison d'Hébergement Le Séjour, les principales raisons de jouer demeurent celles de fuir la réalité ou de se distraire. Ces données vont à l'encontre des informations fournies par Ladouceur et al. (2004b), car ces derniers n'ont observé aucune différence entre les joueurs traités à l'interne ou à l'externe relativement aux facteurs qui poussent ces derniers à jouer. Si on compare les répondants de la Maison d'Hébergement Le Séjour avec la population à l'étude de Ladouceur (2004), ils sont majoritairement sans emploi. On peut présumer qu'ils vivent un plus grand isolement social et cela les amène probablement à jouer pour fuir ou se distraire davantage afin d'échapper à leur solitude. Chevalier et al. (2001a) soulignent également qu'un faible réseau social, amène l'individu à s'isoler et a avoir moins de personnes avec qui réaliser des activités récréatives ou ludiques.

Les joueurs de la Maison d'Hébergement Le Séjour se retrouvent également en plus grand nombre à avoir des dettes de jeu lors de leur inscription à leur traitement comparativement aux répondants provenant du Centre de réadaptation en dépendances. Par contre, très peu de répondants de la présente étude ont déjà fait une faillite personnelle, mais ceux qui ont déjà vécu cette situation se retrouvent majoritairement à la Maison

d'Hébergement Le Séjour. Chevalier et al. (2005) ont mentionné dans leur étude que la très vaste majorité des joueurs sont aux prises avec une dette de jeu lors de leur inscription à un programme de traitement. Cette situation semble être conforme au vécu des joueurs provenant de la Maison d'Hébergement Le Séjour, mais peu conforme avec celui des répondants provenant du Centre de réadaptation en dépendances. Toutefois, l'étude de Ladouceur et al. (2004b) soulévait que les participants à l'interne sont plus nombreux à avoir fait une faillite que ceux traités à l'externe. Dans la présente étude, le fait d'avoir peu de dettes de jeu et d'avoir fait une faillite peut s'expliquer notamment par les revenus peu élevés (moins de 20 000 \$) des répondants de la Maison d'Hébergement Le Séjour et par la proportion élevée de ces personnes à être sans emploi.

Les impacts du jeu

Le fait que la majorité des répondants de la Maison d'Hébergement Le Séjour ne perçoivent pas d'impacts du jeu sur leur vie constitue un élément important à souligner. Plus spécifiquement, ils considèrent que leur problème de jeu n'a pas du tout de répercussions sur leur humeur, leur vie sociale, professionnelle et familiale tandis que la plupart des répondants du Centre de réadaptation en dépendances estiment que leur dépendance au jeu apporte d'importantes répercussions sur leur humeur et leur vie sociale. Les résultats obtenus pour les répondants de la Maison d'Hébergement Le Séjour sont contradictoires avec ceux obtenus de Ladouceur et al. (2004b) où il a été observé que les personnes qui consultent à l'externe sont plus nombreuses que les personnes qui consultent à l'interne à estimer que le jeu n'occasionne pas de répercussion dans d'autres aspects de

leur vie. En ce qui concerne les répondants qui proviennent de la Maison d'Hébergement Le Séjour, l'absence de perception de répercussions sur divers aspects de leur vie suscite réflexion, car les données recueillies auprès de ces répondants démontrent que les clients suivis à l'interne sont plus nombreux que ceux de l'externe à avoir pensé sérieusement à se suicider au cours des 12 derniers mois. De plus, ces pensées ou ces tentatives de suicide étaient directement reliées au problème de jeu. Il est possible que ces répondants, lors de l'arrivée au programme de précure à la Maison d'Hébergement Le Séjour, éprouvaient davantage de difficultés à faire le lien entre les conséquences du jeu sur divers aspects de leur vie que le reste des répondants qui arrivent au Centre de réadaptation en dépendances. L'encadrement et la protection procurés par un service en résidence sont peut-être des facteurs qui font que les individus se sentent mieux et oublient temporairement les impacts que le jeu avait sur leur vie avant d'entrer en traitement.

Dans la présente étude, la présence passée ou actuelle de plusieurs autres dépendances que le jeu a également été observée. L'étude de Ladouceur et al. (2004b) mentionne que les clients de l'interne sont plus nombreux à avoir eu des problèmes reliés à la consommation de médicaments ou à leurs comportements sexuels dans le passé (Ladouceur & al. 2004b). Lorsqu'il est question de dépendance actuelle, les problèmes reliés aux drogues, à l'alcool et aux comportements sexuels sont aussi mentionnés. Il est aussi signalé que 40,0 % des joueurs d'appareils de loterie vidéo expriment consommer de l'alcool ou des drogues pendant le jeu (Chevalier & al. 2004b). Les données de ces études rejoignent celles de la présente étude concernant seulement les répondants de la Maison d'Hébergement Le Séjour. En ce qui concerne les répondants du Centre de réadaptation

en dépendances. Ces derniers mentionnent avoir eu davantage de problèmes dans le passé avec la consommation de cigarettes.

En portant un regard général sur les résultats obtenus de la présente recherche, un premier constat peut être fait. Les répondants de la Maison d'Hébergement semblent vivre des difficultés plus sévères que ceux traités au Centre de réadaptation en dépendances. Les répondants de la Maison d'Hébergement Le Séjour sont plus démunis financièrement, ont commencé plus jeunes à jouer, ont un score plus élevé au DSM-IV, présentent des symptômes dépressifs et d'anxiété généralement plus élevés, mentionnent avoir des idées suicidaires ou avoir fait une tentative de suicide qui était reliée au jeu, ont également plus de problèmes avec plusieurs jeux et jouent soit pour fuir ou se distraire. Ces répondants ont également plus de dettes de jeu et ont déjà fait une faillite dans une plus grande proportion. L'étude de Ladouceur et al. (2004b) vient appuyer les résultats de la présente recherche sur les variables associées au jeu, telles que le nombre de jeux problématiques, les critères diagnostiques, les répercussions financières et la présence de comorbidité (anxiété, humeur dépressive, autres dépendances). De plus, la santé physique et psychologique des personnes à l'interne s'avère moins bonne que celle des autres répondants. Pourtant, les joueurs provenant de la Maison d'Hébergement Le Séjour ont été beaucoup moins nombreux à constater des répercussions de leur problème de jeu sur diverses sphères de leur vie autres que celle de leur santé.

Stades de changement en fonction du mode de traitement

Le deuxième objectif de la présente étude vise à identifier les différences dans les stades de changement en fonction du traitement choisi. La notion de motivation dans l'intervention et les divers aspects qui la composent a souvent été investiguée dans les recherches concernant la toxicomanie. De récentes études sur le jeu pathologique (Thygesen & Hodgins, 2003; Hodgins, 2001) ont toutefois été réalisées à partir des dix processus de changement utilisés par Prochaska et DiClemente (1992), sans toutefois aborder les stades de changement tels qu'utilisés dans la présente étude. Comme la motivation et la persévérance sont les éléments centraux de cette étude, nous avons voulu davantage explorer ce phénomène parmi les joueurs pathologiques du Saguenay–Lac-St-Jean. Donc, il s'agit là d'une première étude comparant les clientèles de joueurs pathologiques bénéficiant des services de précure de la Maison d'Hébergement Le Séjour et de la thérapie du jeu au Centre de réadaptation en dépendances.

Depuis longtemps, les cliniciens réfèrent au concept de la motivation comme quelque chose d'unitaire : ce que la personne « a » ou « n'a pas » et qui la fait collaborer à ce qu'on lui propose. Ainsi, si la personne se dit motivée, elle doit absolument reconnaître son problème, accepter le traitement proposé, faire des efforts et persévérer dans les changements qu'elle désire apporter dans sa vie (Centre Dollard-Cormier, 2000). Prochaska et al. (1994), dans leur modèle transthéorique, se sont intéressés à la question du changement et postulent que le changement se fait à travers des stades bien identifiables qui forment une séquence obligatoire mais non linéaire (précontemplation, contemplation, action et maintien) au cours du processus de changement.

C'est alors que les résultats obtenus dans la présente recherche permettent de constater qu'à l'arrivée au traitement initial, les deux groupes de répondants se retrouvaient dans des stades de changement différents. Plus précisément, les répondants de la Maison d'Hébergement Le Séjour (précure) se retrouvaient majoritairement au stade de la contemplation qui signifie l'ambivalence. Bergeron et al. (2004) soulignent quant à eux, que la première phase de changement pour les personnes se retrouvant au stade de pré-contemplation ou de contemplation peut certainement être qualifiée de réflexive. En fait, l'individu ne pose pas encore de gestes concrets de changement, mais plutôt tente de construire sa motivation et le désir de changer. Dans l'ensemble, c'est l'écart entre une situation désirée et la réalité actuelle qui stimule le désir de changer. Le changement ne peut être durable s'il n'y a pas d'écart entre l'état désiré et l'état actuel (Bergeron et al., 2004). Le programme de précure de la Maison d'Hébergement Le Séjour répond donc bien à sa mission qui consiste à motiver les clients ambivalents à poursuivre un programme de thérapie pour le jeu.

L'utilisation systématique de l'*University of Rhode Island Change Assessment Scale* (URICA) dès la première rencontre permettrait aux deux ressources de traitement de connaître le stade de changement à l'arrivée au traitement, mais en plus, de le référer au service qui répond le mieux à son besoin.

Participation au programme de précure et persévérance au traitement

Le troisième objectif de cette recherche aborde l'impact du programme de précure de la Maison d'Hébergement Le Séjour sur la persévérance en thérapie du Centre de réadaptation en dépendances. Tout d'abord, dix-huit répondants ont participé au programme de précure de la Maison d'Hébergement Le Séjour. Parmi ceux qui ont participé à la précure, seulement 11 % de ceux-ci ont persévérez dans le programme de thérapie du Centre de réadaptation en dépendances. Deuxièmement, dix-sept répondants ont participé à la thérapie du jeu au Centre de réadaptation en dépendance. Le tiers d'entre eux ont persévérez dans leur thérapie. Ce qui veut dire que 77 % des répondants n'ont pas persévérez dans la thérapie du jeu. À la lumière des résultats obtenus, nous constatons tout d'abord qu'un lien direct ne peut être établi entre la participation à un programme de précure et la persévérance en thérapie du jeu à la suite. Deuxièmement, plusieurs participants ont abandonné leur démarche en cours de traitement. Toutefois, il ne faut pas considérer les abandons comme un signe immédiat de retour au jeu.

Ladouceur et al. (2004b) et Chevalier et al. (2005) mentionnent quant à eux, que le taux d'abandon est plus élevé en externe. Les résultats de cette étude vont à l'encontre de ceux-ci. Chevalier et al. (2005) soulignent également que cette différence semble être reconnue dans la littérature du traitement du jeu depuis longtemps. L'encadrement, la protection et l'isolement procurés par un service d'hébergement sont assurément des facteurs favorables à la rétention des clients dans le programme. Ce qui pourrait expliquer que 67 % des répondants de la Maison d'Hébergement Le Séjour ont davantage persévérez dans leur programme de précure. De plus, la détresse psychologique chez les répondants

provenant de la Maison d'Hébergement Le Séjour était plus grande que le reste des répondants provenant du Centre de réadaptation en dépendances. Peut-être que ces mêmes répondants auraient eu besoin d'un séjour à plus long terme en interne avant de les référer en thérapie externe afin de les stabiliser davantage en lien avec leur détresse psychologique. Simpson (1997) identifie la durée en traitement comme l'un des facteurs les plus puissants permettant de prédire des résultats favorables du traitement. Un nombre minimal de rencontres est également nécessaire pour qu'un traitement soit efficace.

Toutefois, il est important de souligner qu'une personne qui demeure au stade de précontemplation après un programme d'intervention n'a probablement pas bénéficié de ce dernier. Par contre, une personne qui demeure au stade de l'action après un programme d'intervention n'est pas dans le même cas. Pour avoir démontré une progression, cette personne aurait dû être évaluée six mois après le programme d'intervention et non immédiatement après celui-ci.

Lien entre les stades de changement à l'arrivée en fonction du traitement et la poursuite de la thérapie du jeu du Centre de réadaptation en dépendances

Le quatrième objectif de la présente recherche vise à vérifier l'existence d'un lien entre les stades de changement à l'arrivée à l'un ou à l'autre des traitements (précure ou thérapie du jeu) et la poursuite de la thérapie du jeu au Centre de réadaptation en dépendances. Deux types d'analyse ont été effectués afin de tenter d'établir un lien entre les stades de changement et la poursuite en thérapie.

Tout d'abord, la première analyse se fait à partir de la répartition des répondants en deux groupes distincts. Le premier groupe devait premièrement avoir participé au pro-

gramme de précure de la Maison d'Hébergement Le Séjour et deuxièmement, avoir participé à la thérapie du jeu du Centre de réadaptation en dépendances. Le deuxième groupe quant à lui, devait avoir participé uniquement au programme de thérapie du jeu du Centre de réadaptation en dépendances. Rappelons ici que la condition n'était pas qu'ils complètent ou non l'un ou l'autre des traitements, mais d'avoir participé à l'un ou l'autre de ces programmes.

Concernant le premier groupe, à leur arrivée en précure à la Maison d'Hébergement Le Séjour, les répondants se retrouvaient en majorité au stade de contemplation. Lorsque ces mêmes répondants ont quitté le programme de précure, ils se retrouvaient en plus grande proportion au stade de l'action (44 %). On peut déjà penser qu'entre le début et la fin du programme de précure, la majorité des répondants ont évolué dans leur stade de changement. Nous pouvons observer également que l'intervention thérapeutique du programme de précure de la Maison d'Hébergement Le Séjour a eu un effet positif sur l'évolution du stade de changement de tous les participants qui ont complété ou non ce programme. Cependant, lorsque les sujets de ce même groupe ont quitté la thérapie du jeu du Centre de réadaptation en dépendances, ils se retrouvaient majoritairement au stade de précontemplation. Une régression au stade de changement est alors observée.

En ce qui concerne le deuxième groupe, celui du Centre de réadaptation en dépendances, le tiers des répondants se retrouvaient au stade de l'action à leur arrivée en thérapie du jeu. Lorsqu'ils ont complété ou non celle-ci, 67 % des répondants de la thérapie du jeu se retrouvaient au stade de la précontemplation. On peut également remarquer une régression chez la majorité des répondants.

Ces derniers résultats nous amènent à réfléchir sur ce qui s'est réellement passé entre le moment où les répondants ont terminé le programme de la précure de la Maison d'Hébergement Le Séjour et la fin de la thérapie du jeu du Centre de réadaptation en dépendances, mais également entre le moment du début de la thérapie et la fin de celle-ci pour le deuxième groupe. Plusieurs hypothèses ou questions peuvent alors être soulevées. Est-ce que le programme de précure de la Maison d'Hébergement Le Séjour répond uniquement à sa mission première qui est celle de motiver le client afin d'éliminer l'ambivalence et le guider dans sa voie vers le changement en allant consulter en thérapie? Bergeron et al. (2000) mentionnent l'environnement thérapeutique et la relation entre le client et l'intervenant comme facteurs favorables pour atteindre les résultats désirés. Le fait que les participants au programme de précure se retrouvent souvent seuls avec un intervenant à participer aux thématiques du programme et que le temps alloué peut aller jusqu'à une heure, sont-ils des facteurs qui favorisent l'obtention de plusieurs confidences de la part du participant qui dépasse le cadre de la thématique? Lorsque ces mêmes participants arrivent en thérapie au Centre de réadaptation en dépendances ont-ils l'impression d'avoir à tout recommencer à zéro dans la création d'un nouveau lien de confiance avec un autre intervenant? Les facteurs affectifs jouent également un rôle clé dans l'arrêt définitif du jeu. Donc, si les joueurs pathologiques jouaient pour fuir et qu'en cessant de jouer ils ont de la difficulté à faire face à leurs émotions, Thygesen et al. (2003) suggèrent qu'il serait peut-être utile de leur enseigner d'être plus conscients de leurs émotions face au jeu en portant une attention particulière sur les sentiments négatifs. Est-ce que l'aspect affectif est pris en compte par les intervenants qui offrent la thérapie

du jeu au Centre de réadaptation en dépendances? Nous pouvons penser aussi, à la lumière de ces résultats, qu'il semble préférable de participer au programme de précure sans nécessairement le compléter. Le fait de compléter ou non la précure n'est néanmoins pas nécessairement un facteur de persévérance de la thérapie du jeu. Le modèle transthéorique de Prochaska rend compte de tous les stades de changement possibles, mais il ne stipule pas que les stades sont franchis d'un seul trait. Plus de 90,0 % des personnes en processus de changement parcourent le cycle à plusieurs reprises avant de le compléter. Alors, un individu peut demeurer longtemps à un stade, puis progresser rapidement à travers les suivants, comme il peut s'arrêter et reprendre à un stade précédent au bout d'un certain temps. Cela ne veut pas dire qu'il a nécessairement abandonné le traitement (Centre Dollard-Cormier, 2000). Il est intéressant de mentionner également que près de 40,0 % des répondants de la précure se retrouvaient encore au stade de la contemplation ou de l'ambivalence à la fin de la précure et lors de leur arrivée en thérapie. Prochaska et al. (1992) soulèvent qu'à ce stade, les gens sont conscients qu'ils ont un problème sans toutefois être prêts à prendre une part active vers le changement. Ils cherchent activement de l'information et commencent à se réévaluer à la lumière de leur comportement problématique. De plus, on peut observer chez eux un intérêt à déterminer si leur problème peut être résolu et si la thérapie peut apporter une aide. Il y a lieu de se questionner à savoir si les répondants qui se retrouvaient dans le stade de la contemplation au départ de la précure de la Maison d'Hébergement Le Séjour ont été référés trop rapidement en thérapie au Centre de réadaptation en dépendances? Mais on peut également penser que les répondants qui ont participé au programme de précure de la Maison d'Hébergement Le

Séjour au tout début de la précure, n'auraient pas complété leur thérapie du jeu s'ils n'avaient pas participé au programme de précure.

Nous avons porté une attention particulière aux questions posées dans le « URICA » afin de tenter de comprendre davantage la situation. Il est alors possible de penser que certains répondants ont pu mal comprendre certaines de ces questions ou que les répondants croient avoir résolu tous leurs problèmes de jeu et ainsi estiment que le jeu ne fait plus partie de leur vie après avoir participé à la thérapie du jeu. Toutefois, il y a quand même lieu de s'interroger quant à l'utilisation de ce questionnaire. Lors du calcul des résultats et la saisie des données, des choix ont dû être faits au niveau des stades de changement lorsque les résultats des répondants de la présente étude arrivaient égaux entre eux. De plus, rappelons-nous que les résultats de la vérification de la fiabilité du questionnaire (alpha de Cronbach) étaient un peu bas à certains des moments. Présentement, il existe une version plus adaptée et précise du questionnaire « URICA », mais uniquement pour la clientèle toxicomane (Bergeron & al., 2004).

Également, il y aurait peut-être eu lieu que les intervenants prennent en considération au tout début du processus les résultats des évaluations de l'anxiété et de la dépression afin de référer systématiquement à un médecin les répondants qui présentent un résultat élevé à ces deux tests afin qu'il puisse évaluer le besoin de consulter soit un psychiatre ou un psychologue, au lieu de se retrouver immédiatement en thérapie du jeu. Rappelons ici que les conclusions de cette recherche doivent être interprétées avec nuance et prudence et devront être confirmées dans une étude ultérieure réalisée auprès d'un plus grand nombre de participants.

Facteurs personnels, contextuels et sociaux qui facilitent ou perturbent la fin de la thérapie du jeu au Centre de réadaptation en dépendances

Le cinquième objectif vise à identifier certains facteurs personnels, contextuels et sociaux qui pouvaient faciliter ou perturber la fin de la thérapie du jeu au Centre de réadaptation en dépendances. Pour ce faire, nous avons divisé les répondants en deux autres groupes : ceux qui ont complété la thérapie et ceux qui ne l'ont pas complétée. Les données ont alors démontré que les répondants qui ont mentionné jouer soit pour fuir ou se distraire, n'avoir aucune dette de jeu et avoir reçu des pressions pour aller consulter, ont plus de chances de compléter la thérapie du jeu que les autres répondants (Appendice M). Cependant, les résultats obtenus à cette étude ne nous ont pas permis d'aller plus loin dans l'identification des facteurs qui facilitent ou perturbent la persévérence de la thérapie du jeu, étant donné le petit nombre de répondants à l'étude.

Par contre, nous pouvons penser que ceux qui ont admis avoir joué pour pallier leur angoisse ou oublier leurs problèmes personnels semblent plus conscients de leur problème avec le jeu et constituent d'excellents candidats à la thérapie cognitive. Par contre, ceux qui prétendent jouer pour de l'argent sont ceux qui ne terminent pas le programme de thérapie ou qui régressent. Ces joueurs qui présentent un trouble obsessionnel compulsif forment une tout autre catégorie. On pourrait présumer qu'une thérapie à long terme destinée aux personnes souffrant d'un trouble obsessionnel serait plus bénéfique que l'approche cognitive. Cette approche ne peut probablement rien pour eux, si ce n'est qu'exacerber leurs tendances aux rituels compulsifs.

Implications cliniques

Les principales contributions de cette recherche exploratoire sont de deux ordres. Le premier réside dans l'analyse des différentes caractéristiques des joueurs pathologiques du Saguenay–Lac-St-Jean qui utilisent les services de traitement de la Maison d'Hébergement Le Séjour et du Centre de réadaptation en dépendances. La connaissance de ces caractéristiques devrait permettre aux intervenants d'offrir des services et des interventions répondant plus adéquatement aux besoins des joueurs pathologiques. Le deuxième se situe dans l'utilisation des concepts de motivation et des stades de changement dans les services de traitement du jeu pathologique dans la région du Saguenay–Lac-St-Jean. À notre connaissance, aucune étude n'avait pris soin de recueillir des informations à ce sujet auprès d'un groupe de joueurs pathologiques provenant du Saguenay–Lac-St-Jean en fonction des services de traitement utilisés. De plus, jusqu'à présent, les concepts de la motivation et des stades de changement ont été évalués dans plusieurs études, à partir de différentes clientèles, mais rarement à notre connaissance, chez une population de joueurs pathologiques. DiClemente et al. (1990) ont effectué une étude afin de valider l'application du modèle des stades de changement auprès d'une population alcoolique. Ainsi, il est possible de savoir quand et comment se déroule le processus de changement. Toutefois, l'examen de ce modèle n'a pas permis de saisir quels sont les facteurs qui incitent la progression à travers les cycles de changement (Major, 1995). La présente étude a alors démontré, tout comme dans les études auprès d'autres types de clientèles (Prochaska et al., 1982, 1984, 1992), que les stades de changement chez les joueurs pathologiques ne sont pas statiques et se modifient avec le temps. C'est ainsi qu'une bonne

connaissance de la notion de motivation et des stades de changement de Prochaska et DiClemente permettra aux cliniciens de mieux connaître le client et de pouvoir faciliter le choix d'un type d'intervention approprié. De plus, dans cette étude, une contribution supplémentaire s'ajoute aux études réalisées auprès des joueurs pathologiques (Chevalier & al., 2005, Ladouceur & al., 2004b) visant à identifier leurs caractéristiques ainsi que celle des concepts de motivation et des stades de changement.

En ce qui a trait aux connaissances acquises dans cette recherche sur le type de joueurs pathologiques qui consultent les différents services de traitement au Saguenay–Lac-St-Jean, nous savons maintenant que les personnes qui consultent à la Maison d'Hébergement Le Séjour tendent à présenter une détresse psychologique plus élevée que ceux qui participent à une thérapie sans avoir séjourné préalablement à la Maison d'Hébergement Le Séjour. Ladouceur et al. (2004b) considèrent l'importance d'évaluer l'humeur dépressive au cours de l'entretien initial et justifient cette considération par le fait que les personnes qui ont une forte humeur dépressive sont plus à risque d'abandonner ou d'entraver le bon déroulement du traitement. Cette recherche démontre également l'importance de faire un dépistage précoce et d'utiliser d'une façon systématique les questionnaires d'Inventaire de dépression et d'anxiété de Beck à l'arrivée des joueurs pathologiques dans l'un ou l'autre des services. Cette habitude permettrait probablement de mieux orienter la personne vers les ressources pertinentes et qui répondent à son besoin, mais aussi de mettre en place des interventions spécifiques qui tiendraient compte de l'état de santé psychologique des joueurs pathologiques dans l'un ou l'autre des deux programmes à l'étude. L'évaluation peut également fournir des indices quant

aux risques d'abandon d'un individu (Ladouceur & al., 2004b). Par exemple, un trouble de l'humeur peut influencer la capacité de concentration du joueur au cours des étapes cruciales du traitement. Le joueur pourrait aussi manquer d'énergie et de motivation pour assister aux rencontres ou encore être si triste qu'il n'aurait pas la disponibilité cognitive suffisante pour saisir les conseils du thérapeute.

Concernant les résultats obtenus à la Maison d'Hébergement Le Séjour en ce qui a trait à la difficulté des répondants à percevoir les impacts du jeu sur leur vie, il serait sûrement souhaitable que dans son programme de précure, cet aspect soit davantage exploré. Bergeron et al. (2004) mentionnent qu'il est important d'augmenter les perceptions de la personne sur les risques et les problèmes associés à son comportement actuel afin de susciter l'envie de changer. L'important selon eux, c'est de créer un écart entre l'actuel et le désiré.

De plus, Rychtarik, Connors, Whitney, McGillicuddy, Fitterling & Wirtz (2000) croient qu'il faudrait déterminer quels types de personnes bénéficieraient davantage des différents modes de traitement. Quant à Annis (1986), il suggère qu'en liant certaines caractéristiques d'ordre personnel aux différents modes de traitement, on obtiendrait de meilleurs taux de réussite ainsi qu'une amélioration marquée du bien-être personnel des clients. Finney, Hahn et Moos (1996), pour leur part, posent la question à savoir si on ne devrait pas plutôt réservé les traitements en interne aux personnes qui ont une mauvaise condition sur le plan médical ou psychiatrique, qui bénéficient de peu de ressources ou qui viennent de milieux offrant peu de soutien.

Selon Garfield (1986), l'une des variables importantes de la persévérence en traitement (engagement et poursuite dans une démarche thérapeutique) est la motivation. Au moment de référer, il serait important de faire la distinction entre la « motivation au changement » et la « motivation au traitement ». Plus précisément, une personne peut être prête à modifier des comportements ou des habitudes de vie, mais peut aussi se sentir découragée par le type d'aide qu'on lui propose. La motivation au changement implique la reconnaissance d'un problème, la recherche de moyens pour changer et un désir d'initier des stratégies de changement, de se conformer et de persévéérer dans ces stratégies (Miller, 1989). C'est alors qu'on devrait s'assurer que l'intervention qui est choisie s'inscrit dans le système de valeurs du client et correspond à ses objectifs et ses capacités. Bergeron et al. (2000) soulignent également l'efficacité du traitement qui semble davantage relié à l'intention de changement et de persévérence. Dans le modèle transthéorique de Prochaska, chacun des processus est particulièrement efficace à un moment donné pour faire progresser la personne à l'intérieur de son cheminement. Il faudrait s'assurer que les deux ressources utilisent adéquatement le modèle transthéorique et ces processus afin de faire cheminer le client.

Les résultats de cette étude permettent aussi de penser qu'une participation à une intervention de type motivationnel chez la clientèle provenant de la Maison d'Hébergement Le Séjour a donné des résultats positifs sur l'évolution d'un stade à un autre. En revanche, les joueurs pathologiques qui proviennent du Centre de réadaptation en dépendances ne participent pas à une intervention motivationnelle et les résultats les concernant montrent une régression dans les stades de changement. Cela peut laisser supposer l'existence

d'un lien entre l'intervention de type motivationnel et l'évolution dans les stades de changement. En utilisant systématiquement le modèle transthéorique avec les stades de changement de Prochaska et DiClemente (1982,1984), les intervenants de la Maison d'Hébergement Le Séjour peuvent vraisemblablement cerner à quel moment apparaît la motivation au changement chez le client. De plus, une bonne évaluation de la motivation permettrait d'éviter des abandons en cours de traitement.

Les limites de l'étude

Rappelons qu'il s'agit d'une étude exploratoire dont l'un des principaux objectifs était de dresser le profil de deux types de joueurs pathologiques soit ceux qui consultent à la Maison d'Hébergement Le Séjour et ceux qui consultent au Centre de réadaptation en dépendances. Cette étude visait aussi à identifier les différences dans les niveaux de motivation des répondants et de voir si le fait de participer au programme de précure de la Maison d'Hébergement Le Séjour avait un impact positif sur la persévérance à la thérapie du Centre de réadaptation en dépendances. Plusieurs facteurs limitent toutefois l'atteinte de ces objectifs. Premièrement, le nombre restreint de participants ne nous permet pas de savoir si la participation à un programme de précure a un impact positif ou non sur la persévérance à la thérapie du Centre de réadaptation en dépendances. Le nombre peu élevé de participants à la présente étude a limité l'utilisation des analyses multivariées pouvant être effectuées, la généralisation des résultats et l'identification de liens entre les différents concepts à l'étude. De plus, il aurait été intéressant de comparer les répondants de l'étude à ceux qui ont soit refusé ou abandonné, mais même dans cette situation, le

nombre limité de sujets dans la présente étude n'aurait pas permis d'arriver à des conclusions significatives. C'est ainsi qu'un échantillon plus grand aurait permis de valider avec plus de précision certains concepts à l'étude, de constater la présence ou non de liens entre les différentes variables et de vérifier la présence de différences significatives entre les répondants et les non-répondants.

Dans la présente étude, il a été impossible de démontrer l'existence de liens entre la participation à un programme motivationnel (précure) et la persévérance en thérapie en raison des taux élevés d'abandon. Ces résultats reflètent bien l'influence complexe des nombreuses variables en cause dans les relations entre la motivation des clients et la persévérance.

L'utilisation du questionnaire l'*University of Rhode Island Change Assessment Scale* (URICA) n'a pas permis d'obtenir une mesure exacte des stades de changement, ce qui a pu biaiser les analyses effectuées.

Perspectives des recherches futures

Les conclusions de cette recherche suggèrent quelques pistes de recherches futures. Premièrement, il serait intéressant de réaliser la même démarche auprès d'un plus grand nombre de joueurs pathologiques et sur une plus longue période. Une étude comme celle-ci permettrait probablement de mieux comprendre les liens qui existent ou non entre les caractéristiques des joueurs et leur choix de traitement (à l'interne ou à l'externe). De plus, ce genre d'étude avec un plus grand nombre de sujets permettrait de mettre davantage à l'épreuve les stades de changement dans le contexte du jeu pathologique. Égale-

ment, l'utilisation d'un questionnaire mesurant avec fiabilité les stades de motivation pourrait être utilisée dans une autre étude. En plus, il demeure nécessaire de mieux comprendre les facteurs qui pourraient déterminer le développement de la motivation au changement (Major, 1995). Ainsi, l'utilisation d'entrevues en profondeur auprès des joueurs pathologiques permettrait également de mieux comprendre ce qui a poussé les individus à jouer de façon compulsive et à identifier les éléments contextuels qui font que ces stades de changement régressent ou non au cours de leur traitement pour le jeu pathologique.

Finalement, les résultats face à un niveau élevé d'abandon des joueurs pathologiques dans leur traitement suggèrent une certaine réflexion. Tout d'abord, les répondants provenant de la Maison d'Hébergement abandonnent après avoir participé à la précurse et abandonnent également la thérapie. Les répondants provenant du Centre de réadaptation abandonnent en majorité leur thérapie. Des recherches futures devraient viser à identifier les prédicteurs de persévérence et d'abandon aux divers modes de traitement au Québec.

Conclusion

Malgré un nombre restreint de participants, la présente étude a permis de dresser un profil des caractéristiques sociodémographiques et l'état de santé physique et psychologique des deux clientèles de joueurs pathologiques provenant soit de la Maison d'Hébergement Le Séjour, soit du Centre de réadaptation en dépendances. Cette étude démontre que les caractéristiques sociodémographiques et l'état de santé des joueurs du Saguenay–Lac-St-Jean sont similaires à celles des joueurs pathologiques du Québec. Au Saguenay, les appareils de loterie vidéo représentent le jeu de hasard et d'argent le plus pratiqué par les joueurs pathologiques. De plus, les données recueillies auprès des participants permettent de constater que les personnes qui consultent à la Maison d'Hébergement Le Séjour vivent un plus haut niveau de détresse psychologique et présentent un score plus élevé au DSM-IV que celles provenant du Centre de réadaptation en dépendances.

Les présentes données démontrent aussi que l'intervention de type motivationnel de la Maison d'Hébergement Le Séjour a produit des effets bénéfiques sur l'évolution des stades de changement pendant la période de réadaptation des répondants qui en ont bénéficié. Par contre, il a été impossible d'établir des liens entre le fait de participer au programme de précure et la poursuite du traitement (précure et thérapie). Rappelons que seulement deux des quatorze participants de la Maison d'hébergement Le Séjour ont

complété la précurse et la thérapie du jeu pathologique. Six des douze participants du Centre de réadaptation en dépendances ont complété la thérapie du jeu.

Cette recherche représente la première étude comparant la clientèle de joueurs pathologiques bénéficiant des services de la Maison d'Hébergement Le Séjour à celle du Centre de réadaptation en dépendances. Toutefois, la taille de l'échantillon dans les deux programmes n'a pas permis d'établir la présence de liens entre les différents concepts à l'étude (motivation et persévérance).

Cette étude laisse donc plusieurs aspects en questionnement et ouvre la porte à des recherches futures, dont celle des facteurs qui facilitent le développement de la motivation et des stades de changement. Une recherche de type qualitative permettrait de mieux comprendre ce qui amène les joueurs pathologiques à passer d'un stade de changement à un autre. Finalement, les études futures devraient viser à identifier les facteurs pouvant prédire la persévérance ou l'abandon au traitement afin d'apparier les joueurs à chacun des modes de traitement qui correspondent le mieux à leurs besoins. Un tel procédé permettrait sans doute de réduire l'utilisation inadéquate de services.

Références

- Abbott, M. W., & Volberg, R. (1996). The New Zealand national survey of problem and pathological gambling. *Journal of Gambling Studies*, 12, 143-160.
- ActuPsy (2002). *La motivation au travail. Tour d'horizon des grandes théories*. Récupéré le 6 novembre 2002 de <http://actupsy.free.fr/motiv.htm>.
- American Psychiatric Association. (1996). *DSM-IV : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (4^e éd.) (version internationale) (Washington, DC, 1995). Traduction française par J. D., Guelfi & al., Paris : Masson.
- Annis, H. M. (1986). Is inpatient rehabilitation of the alcoholic cost effective? Con position, *Advances in Alcohol and Substance Abuse*, 5, 175-190.
- Association canadienne de santé publique. (2000). *L'expansion des jeux de hasard au Canada : émergence d'un problème de santé publique*. Association canadienne de santé publique, Publications, Site des publications de l'Association canadienne de Santé publique. Récupéré en hiver 2000 de <http://www.cpha.ca/français/policy/pstatern/gambling>.
- Audet, C., St-Laurent, D., Chevalier, S., Allard, H., Hamel, D., & Crépin, M. (2003). *Évaluation du programme expérimental québécois de traitement des joueurs pathologiques. Rapport 7 – Monitorage évaluatif- indicateurs d'implantation- données rétrospectives*. Montréal : Institut national de santé publique du Québec, 141 p.
- Baekeland, F., & Lundwall, L. (1975). Dropping-out of Treatment: A Critical Review. *Psychological Bulletin*, 82(5), 738-783.
- Beaucage, B. (1998). *Le jeu pathologique -TXM 2570D*. Université de Montréal : Faculté de l'éducation permanente, document inédit.
- Beck, A.T., Epstein, N., Brown, G. K., & Steer, R.A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric proprieties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.

- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Moch, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depressions. *Archives of General Psychiatry*, 4, 53-63.
- Beckman, L. J., & Bardsley, P. E. (1986). Individual characteristics, gender differences and dropout from alcoholism treatment. *Addiction and Alcoholism*, 21, 213-224.
- Becoña, E., Del Carmen L. M., & Fuentes, M. J. (1996). Pathological gambling and depression. *Psychological Reports*, 78, 635-640.
- Bélanger, Y., Boisvert, Y., Papineau, É., & Vétéré, H. (2003). *La responsabilité de l'État québécois en matière de jeu pathologique : la gestion des appareils de loterie vidéo*. Rapport de recherche publié par le centre Urbanisation, Culture et Société de l'INRS et le Laboratoire d'éthique publique de l'ENAP, Chaire Fernand-Dumont.
- Bell, M. D. (1985). Three therapeutic communities for drug abusers: Differences in treatment environments. *International Journal of the Addictions*, 20(10), 1523-1531.
- Bergeron, J., Brochu, S., Landry, M., & Joly, P. (2000). *Motivations de la clientèle et efficacité d'un programme de traitement en alcoolisme et toxicomanie*. Rapport adressé au Conseil Québécois de la Recherche Sociale, (RS-2940), 15 p.
- Bergeron, J., Landry, M., Brochu, S., & Cournoyer, L.G. (1997, mars). *Les déterminants de la persévérance des clients dans les traitements de réadaptation pour l'alcoolisme et la toxicomanie : une approche multidimensionnelle*. Rapport adressé au Conseil Québécois de la recherche sociale (RS 2308-093), 108 p.
- Black, D. W., Goldstein, R. B., Noyes Jr. R., & Blum N. (1994). Compulsive behaviors and obsessive-compulsive disorder (OCD): Lack of relationship between OCD, eating disorders, and gambling. *Comprehensive Psychiatry*, 35(2), 145-148.
- Black, D. W., & Moyer, T. (1998). Clinical features and psychiatric comorbidity of subjects with pathological gambling behavior. *Psychiatric Services*, 49(11), 1434-1439.

- Bland, R., Newman, S., Orn, H., & Stebelski, G. (1993). Epidemiology of pathological gambling in Edmonton. *Canadian Journal of Psychiatry /Revue canadienne de psychiatrie*, 38, 108-112.
- Blaszczynski, A. (1999). Pathological gambling and obsessive-compulsive spectrum disorders. *Psychological Reports*, 84, 107-113.
- Blaszczynski, A., McConaghy, N., & Frankova, A. (1990). Boredom proneness in pathological gambling. *Journal of Gambling Behavior*, 5(1), 42-52.
- Blaszczynski, A., & Silove, D. (1996). Pathological gambling: forensic issues. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 30, 358-369.
- Blaszczynski, A., & Steel, Z. (1998). Personality disorders among pathological gamblers. *Journal of Gambling Studies*, 14, 51-71.
- Blume, S. (1987). Compulsive Gambling and the Medical Model, *The Journal of Gambling Studies*, 3- 4, 237-247.
- Bourget, D., Gagné P., Ward, H., & Turmel, S. (2000). *Les caractéristiques des suicides liés au jeu pathologique*. Document récupéré le 8 janvier 2005 de <http://www.msp.gouv.qc.ca/coronner/coronner.asp>.
- Brochu, S., Landry, M., Bergeron, J., & Chiocchio, F. (1995). *Rapport de recherche sur l'efficacité du traitement à Domrémy-Montréal*. Rapport présenté à Santé Canada, dans le cadre du Programme National de Recherche et de Développement en matière de Santé, 105 p.
- Brown, D. J., Kaldenberg, D. O., & Browne, B.A. (1992). Socio-economic status and playing the lotteries. *Sociology & Social Research*, 76(3), 161-167.
- Bureau du coroner du Québec. (2004). *Relevé des suicides de joueurs compulsifs*, Document inédit, 25 février 2005.

- Bybee, S. (1996). *Gaming Regulation Control*. Las Vegas: APS.
- Carlton, P. L., & Manowitz, P. (1992). Behavioral restraint and symptoms of attention deficit disorder in alcoholics and pathological gamblers. *Biological Psychology/ Pharmacopsychology*, 25, 44-48.
- Castellani, B. (2000). *Pathological Gambling: the Making of a Medical Problem*. State University of New York Press.
- Castellani, B., & Rugle, L. (1995). A comparison of pathological gamblers to alcoholics and cocaine misusers on impulsivity, sensation seeking, and craving. *The International Journal of the Addictions*, 30(3), 275-289.
- Castellani, B., Wootton, E., Rugle, L., Wegdeworth, R. L., Prabucki, K., & Olson, R. (1996). Homelessness, negative affect, and coping among veterans with gambling problems who misused substances. *Psychiatric Services*, 47(3), 298-299.
- Centre Dollard-Cormier. (2000). *La motivation, quelque chose qui se construit*. Cahier de formation, document inédit, 49 p.
- Centre de Formation en Court Terme Planifié Systémique. (1997, septembre) [Résumé de formation].
- Centre québécois d'excellence pour la prévention et le traitement. (2000a, septembre). Traitement du jeu excessif. *Atout hasard...*, 2(2), 2 p.
- Centre québécois d'excellence pour la prévention et le traitement. (2000b, mars). Jeu excessif et toxicomanies. *Atout hasard...*, 2(1), 2p.
- Centre québécois d'excellence pour la prévention et le traitement du jeu. (2001). *Certification de la formation 31 octobre 2001*. Récupéré le 5 décembre 2002 de http://gambling.psy.ulaval.ca/fr/quoi_neuf.html.

Centre québécois d'excellence pour la prévention et le traitement du jeu. (2002, octobre). Jeu excessif et humeur dépressive. *Atout hasard..., 4* (4), 2 p.

Chantal, Y., Vallerand, R.J., & Vallières, E.F. (1995). Motivation and gambling involvement. *The Journal of Social Psychology, 135*(6), 755-763.

Chevalier, S. (2003). *Évaluation du programme expérimental sur le jeu pathologique. Rapport 4 : Cadre théorique de la participation aux jeux de hasard et d'argent et du développement du problème de jeu - Rapport préliminaire*. Québec, 33 p.

Chevalier, S., & al. (2004b, janvier). L'abandon de traitement chez les joueurs pathologiques. *L'Intervenant, 20*(2).

Chevalier, S., & Allard, D. (2001a). *Jeu pathologique et joueurs problématiques. Le jeu à Montréal*. Montréal : Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre : Direction de la santé publique, 124 p.

Chevalier, S., & Allard, D. (2001b). *Pour une perspective de santé publique des jeux de hasard et d'argent*. Gouvernement du Québec : Institut national de santé publique du Québec.

Chevalier, S., & Allard, D. (2001c). *Pour une perspective de santé publique des jeux de hasard et d'argent*. Montréal : Institut national de santé publique du Québec, 53 p.

Chevalier, S., Allard, D., Kimpton, M.-A., Audet, C., Hamel, D., & St-Laurent, D. (2005). *Évaluation du programme expérimental sur le jeu pathologique. Monitorage évaluatif – indicateurs d'implantation, mai 2001 - décembre 2003*. Montréal : Institut national de santé publique du Québec, 141p.

Chevalier, S., Hamel, D., Ladouceur, R., Jacques, C., Allard, D., & Sévigny, S. (2004a). *Comportements de jeu et jeu pathologique selon le type de jeu au Québec en 2002*. Montréal : Institut national de santé publique du Québec et l'Université Laval, 91 p.

- Chevalier, S., Papineau, É., & Geoffrion, G. (2003a). *Évaluation du programme expérimental québécois de traitement des joueurs pathologiques. Rapport 9 – Les lignes téléphoniques dédiées aux jeux de hasard et d'argent*. Montréal : Institut national de santé publique du Québec.
- Chevalier, S., Papineau, É., & Geoffrion, G. (2003b). *Évaluation du programme expérimental sur le jeu pathologique. Le point de vue des usagers. Rapport 8*. Montréal : Institut national de santé publique du Québec.
- Chouinard, M. C. (2004). *Application du modèle transthéorique dans un programme d'intervention infirmière en cessation du tabagisme auprès de personnes hospitalisées pour une maladie cardiovasculaire*. Thèse de doctorat inédite, Université de Montréal.
- Ciarrocchi, J.W. (1996). Rates of Pathological Gambling. (In A. Publicly Funded Outpatient Substance Abuse Treatment. J.). *Journal of Gambling Studies*, 289-293.
- Ciarrocchi, J.W., & Richardson, R. (1989). Profile of Compulsive Gamblers. (In A. Treatment: Up date and Comparisons. J). *Journal of Gambling Behavior*, 5, 53-65.
- Comité permanent de lutte à la toxicomanie. (1999). *Le point sur la situation de la toxicomanie au Québec*. Montréal.
- Conseil national du bien-être social. (1996a, hiver). *Les jeux de hasard au Canada. Les coûts sociaux et financiers associés au jeu compulsif*. Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies. Récupéré le 19 septembre 2002 de <http://www.ccsa.ca/NCW/gmbfiv.htm>.
- Conseil national de bien-être social. (1996b, hiver). *Les jeux de hasard au Canada. Qui sont les joueurs compulsifs*. Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies. Récupéré le 19 septembre 2002 de <http://www.ccsa.ca/NCW/gmbfiii.htm>.
- Conseil national du bien-être social. (1996c, hiver). *Gambling in Canada*. Ottawa, ON : Auteur.

Conseil national du bien-être social. (1996d). *Les jeux de hasard au Canada*. Rapport du Conseil national du bien-être social, in Gouvernement du Canada, Publications, Site du Conseil national du bien-être social. Récupéré en mai 2004 de http://www.ncwcnbes.net/htmdocument/reportgambling/Gambling_f.htm.

Contandriopoulos, A. P., Champagne, F., Potvin, L., Denis, J. L., & Boyle, P. (1990). *Savoir préparer une recherche. La définir, la structurer, la financer*. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal, 197 p.

Corless, T., & Dickerson, M. (1989). Gamblers' self-perceptions of the determinants of impaired control. *Br J Addict*, 84 (12), 1527-37 (In A. Craig, R. J. (1985). Reducing the treatment drop out rate in drug abuse programs. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 2, 209-219).

Craig, R.J. (1985). Reducing the treatment drop out rate in drug abuse programs. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 2.

Craig, R. J., & Olson, R. E. (1988). Differences in psychological need hierarchy between program completers and dropouts from a drug abuse treatment program. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 14 (1), 89-96.

Culleton, R. (1985). *A survey of pathological gamblers in the State of Ohio*. Philadelphia, Transition Planning Associates.

Cunningham-Williams, R.M., Cottler, L.B., Compton, W. M. Spitznagel, E.W., & Ben-Abdallah, A. (2000). Problem Gambling and Comorbid Psychiatric and Substance Abuse Disorders Among Drug Users Recruited. (From Drug Treatment and Community Settings). *Journal of Gambling Studies*, 16.

Custer, R. L. (1982). Gambling and addiction, (In A. Craig & Baker (Eds.)). *Drug dependent patients: Treatment and research*. Springfield, Illinois: Charles C Thomas.

Custer, R., & Custer, L. (1978). *Characteristics of the Recovering Compulsive Gambler: A Survey of 150 Members of Gamblers Anonymous*. (Paper presented at the 49th conference on Gambling, Reno, Nevada, December).

Custer, R. & Milt, H. (1985). *When Luck Runs Out*. New York: Facts (On A. File Publications).

Daghestani, A., Elenz, E., & Crayton, J. (1996). Pathological Gambling in Hospitalized Substance Abusing Veterans, *Journal of Clinical Psychiatry*, 57(8), 360-362.

Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic Motivation and self determination in human behavior*. New-York: Plenum.

DeLeon, G. (1985). The therapeutic community: Status and evolution. *The International Journal of the Addictions*, 20(6-7), 823-844.

De Leon, G., Melnick, G., Kressel, D., & Jainchill, N. (1994). Circumstances, Motivation, Readiness and Suitability (The CMRS Scales): Predicting Retention in Therapeutic Community Treatment. *American Journal of Alcohol Abuse*, 20(4), 495-515.

DiClemente, C.C., & Hugues, S.O. (1990). Stages of Change Profiles in Outpatient Alcoholism Treatment. *Journal of Substance Abuse*, 2, 217-235.

DiClemente, C.C., & Prochaska, J.O. (1982). Self-change and therapy change or smoking behavior: a comparaison of processes of change in cessation and maintenance. *Addictive Behavior*, 7, 133-142.

DiClemente, C. C., Prochaska, J.O., Fairhurst, S.K., Velicer, F.W., Velasquez, M. M., & Rossi, J.S. (1991). The Process of Smoking Cessation: An Analysis of Precontemplation, Contemplation and Preparation Stages of Change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(2), 295-304.

Elliott, L., & Bailey, S. (2003, février). Governments Protecting Profits, Fail to Expose Gambling-Related Suicide. *Canadian Press*, Ottawa.

Federman, E., Drebing, C., & Krebs, C. (2000). *Don't Leave to Chance: A Guide for Families of Problem Gamblers*. Oakland: New Harbinger Publications inc.

- Feigelman, F., Klienman, P.H., Lesieur, H.R., Millman, R.B., Lesser, M.L. (1995). Pathological Gambling Amongst Methadone Clients. *Drug Alcohol Dependence*, 39, 75-81.
- Fisher, S., & Griffiths, M. (1995). Current Trends in Slot Machines Gambling: Research and Policy Issues. *Journal of Gambling Studies*, 11, 239-248.
- Finney, J.W., & Moos, R.H. (1996). The effectiveness of outpatient treatment for alcohol abuse: effects sizes, research design issues and explanatory mechanisms. *Addiction*, 91, 1813-1820.
- Forum Mondial Montréal 2002. (2002). « *Motivation au changement* » versus « *Motivation au traitement* » chez les personnes alcooliques et toxicomanes. Récupéré le 6 novembre 2002 de http://www.worldforumdrugsdependecies.com/fra/Resume_detail.asp?NoRes=460.
- Frayn, D.H. (1992). Assessment factors associated with premature psychotherapy termination. *American Journal of Psychotherapy*, 2, 250-261.
- Freeston, M. H., Ladouceur, R., Thibodeau, N., Gagnon, F., & Rhéaume, J. (1994). L'inventaire d'Anxiété de Beck : Propriétés psychométriques d'une traduction française. *L'Encéphale*, XX, 47-55.
- Gainey, R. R., Wells, E. A., Hawkins, D. J., & Catalano, R. F. (1993). Predicting Treatment Retention among Cocaine Users. *The International Journal of the Addictions*, 28(6), 487-505.
- Garfield, S. L. (1986). Research on Client Variables in Psychotherapy. (In A. Bergins A.E. & S.L. Garfield (éd.)). *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change: An Empirical Analysis*. New York: Wiley & Sons, 271-296.
- Garfield, S. L., & Wolpin, M. (1963). Expectations regarding psychotherapy. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 137, 353-362.

- Gauthier, J. G., Morin, C., Theriault, F., & Lawson, J.S. (1982). Adaptation française d'une mesure d'auto-évaluation de l'intensité de la dépression. *Revue québécoise de psychologie, 3*(2), 13-27.
- Goffman, E. (1975). *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*. Paris : Les Éditions de Minuit.
- Govoni, R., & al. (1998). Five Years Impact of Casino Gambling in a Community. *Journal of Gambling Studies, 97*, 85-109.
- Greenberg, D., & Rankin, H. (1982). Compulsive gamblers in treatment. *Br J Psychiatry, 140*, 364-366.
- Gupta, R., & Derevensky, J. (2001). Familial and Social Influences on Juvenile Gambling. *Journal of Gambling Studies, 14*, 4, 319-345.
- Hall, G.W., Carriero, N.J., Takuhi, R.Y., Montoya, I.D., Preston, K.L., & Gorelick, D.A. (2000). *Pathological Gambling Amongst Cocaine-Dependent Outpatients*. Am. J. Psychiatry, 157, 1127-1133.
- Hendriks, V. M., Garretdsen, H. F. L., & Van de Goor, I. A. M. (1997). A "Parliamentary inquiry" into alcohol and drugs: A survey of psychoactive substance use and gambling among members of the Dutch Parliament. *Substance Use & Misuse, 32*(6), 679-697.
- Hendriks, V. M., Meerkerk, G. J., Van Oers, H. A. M., & Garretdsen, H. F. L. (1997). The Dutch instant lottery: Prevalence and correlates of at-risk playing. *Addiction, 92*(3), 335-346.
- Henriksson, L. E. (2002). *Gouvernement jeu pathologique et populations en santé*. Canadian Center on Substance Abuse. Récupéré le 19 septembre 2002 de <http://www.ccsa.ca/plweb-cgi>.
- Herbert & Louis, LLC. (2001). *Gambling participant monitoring system (GPMS)*. Wilsonville: Herbert & Louis LLC.

Herscovitch, A. (1999). *Alcoholism and Pathological Gambling: Similarities and Differences*. Learning Publications inc.

Hodgins, D., & El-Guebaly, N. (2001). Processes of changing gambling behavior. *Addictive Behaviors*, 26, 121-128.

Hollander, E., & Wong, C. M. (1995). Body dysmorphic disorder, pathological gambling, and sexual compulsions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 56 (supp. 4), 7-13.

Ibanez, A., Blanco, C., Donahue, E., Lesieur, H. R., Perez de Castro, I., Fernandez-Piqueras, J., & Saiz-Ruiz, J. (2001). Psychiatric comorbidity in pathological gamblers seeking treatment. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1733-1735.

Institut de la statistique (2006). *Perception de l'état de santé selon le sexe de la population de 15 ans et plus du Saguenay–Lac-St-Jean et l'ensemble du Québec, 1987, 1992-1993, 1998, 2000-2001 et 2003*. Document récupéré le 16 août 2006 de <http://www.stat.gouv.qc.ca/regions/profils/profil02/societe/sante/perceptions02.htm>.

Jacobs, D. F. (1989). Illegal and un documented: A Review of Teenage Gambling and the Plight of Children of Problem Gamblers in America. (In A. Shaffer, H.J. (dir.)), *Compulsive Gambling: Theory, Research and Practice*. Lexington, MA : Lexington Books, 249-292.

Jacques, C.R., Ladouceur, R., & Ferland, F. (2000). Impact of Availability on Gambling: A Longitudinal Study. *Canadian Journal of Psychiatry*, 54, 810-815.

Juneau, S. (2001). *Programme de précurseur jeu*. Jonquière : La Maison d'Hébergement Le Séjour inc., document inédit.

Keithly, L., Samples, S., & Strupp, H. (1980). Patient motivation as a predictor of process and outcome in psychotherapy. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 33, 87-97.

Keso, L., & Salaspuro, M. (1990). Inpatient treatment of employed alcoholics: A randomized clinical trial on Hazelden-type and traditional treatment. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 14(4), 584-589.

- Kokotovic, A. M., & Tracey, T. J. (1987). Premature termination at a University Counseling Center. *Journal of Counseling Psychology, 34*, 80-82.
- Korn, D.A. (2000). Expansion of Gambling in Canada: Implications for Health and Social Policy. *Canadian Medical Association Journal*. Document récupéré de <http://www.cma.ca/cmaj/vol/163/issue-1/0061.htm>.
- Ladouceur, R. (1991). *Prevalence estimates of pathological gamblers in Quebec*.
- Ladouceur, R., & Mireault, C. (1988). Gambling behaviors among high school students in the Quebec area. *J Gambling Behavior, 4*, 3-12.
- Ladouceur, R., Boutin, C., Doucet, C., Lachance, S., & Sylvain, C. (2000a). *Programme d'évaluation et de traitement des joueurs excessifs*, Centre pour la prévention et le traitement du jeu et l'Université Laval, 9 chapitres.
- Ladouceur, R., Jacques, C., Chevalier, S., Sévigny, S., Hamel, D., & Allard, D. (2004a). *Prévalence des habitudes de jeu et du jeu pathologique au Québec en 2002*. Québec : Université Laval et l'Institut national de santé publique du Québec, 83 p.
- Ladouceur, R., Sylvain, C., Boutin, C., & Doucet, C. (2000b). *Le jeu excessif comprendre et vaincre le gambling*. Les éditions de L'Homme, 255 p.
- Ladouceur, R., Sylvain, C., Letarte, H., Giroux, I., & Jacques, C. (1998). Cognitive treatment of pathological gamblers. *Behavior Research and Therapy, 36*, 1111-1120.
- Ladouceur, R., Sylvain, C., Sévigny, S., Poirier, L., Brisson, L., Dias, C., Dufour, C., & Pilote, P. (2004b). *Caractéristiques des joueurs excessifs selon le mode de traitement*. Québec : Université Laval, 172 p.
- Laflamme-Cusson, S., & Moisan, C. (1993). *Le cheminement de la clientèle adulte des établissements publics de réadaptation de la toxicomanie*. Collection : Études et analyses, Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux, 124 p.

La Maison d'Hébergement Le Séjour inc. (2005). *Horaire des activités*, Jonquière, document inédit.

Landry, M. (2001). *L'impact des traitements offerts au Québec aux personnes toxicomanes*. Récupéré le 10 novembre 2003 de <http://www.parl.gc.ca>.

Lenoir, G. (1991). Passion frénétique du jeu et maladie affective. *L'Évolution psychiatrique*, 56 (4), 805-822.

Lesieur, H. R. (1998). Cost and treatment of pathological gambling. *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 556, 150-171.

Lesieur, H.R., & Blume, S.B. (1991). Evaluation of patients treated for pathological gambling in a combined alcohol, substance abuse and pathological gambling treatment using the Addiction Severity Index. *British Journal of the Addictions*, 86, 1017-1028.

Lesieur, H.R., & al. (1991). Gambling and Pathological Gambling Among University Students. *Addictive Behaviors*, 16, 517-527.

Linden, R. D., Jonas, J. M., & Pope, H. G. (1984). *Pathological gambling and major affective disorder*, (137th annual meeting of the AP).

Longo, D. A., Lent, R. W., & Brown, S. D. (1992). Social cognitive variables in the prediction of client motivation and attrition. *Journal of Consulting Psychology*, 39, 447-452.

Lopez Viets, V. C., & Miller, W. R. (1997). Treatment approaches for pathological gamblers. *Clinical Psychology Revue*, 17, 689-702.

Luborsky, L., Chandler, M., Auerbach, A. H., Cohun, J., & Bachrach, H. M. (1971). Factors influencing the outcome of psychotherapy: A review of quantitative research. *Psychological Bulletin*, 75, 145-185.

- Major, S. (1995). *Relations entre les attitudes envers l'alcool et les drogues et la motivation au changement*. Montréal : Association des Intervenants en Toxicomanie du Québec inc., 137 p.
- Maltais, D. (1997). *Vivre en résidence : liens entre les caractéristiques organisationnelles et les comportements des aînés*. Thèse inédite, Université de Montréal.
- Marshall, K., & Wynne, H. (2004, été). Contre vents et marées : un profil des joueurs excessifs et de ceux qui risquent de le devenir. *Tendances sociales canadiennes*, Statistique Canada, (no 11-008 au catalogue), 31-37.
- McConaughy, E. A., DiClemente, C. C., Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1989). Stages of Change in Psychotherapy.: A Follow-up Report. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 26(4), 494-503.
- McConaughy, E. A., Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1983). Stages of Change in Psychotherapy : Measurement and Sample Profiles. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 20(3), 368-375.
- McCormick, R. A. (1993). Disinhibition and negative affectivity in substance abusers with and without a gambling problem. *Addictive Behaviors*, 18, 331-336.
- McCormick, R. A. (1994). The importance of coping skill enhancement in the treatment of the pathological gambler. *Journal of Gambling Studies*, 10(1), 77-86.
- McNeil, B. W., May, R. J., & Leeve. (1987). Perceptions of counselor source characteristics by premature and successful terminator. *Journal of Counseling Psychology*, 134(1), 86-89.
- Ménard, J.M. (2005, juillet). *Toxicomanie, jeu pathologique et troubles mentaux : Pour une intervention efficace des centres de réadaptation et leurs partenaires*. Fédération québécoise des centres de réadaptations pour personnes alcooliques et autres toxicomanies, document inédit.

- Miller, W.R. (1985). Motivation for Treatment: A Review with Special Emphasis on Alcoholism. *Psychological Bulletin, 98*(1), 84-107.
- Moore, T.L. (2000). Gambling treatment programs evaluation update – July 1, 1998 through June 30, Wilsonville: Herbert & Louis LLC.
- Moore, T.L. (2001). Gambling treatment programs evaluation update – July 1, 2000 through June 30, Wilsonville: Herbert & Louis LLC.
- Nadler, L.B. (1985). The epidemiology of pathological gambling: critique of existing research and alternative strategies. *Journal of Gambling Behavior, 1*, 35-50.
- National Opinion Research Center: University of Chicago.(1999). *Gambling Impact and Behavior Study*. Document récupéré de <http://www.norc.uchicago.edu>.
- O'Connel, D. O., & Velicer, W. F. (1988). A decisional balance measure of the stages of change model for weight loss. *The International Journal of Addiction, 23*, 729-840.
- Orford, J. (1988). Pathological gambling in its treatment. *Br Medecine Journal, 296*, 729-730.
- Papart, J. P. (2000). *Jeu pathologique. Actions en Santé Publique*. Université de Genève : Faculté de médecine, 30 p.
- Paradis, I., & Courteau, J. P. (2003). *État de situation sur les jeux de hasard et d'argent en Outaouais*. Outaouais : Direction de santé publique, Régie Régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais, 147 p.
- Pasternak, A. V., & Fleming, M. F. (1999). Prevalence of gambling disorders in a primary care setting. *Archives of Family Medecine, 8*, 515-520.
- Pekarik, G. (1985). Coping with dropouts. *Professional Psychology: Research and Practice, 16*, 114-123.

- Polit, O. D., & Hungler, B.P. (1991). *Nursing research: principles and methods*, Philadelphia, Lippincott.
- Prochaska, J. O. (1979; 1984). *Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis*. Homewood, IL: Dorsey Press.
- Prochaska, J. O. (1991). Assessing how people change. *Cancer*, 67 (3 suppl.), 805-807.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical Therapy: Toward a More Integrative Model of Change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19, 276-278.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 390-395.
- Prochaska, J.O., & DiClemente, C.C. (1984). *Self-change processes, self-efficacy and decisional balance across five stages of smoking cessation*. (Communication presented at Advances in Cancer Control: Epidemiology and Research), Denver: CO.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1985). *Common processes of self-change in smoking, weight control and psychological distress*. (In A.: S. Shiffman, R. T. A. Willis (Eds)), *Coping and Substance Abuse*, San Diego, CA: Academic Press, 345-363.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1986). Toward a Comprehensive Model of Change. In Miller, W.R. & N. Heather (éd.). *Treating Addictive Behaviors: Process of Change*, London: Plenum Press, 3-27.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1992). Stages of Change in the Modification of Problem Behaviors. (In A. Hersen, M. R.M. Eisler & P.M. Miller (ed.)). *Progress in Behavior Modification*, 28, NJ: Sycamore, 183-218.

- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist, 17*(9), 1102-1114.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., Velicer, W. F., & Rodi, J. S. (1993). Standardized, individualized, interactive, and personalized self-help programs for smoking cessation. *Health Psychology, 12*(5), 399-45.
- Rees, D. W. (1985). Health Beliefs and compliance with Alcoholism Treatment. *Journal of Studies on Alcohol, 46*(6), 517-524.
- Reznik, Y., & Drolet, S. (2000). *Loteries vidéo. Passion/compulsion*, (Traduit et adapté du livre de Reznik par Drolet), Canada : Éditions St-Martin.
- Rhodes, William, Norman, Langenbahn, Stacia, Harmon, Patricia, & Deal, D. (1997). *Evaluation of the Minnesota state-funded compulsive gambling treatment programs – Final report*. Cambridge: Abt Associates inc.
- Rosembaum, R. L., & Horowitz. (1983). Motivation for psychotherapy: A factorial analysis. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 20*, 346-354.
- Rosenthal, R. (1994). A Psychodynamic Approach to the Treatment of Pathological Gambling: Achieving Abstinence, *Journal of Gambling Studies, 10*, 1, 21-42.
- Rossi, J. J., & Filstead, W. J. C. (1976). Treating the treatment issues: some general observations about the treatment of alcoholism. (In A. Filstead, W. J., Rossi, J. J., & Keller, M. (Eds). *Alcohol and alcohol problems: new thinking and new directions*, Cambridge: Ballinger publishing company), 193-227.
- Rossignol, V. (2000). *L'entrevue motivationnelle : un guide de formation*, document inédit, 80 p.
- Roy, A., & Bryan, A. (1988). Pathological gambling: a psychobiological study. *Arch Gen Psychiatry, 45*, 369-373.

- Roy, A., Custer, R., Lorenz, V., & Linnoila, M. (1989). Personality factors and pathological gambling. *Acta Psychiatrica Scand*, 80(1), 37-39.
- Rugle, L. J. (1993). Initial Thoughts on Viewing Pathological Gambling From a Physiological and Intrapsychic Structure Perspective, *Journal of Gambling Studies*, 9(1), 3-5.
- Rugle, L., & Melamed, L. (1993). Neuropsychological assessment of attention problems in pathological gamblers. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 181(2), 107-112.
- Rychlak, R. (1992). Lotteries Revenues and Social Costs: a Historical Examination of State-Sponsored Gambling. *Boston College Law Review*, 34, 11-81.
- Rychtarik, R.G., Connors, G.J., Withney, R.B., McGillicuddy, N.B., Fitterling, J.M., & Wirtz, P.W. (2000). Treatment setting for persons with alcoholism: Evidence for matching clients to inpatient versus outpatient care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 277-289.
- Séguin, M., Suissa, J.A., & al. (2005). *Liens entre suicide et jeu excessif: les problèmes associés au jeu excessif contribuent-ils au passage à l'acte?* Fonds québécois de recherche Science et Culture, Gouvernement du Québec : FQRSC, (sous presse).
- Setness, P. A. (1997). Pathological gambling. *Postgraduate Medicine*, 102(4), 13-18.
- Schafer, A., Brown, J., Watson, C.G., & al. (1985). Comparison of the validities of the Beck, Zung, and MMPI depression scales. *Consultation in Clinical Psychology*, 53, 415-418.
- Shaffer, H. J., Hall, M. N. & Vander Bilt, J. (1997). The prevalence of pathological gamblers: implication for public health. *AM J Pub Health*, 84, 237-241.
- Shaffer, H. J., Hall, M. N., & Vander Bilt, J. (1999). Estimating the prevalence of disordered gambling behaviro in the United States and Canada. A research synthesis. *American Journal of Public Health*, 89(9), 1369-1376.

- Shaffer, H., & Korn, D. (2002). Gambling and related mental disorders: A public health analysis. *Annual Reviews of Public Health, 23*, 171-212.
- Shaffer, H. J., Vander Bilt, J., & Hall, M. N. (1999). Gambling, drinking, smoking and other health risk activities among casino employees. *American Journal of Industrial Medicine, 36*, 365-378.
- Simpson, D. D. (1979). The relation of time spent in drug abuse treatment to post treatment outcome. *American Journal of Psychiatry, 136*, 1449-1453.
- Simpson, D. D., & Sells, S. B. (1982). Evaluation of drug treatment effectiveness: summary of the DARP follow-up research. *National Institute on drug abuse treatment research report*, Washington DC: US, (Government printing office).
- Smart, R. G., & Ferris, J. (1996). Alcohol, drugs and gambling in the Ontario adult population, 1994. *Canadian Journal of Psychiatry, 41*(1), 36-45.
- Specker, S. M., Carlson, G. A., Christenson, G. A., & Marcotte, M. (1995). Impulse control disorders and attention deficit disorder in pathological gamblers. *Annals of Clinical Psychiatry, 7*(4), 175-179.
- Specker, S. M., Carlson, G. A., Christenson, G. A., & Marcotte, M. (1996). Psychopathology in pathological gamblers seeking treatment. *Journal of Gambling Studies, 12*, 67-81.
- Stark, J. J. (1992). Dropping out of substance abuse treatments: a clinically oriented review. *Clinical Psychological Review, 12*, 93-116.
- Stark, M. J., Campbell, B. K., & Brinkerhoff, C. V. (1990). « Hello, may we help you? » A study of attrition prevention at the time of the first phone contact with substance-abusing clients. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 16*(1-2), 67-76.
- Statistique Canada. (2003). *Jeu excessif*. Statistique Canada. Récupéré de <http://www.statcan.ca>.

Statistique Canada. (2005). Taux de chômage au Saguenay–Lac-St-Jean Récupéré de <http://www.statcan.ca>.

Steel, & Blaszczynski, A. (1998). Impulsivity personality disorders and pathological gambling severity. *Addiction*, 93(6), 895-905.

Stinchfield, R., & Winters, K.C. (1996). *Treatment effectiveness of six state-supported compulsive gambling treatment programs in Minnesota*. Minnesota : Minnesota Department of Human Services.

Suissa, A., J. (2001). *La construction d'un problème social en maladie : le cas de l'alcoolisme en Amérique du Nord*. *Problèmes sociaux : Théories et méthodologies*, Tome 1, chapitre 5, (sous la direction de Robert Mayer et Henri Dorvil), Presses de l'Université du Québec, 135-154.

Suissa, A. J. (2002). Le Forum sur le jeu pathologique : si la tendance se maintient. *L'intervenant*, 18(2), 5-6.

Suissa, A. J. (2005). *Le jeu compulsif. Vérités et mensonges*. Édition Fides, 304 p.

Sullivan, S. (1994). Pathological gambling. *Patient management*, 1-4.

Sylvain, C., Ladouceur, R., & Boisvert, J. M. (1997). Cognitive and behavioral treatment of pathological gambling: A controlled study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 727-732.

Tassé, L. (2005). *Le jeu pathologique dans la région de Lanaudière. Faut-il exorciser le mauvais sort ou démystifier le jeu responsable?* Direction de santé publique et d'évaluation, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Lanaudière, 148 p.

Toneatto, T., & Brennan, J. (2002). *Pathological Gambling in Treatment-Seeking Substance Abusers*. *Addictive Behaviors*, 27, 465-469.

- Valleur, M., & Bucher, C. (1997). *Le jeu pathologique*. France : Presses Universitaires de France, 127 p.
- Vatz, R., & Weinberg, L.S. (1986, April). Is compulsive gambling really a disease? Let's call that bluff, *Washington Post*, 2-6.
- Vitaro, F., Arsenault, L., & Trembaly, R. E. (1997). Dispositional predictors of problem gambling in male adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 154(12), 1769-1770.
- Vitaro, F., Arsenault, L., & Tremblay, R. E. (1999). Impulsivity predicts problem gambling in low SES adolescents males, *Addiction*, 94(4), 565-575.
- Volberg, R. (1996a). Prevalence studies of problem gambling in the United States. *Journal of Gambling Studies*, 12(2).
- Volberg, R. (1996b). Gambling and Problem Gambling in New-York: a 10 year Report Survey, 1986 to 1996. Report to the New York Treatment of Pathological Gambling. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 556, 153-171.
- Volberg, R. A. (1994). The prevalence of pathological gamblers: implication for public health. *AM J Pub Health*, 84, 237-241.
- Walker, M. B. (1995). *The psychology of Gambling*. New-York: Pergamon.
- Wildman, L. L., & Robert, W. (1997). *Gambling: An attempt at Integration*. Edmonton: Wynne Resources, 565 p.
- Wolkowitz, O. M., Roy, A., & Doran, A. R. (1985). Pathological gambling and other risk-taking pursuit. *Psychiatric Clinics of North America*, 8, 311-321.
- Woods, N. F., & Catanzaro, M. (1989). *Nursing research: theory and practice*, Toronto, C.V., Mosby.

Appendice A

Synthèse des résultats de l'ensemble des modèles théoriques sur la motivation

Synthèse des résultats de l'ensemble des modèles théoriques sur la motivation

Théories	Définition de la motivation selon ce modèle	Principaux auteurs	État de la recherche et applications pratiques
Théorie des besoins	La motivation résulte de la présence de dispositions stables chez la personne. En général, ce type de théories considère qu'une tension psychique interne est à l'origine du déclenchement du comportement. Le besoin produit un état de déséquilibre, et le comportement vise à rétablir l'équilibre.	MASLOW, 1954 McCLELLAND, 1961 ATKINSON, 1964 ALDERFER, 1969 SCHEIN, 1975	En général, ces théories n'ont pas engendré beaucoup de recherches empiriques à cause de la difficulté de définir opérationnellement le besoin et d'en prédire les effets.
Théorie de l'attribution	La motivation résulte de la compréhension naïve que l'individu se fait de la réalité qui l'entoure, des raisons qui expliquent les événements qui surviennent ou les comportements (instrumentalité) qu'il considère comme désirables (valence).	HEIDER, 1960 ROTTIER, 1966 WEINER, 1986	
Théorie de l'équité	Théorie de l'échange qui considère que la motivation résulte d'une recherche d'équité entre la contribution de l'individu et ce qu'il en retire, compte tenu de ce qu'il perçoit être la ration contribution-rétribution de son groupe de référence.	ADAMS, 1963, 1965	Plus récemment, la recherche s'est surtout intéressée à diverses composantes de l'équité, notamment la justice procédurale et la justice distributive (Greenberg, 1987).

Théories	Définition de la motivation selon ce modèle	Principaux auteurs	État de la recherche et applications pratiques
Théories des attentes	La motivation résulte de la perception qu'a un individu que ses efforts vont entraîner un résultat, que ce résultat va se traduire par des conséquences (instrumentalité) qu'il considère comme désirables (valence).	VROOM, 1964 PORTER & LAWLER, 1968 LAWLER, 1973	
Théorie de l'activation	La motivation est liée à la stimulation de l'attention. Cette dernière est optimale lorsque la tâche est moyennement difficile, i-e. lorsque le rapport entre la probabilité de succès (PS) et la valeur du succès escompté (1-PS) est le plus élevé.	SCOTT, 1966 GARDNER, 1986	Modèle peu développé ayant surtout permis d'explorer les conditions optimales de stimulation, particulièrement au regard de la variété des tâches.
Théories des objectifs	Le comportement est intentionnel. La stimulation à agir dans un sens donné résulte d'abord de l'existence d'un objectif à poursuivre. La motivation et surtout la performance vont être influencées par la nature des objectifs (clarté, niveau de difficulté, spécificité), la valeur du but pour la personne (niveau d'attraction, niveau d'engagement), la façon suivant laquelle elles sont déterminées (assignation, participation) et l'effet de la progression vers l'atteinte de l'objectif (feed-back).	LOCKE, 1968 LOCKE ET LATHAM, 1990	La gestion par objectifs (Drucker, 1954) est considérée comme une application importante de ce modèle, même si elle a été élaborée avant le modèle théorique. Selon la boucle du rendement supérieur (Locke et Latham, 1990), d'un objectif significatif et stimulant, résulte une performance en fonction des habiletés et de l'engagement de la personne envers cet objectif de son sentiment de compétence personnelle, de ses attentes, de la complexité de la tâche à accomplir et du feed-back que la personne reçoit de sa performance.

Théories	Définition de la motivation selon ce modèle	Principaux auteurs	État de la recherche et applications pratiques
Théories béhavioristes	Le comportement est le résultat de sa conséquence. La motivation est un apprentissage associatif résultant de l'apparition d'une conséquence positive à la suite d'un comportement donné. L'absence de renforcement ou un renforcement négatif (punition) devrait conduire à la cessation ou à l'évitement du comportement.	SKINNER, 1974	Ces théories s'intéressent essentiellement à la distribution des renforcements (programmes de renforcement).
Théorie de la motivation sociale	La motivation est influencée en bonne partie par le groupe de référence. Comme la dynamique des groupes entraîne l'émergence de normes sociales et d'une cohésion de groupe, les pressions vers la conformité ou l'imitation sociale auront un effet important sur la structure du comportement individuel.	FERRIS & CO, 1978	Lié à ce type de théorie, le modèle des systèmes sociotechniques considère que la motivation résulte de l'harmonisation des variables personnelles, sociales et technologiques).
Théorie des attitudes et des valeurs	La motivation résulte de la présence de dispositions acquises, mais relativement stables chez la personne.	MINER, 1979	
Théories des contraintes situationnelles	La motivation est influencée par des contraintes situationnelles, i-e, par des conditions qui facilitent ou restreignent l'habileté individuelle ou la possibilité d'atteindre un résultat.	PETERS & O'CONNOR, 1980 PETERS & CO, 1985	

Théories	Définition de la motivation selon ce modèle	Principaux auteurs	État de la recherche et applications pratiques
Théorie du contrôle	La motivation est un processus d'autorégulation à caractère cybernétique selon lequel l'individu compare constamment les objectifs poursuivis aux résultats obtenus, et ainsi ajuste en conséquence tant sa perception que son action afin de réduire les désaccords observés.	KLEIN, 1989 HYLAND, 1988	
Théorie de l'action raisonnée	Le comportement, sous le contrôle de la volonté, découle directement de l'intention d'adopter ce comportement. Le comportement représente une composante motivationnelle.	FISHBEIN & AJZEN, 1975	
Théorie du comportement planifié	La perception de contrôle peut influencer directement le comportement ou avoir un effet sur celui-ci par le biais de l'intention.	AJZEN & MADDEN, 1986	
Théorie de la motivation humaine	La motivation est considérée comme l'aspect dynamique de l'entrée en relation d'un sujet avec le monde. La motivation concerne la direction active du comportement vers certaines catégories préférentielles de situations ou d'objets.	NUTTIN, 1980	
Théorie de la motivation à l'autoprotection	Comment un événement peut motiver un changement.	ROGERS, R., 1975	

Théories	Définition de la motivation selon ce modèle	Principaux auteurs	État de la recherche et applications pratiques
Théorie de la réactance psychologique	Comment une personne dont la liberté personnelle est réduite ou menacée aspire à retrouver une certaine marge de manœuvre.	BREHM, 1981	
Théorie de la protection du soi	En s'écoulant parler, l'individu apprend ce en quoi il croit.	BEM, 1976	
Disposé au changement	Voir la « disposition » au changement comme étant composée de trois éléments (Prêt, disposé, capable).	ROLLNICK, MASON & BUTLER, 1999	

Ce tableau est inspiré de celui proposé par Estelle Morin dans « Psychologie au travail » et il a été modifié (ActuPsy, 2002).

Appendice B

Les différents traitements du jeu pathologique en fonction de leur approche

Les différents traitements du jeu pathologique en fonction de leur approche

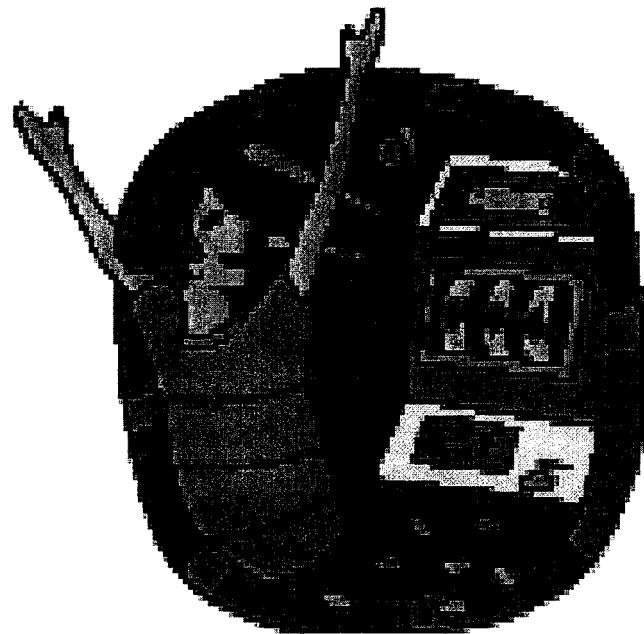
Traitement psychologique	La réadaptation	Traitement biomédical	Traitement biopsychosocial
Approche psychanalytique	Gamblers Anonymes, Joueurs Anonymes	Traitements pharmacologiques (antidépresseurs, lithium, clomipramine)	Approche éclectique (biomédicale, pharmacologique, psychiatrique, thérapeutique (groupe), GA
Approche cognitivo-comportementale	Modèle de réadaptation générale du jeu pathologique (processus en trois étapes)		
Traitements comportementaux (désensibilisation par imagerie ou in vivo, techniques de relaxation, counseling behavioral)	Traitement interne		
Traitements cognitivo-comportementaux (arrêt de la pensée, restructuration cognitive)			

(Beaucage, 1998)

Appendice C

Guide de la recherche

RECHERCHE UNIVERSITAIRE SUR LE JEU PATHOLOGIQUE



MOTIVATION, ATTITUDE ET PERSÉVÉRANCE AU TRAITEMENT : Le cas des
joueurs pathologiques du Saguenay-Lac-St-Jean.

OBJECTIFS DE LA RECHERCHE :

Quelles sont les principales caractéristiques sociodémographiques et l'état de santé physique et psychologique des personnes dont la voie d'entrée est le programme de pré-cure de la Maison d'Hébergement Le Séjour inc. et ceux dont la voie d'entrée est le Centre de réadaptation en dépendances?

Est-ce qu'il y a des différences dans les stades de changement entre les deux groupes de répondants?

Est-ce que la participation à la pré-cure de la Maison d'Hébergement Le Séjour favorise la persévérence de la thérapie du jeu au Centre de réadaptation en dépendances?

Est-ce que le stade de changement à l'entrée dans l'un ou l'autre des programmes est lié à la poursuite de la thérapie du Centre de réadaptation en dépendances?

Quels sont les facteurs personnels, contextuels et sociaux qui facilitent ou perturbent la fin de la thérapie du Centre de réadaptation en dépendances?

POPULATION À L'ÉTUDE :

Groupe expérimental : 25 joueurs pathologiques qui participeront au programme de précure à l'interne à la Maison d'Hébergement Le Séjour et qui recevront parallèlement des services de traitement pour le jeu au Centre de réadaptation en dépendances.

Groupe témoin : 25 joueurs pathologiques du Centre de réadaptation en dépendances qui n'auront pas suivi le programme de précure avant leur admission pour le traitement du jeu au Centre de réadaptation en dépendances.

CONDITION D'ADMISSION :

Ne pas avoir précédemment participé à un programme de précure ou à un traitement relié au jeu pathologique.

MARCHE À SUIVRE :

Groupe expérimental :

Compléter un questionnaire (pré test) avant leur admission au programme de précure (Maison d'Hébergement Le Séjour).

Compléter un questionnaire (post test) à la fin de la précure et à la fin de la thérapie.

Groupe témoin :

Compléter un questionnaire (pré-test) avant le début de la thérapie au Centre de ré-adaptation en dépendances.

Compléter un questionnaire (post-test) à la fin de la thérapie au Centre de réadaptation en dépendances.

RÉSULTATS À LONG TERME :

- Comprendre davantage la problématique du jeu pathologique dans la région du Saguenay–Lac-St-Jean.
- Générer des données pouvant servir à l'amélioration des services offerts aux joueurs pathologiques dans la région du Saguenay–Lac-St-Jean.

RESPONSABLE DE LA RECHERCHE :

Sandra Juneau
Étudiante à la maîtrise en travail social
Université du Québec à Chicoutimi

Appendice D

Questionnaires de recherche

PRÉ-TEST

--	--	--	--

SECTION A – ADMINISTRATION

1. Code du répondant :

2. Résultats de l'entrevue :

- 1 Entrevue complétée
2 Entrevue incomplète → raison _____
3 Refus
4 Non rejoint
77 Autre (précisez) _____

3. L'entrevue s'est déroulée

- 1 Maison d'Hébergement Le Séjour
2 Centre de réadaptation en dépendances- Jonquière
3 Point de service La Baie
4 Point de service Alma
5 Point de service Dolbeau
77 Ailleurs (préciser l'endroit) _____

4. Date de l'entrevue :

--	--

Jour

--	--

mois

--	--	--	--

Année

5. Sexe du répondant :

- 1 Homme
2 Femme

6. Type de logement :

- 1 Chambre
2 Studio
3 Logement 1 chambre à coucher

- 4 Logement 2 chambres à coucher
5 Vit chez un ami ou un parent
6 Sans domicile fixe
7 Maison unifamiliale
77 Ailleurs (précisez l'endroit) _____

7. Nom de l'interviewer :

- 1 Sandra Juneau
77 Autres (nommez) _____

8. Durée de l'entrevue :

--	--

Heures

--	--

Minutes

9. Commentaires de l'intervieweur :

SECTION B – RÉSEAU SOCIAL

10. Quelle est votre date de naissance?

--	--

Jour

--	--

mois

--	--	--	--

Année

11. Quel est votre état matrimonial actuel?

- 1 Marié(e) (y compris en union libre)
2 Célibataire (jamais marié)
3 Séparé(e)/divorcé(e)
4 Veuf/veuve
88 Ne sait pas
99 Ne s'applique pas

12. Combien de personnes demeure avec vous? _____

Nombre de personnes incluant le sujet

--	--

13. Avez-vous des enfants?

- 1 Oui → **Passez à la question 13**
 2 Non → **Passez à la question 14**

Combien avez-vous d'enfants? Indiquer le nombre exact : _____

14. Pour chacun de vos enfants, indiquez leur âge et précisez s'ils vivent actuellement avec vous?

Vivent-ils avec vous?

	Âge	Oui	Non
1	Enfant 1	○	○
2	Enfant 2	○	○
3	Enfant 3	○	○
4	Enfant 4	○	○
5	Enfant 5	○	○

15. Faites-vous partie d'un ou plusieurs groupes ou associations et à quelle fréquence assistez-vous aux réunions ou activités de ces groupes?

Groupe(s) ou association(s)	Fréquence – participation
	1) à tous les jours
	2) au moins une fois par semaine
	3) au moins une fois par mois
	4) au moins une fois par année
	5) moins d'une fois par année

Maintenant, pour chacun des groupes de personnes suivants :

Relation	Enfants-Parents	Famille Parenté	Amis	Voisins	Associations
a) Comment trouvez-vous l'ensemble des relations?					
1) satisfaisante	1 <input type="radio"/>				
2) plus ou moins satisfaisante	2 <input type="radio"/>				
3) insatisfaisante	3 <input type="radio"/>				
88) ne sait pas	88 <input type="radio"/>				
99) ne s'applique pas	99 <input type="radio"/>				
b) Aimeriez-vous avoir davantage de contacts?					
1) plutôt oui	1 <input type="radio"/>				
2) plutôt non	2 <input type="radio"/>				
88) ne sait pas	88 <input type="radio"/>				
99) ne s'applique pas	99 <input type="radio"/>				

16. En cas d'urgence, est-ce que vous pouvez obtenir de l'aide rapidement de la part de quelqu'un de votre entourage?

- 1 Oui, **Passez à la question 17**
 2 Non, **Passez à la question 18**

Si oui de qui pouvez-vous obtenir de l'aide en cas d'urgence? (peut avoir plus qu'un choix de réponse)

- 1 Conjoint
 2 Enfant
 3 Bru/gendre
 4 Frères/sœurs
 5 Petits-enfants
 6 Ami
 7 Locataire
 77 Autre, précisez _____

17. Combien de personnes connaissez-vous suffisamment pour vous visiter l'un ou l'autre dans vos propres appartements?

- 1 Aucun
- 2 1-2
- 3 3-4
- 4 5-9
- 5 10 et plus
- 88 Ne sait pas

Les visitez-vous?

- 1 tous
- 2 quelques-uns
- 3 aucun

Comment trouvez-vous votre vie sociale?

- 1 Très satisfaisante
- 2 Plutôt satisfaisante
- 3 Plutôt insatisfaisante
- 4 Très insatisfaisante

Avez-vous été capable de parler de vos sentiments ou de vos problèmes avec au moins une personne significative autre qu'un intervenant au cours du dernier mois?

- 1 À toutes les fois que j'en ai eu besoin
- 2 Quelques fois
- 3 Je n'ai pas été capable de parler de mes sentiments ou je n'ai pas personne à qui je peux parler de mes sentiments

SECTION C – ÉTAT DE SANTÉ

Nous aimerions maintenant avoir quelques informations sur votre état de santé...

18. Comparativement à d'autres personnes de votre âge, diriez-vous qu'en général votre santé est :

- 1 Excellente
- 2 Bonne
- 3 Moyenne
- 4 Mauvaise
- 88 Ne sait pas

19. Êtes-vous limité(e) dans le genre ou la quantité d'activités que vous pouvez faire pour de raisons de santé?

1 Oui

2 Non

88 Ne sait pas

Passez à la question 24

20. Quels sont les principaux problèmes de santé qui vous imposent cette limitation?

21. Antécédents médicaux

- | | | | | | | | | |
|----|----------------|-----------------------|---|-----------|-----------------------|----|-------------------|-----------------------|
| 1 | VIH-Sida | <input type="radio"/> | 5 | Diabète | <input type="radio"/> | 9 | Asthme | <input type="radio"/> |
| 2 | MTS | <input type="radio"/> | 6 | Épilepsie | <input type="radio"/> | 10 | Hyper/hypotension | <input type="radio"/> |
| 3 | Cardiaque | <input type="radio"/> | 7 | Hépatite | <input type="radio"/> | 11 | Cholestérol | <input type="radio"/> |
| 4 | Cirrhose | <input type="radio"/> | 8 | Ulcère | <input type="radio"/> | 12 | Gastrite | <input type="radio"/> |
| 77 | Autre problème | <input type="radio"/> | | | | | | |
-

SECTION D- INVENTAIRE DE DÉPRESSION DE BECK

(Bourque, P. & Beaudette, D. :1982)

Ce questionnaire contient des groupes d'énoncés. Écoutez attentivement tous les énoncés pour chaque groupe, puis indiquez la lettre correspondante à l'énoncé qui décrit le mieux la façon dont vous vous êtes senti (e) au cours des sept derniers jours, aujourd'hui compris. Si plusieurs énoncés semblent convenir également bien, indiquez chacun d'eux. Veuillez vous assurer d'avoir bien entendu tous les énoncés de chaque groupe avant d'effectuer votre choix.

22. 1 a. Je ne me sens pas triste
2 b. Je me sens triste
3 c. Je suis tout le temps triste et je ne peux pas m'en sortir
4 d. Je suis si triste que je ne peux le supporter
23. 1 a. Je ne suis pas particulièrement découragé(e) par l'avenir
2 b. Je me sens découragé(e) par l'avenir
3 c. J'ai l'impression de n'avoir aucune attente dans la vie
4 d. J'ai l'impression que l'avenir est sans espoir et que les choses ne peuvent s'améliorer

24. 1 a. Je ne me considère pas comme un(e) raté(e)
2 b. J'ai l'impression d'avoir subi plus d'échecs que le commun des mortels
3 c. Quand je pense à mon passé, je ne peux voir que des échecs
4 d. J'ai l'impression d'avoir complètement échoué dans la vie
25. 1 a. Je retire autant de satisfaction de la vie qu'auparavant
2 b. Je ne retire plus autant de satisfaction de la vie qu'auparavant
3 c. Je ne retire plus de satisfaction de quoi que ce soit
4 d. Tout me rend insatisfait ou m'ennuie
26. 1 a. Je ne me sens pas particulièrement coupable
2 b. Je ne me sens coupable une bonne partie du temps
3 c. Je me sens coupable la plupart du temps
4 d. Je me sens continuellement coupable
27. 1 a. Je n'ai pas l'impression d'être puni(e)
2 b. J'ai l'impression que je pourrai être puni(e)
3 c. Je m'attends à être puni(e)
4 d. J'ai l'impression d'être puni(e)
28. 1 a. Je n'ai pas l'impression d'être déçu(e) de moi
2 b. Je suis déçu(e) de moi
3 c. Je suis dégoûté(e) de moi
4 d. Je me hais
29. 1 a. Je n'ai pas l'impression d'être pire que quiconque
2 b. Je suis critique de mes faiblesses ou de mes erreurs
3 c. Je me blâme tout le temps pour mes erreurs
4 d. Je me blâme pour tous les malheurs qui arrivent
30. 1 a. Je ne pense aucunement à me suicider
2 b. J'ai parfois l'idée de me suicider, mais je n'irai pas jusqu'aux actes
3 c. J'aimerais me suicider
4 d. J'aimerais me suicider si j'en avais l'occasion
31. 1 a. Je ne pleure pas plus qu'à l'ordinaire
2 b. Je pleure plus qu'avant
3 c. Je pleure continuellement maintenant
4 d. Avant, je pouvais pleurer, mais maintenant, j'en suis incapable
32. 1 a. Je ne suis pas plus irrité(e) maintenant qu'auparavant
2 b. Je suis agacé(e) ou irrité(e) plus facilement maintenant qu'auparavant
3 c. Je suis continuellement irrité(e)
4 d. Je ne suis plus du tout irrité(e) par les choses qui m'irritaient auparavant
33. 1 a. Je n'ai pas perdu mon intérêt pour les autres
2 b. Je suis moins intéressé(e) par les gens qu'autrefois
3 c. J'ai perdu une grande partie de mon intérêt pour les gens

- 4 d. J'ai perdu tout intérêt pour les gens
34. 1 a. Je prends des décisions aussi facilement qu'avant
 2 b. Je remets des décisions beaucoup plus qu'auparavant
 3 c. J'ai beaucoup plus de difficulté à prendre des décisions qu'auparavant
 4 d. Je ne peux plus prendre des décisions
35. 1 a. Je n'ai pas l'impression que mon apparence soit pire qu'auparavant
 2 b. J'ai peur de paraître vieux (vieille) ou peu attrayant(e)
 3 c. J'ai l'impression qu'il y a des changements permanents qui me rendent peu attrayant(e)
 4 d. J'ai l'impression d'être laid(e)
36. 1 a. Je peux travailler pratiquement aussi bien qu'avant
 2 b. Il faut que je fasse des efforts supplémentaires pour commencer quelque chose
 3 c. Je dois me secouer très fort pour faire quoi que ce soit
 4 d. Je ne peux faire aucun travail
37. 1 a. Je peux dormir aussi bien qu'à l'habitude
 2 b. Je ne dors pas aussi bien qu'avant
 3 c. Je me lève une à deux heures plus tôt qu'avant et j'ai du mal à me rendormir
 4 d. Je me réveille plusieurs heures plus tôt qu'avant et je ne peux me rendormir
38. 1 a. Je ne suis pas plus fatigué(e) qu'à l'accoutumer
 2 b. Je me fatigue plus facilement qu'auparavant
 3 c. Je me fatigue pour un rien
 4 d. Je suis trop fatigué(e) pour faire quoi que ce soit
39. 1 a. Mon appétit n'est pas pire que d'habitude
 2 b. Mon appétit n'est pas aussi bon qu'il était
 3 c. Mon appétit a beaucoup diminué
 4 d. Je n'ai plus d'appétit du tout
40. 1 a. Je n'ai pas perdu beaucoup de poids dernièrement
 2 b. J'ai perdu plus de 5 livres
 3 c. J'ai perdu plus de 10 livres
 4 d. J'ai perdu plus de 15 livres
 Je suis présentement un régime oui non
41. 1 a. Ma santé ne me préoccupe pas plus que d'habitude
 2 b. Je suis préoccupé(e) par des problèmes de santé comme les douleurs, les maux d'estomac ou la constipation
 3 c. Mon état de santé me préoccupe beaucoup et il m'est difficile de penser à autre chose
 4 d. Je suis tellement préoccupé(e) par mon état de santé qu'il m'est impossible de penser à autre chose

42. 1 a. Je n'ai remarqué récemment aucun changement dans mon intérêt pour le sexe
 2 b. J'ai moins de désirs sexuels qu'auparavant
 3 c. J'ai maintenant beaucoup moins de désirs sexuels
 4 d. J'ai perdu tout désir sexuel

SECTION E- INVENTAIRE D'ANXIÉTÉ DE BECK (Freeston & al.:1994)

Voici une liste de symptômes courants dus à l'anxiété. Veuillez écouter chaque symptôme attentivement. Indiquez pour chaque symptôme, à quel degré vous avez été affecté(e) par chacun de ces symptômes au cours de la dernière semaine, aujourd'hui inclus.

ÉCHELLE				
Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	
0	1	2	3	

43. Sensation d'engourdissement ou de picotement	0	1	2	3
44. Bouffées de chaleur « jambes molles », tremblements dans les jambes	0	1	2	3
45. Incapacité de se détendre	0	1	2	3
46. Crainte que le pire ne survienne	0	1	2	3
47. Étourdissement, vertige ou désorientation	0	1	2	3
48. Battements cardiaques marqués , mal assuré(e), manque d'assurance dans mes mouvements	0	1	2	3
49. Terrifié(e)	0	1	2	3
50. Nervosité	0	1	2	3
51. Sensation d'étouffement	0	1	2	3
52. Tremblement de mains	0	1	2	3
53. Tremblements, chancelant(e)	0	1	2	3
54. Crainte de perdre le contrôle	0	1	2	3
56. Peur de mourir	0	1	2	3
57. Sensation de peur, « avoir la frousse »	0	1	2	3
58. Indigestion ou malaise abdominal	0	1	2	3
59. Sensation de défaillance ou d'évanouissement	0	1	2	3
60. Rougissement du visage	0	1	2	3
61. Transpiration (non associée à la chaleur)	0	1	2	3

SECTION F- QUESTIONNAIRE SUR LE CHANGEMENT (URICA)

Voici un ensemble d'énoncés portant sur la façon dont vous percevez les problèmes qui vous ont amené à venir consulter. Écoutez attentivement toutes les questions et répondez en indiquant le chiffre correspondant à votre situation. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.

Utilisez l'échelle ci-dessous :

Fortement en désaccord	Moyennement en désaccord	Neutre ou indécis	Moyennement en accord	Fortement en accord
1	2	3	4	5

- | | | | | | | |
|-----|--|---|---|---|---|---|
| 62. | D'après moi, je n'ai aucun problème qui nécessite un changement | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 63. | Je pense que je suis prêt(e) à faire quelque chose pour m'améliorer | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 64. | Je fais quelque chose au sujet des problèmes qui me dérangeaient | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 65. | Ça vaudrait la peine de travailler sur mon problème | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 66. | Ce n'est pas moi qui ai un problème; ça n'a pas de sens pour moi d'être ici | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 67. | Ça m'inquiète de savoir que le problème que j'avais réglé pourrait revenir, alors je viens ici pour chercher de l'aide | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 68. | Je travaille enfin sur mon problème | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 69. | J'ai pensé à changer quelque chose à propos de moi-même | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 70. | J'ai réussi à travailler sur mon problème mais je ne suis pas certain de pouvoir mettre les efforts par moi-même | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 71. | Parfois, mon problème est difficile mais je travaille dessus | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 72. | C'est plutôt une perte de temps pour moi d'être ici car le problème n'a rien à voir avec moi | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 73. | J'espère qu'ici on va m'aider à mieux me comprendre | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 74. | Je suppose que j'ai des défauts mais il n'y a rien que j'ai vraiment besoin de changer | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 75. | Je travaille vraiment fort pour changer | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 76. | J'ai un problème et je pense vraiment que j'ai vraiment besoin de changer | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

77.	Je n'ai pas persévétré aussi bien que je l'avais espéré dans les changements que j'ai fais, alors je suis ici pour éviter que mon problème revienne	1	2	3	4	5
78.	Même si je ne réussis pas toujours à changer avec succès, au moins je travaille sur mon problème	1	2	3	4	5
79.	Je pensais qu'une fois que j'aurais réglé mon problème j'en serais débarrassé, mais parfois il m'arrive encore de me retrouver pris avec le même problème	1	2	3	4	5
80.	J'aimerais avoir plus d'idées sur la façon de régler mon problème	1	2	3	4	5
81.	J'ai commencé à travailler sur mes problèmes mais j'aimerais avoir de l'aide	1	2	3	4	5
82.	Peut-être qu'ici on va pouvoir m'aider	1	2	3	4	5
83.	J'aurais besoin d'un coup de main en ce moment pour m'aider à maintenir les changements que j'ai déjà faits	1	2	3	4	5
84.	J'ai peut-être une part de responsabilités dans le problème mais je ne le pense pas vraiment.	1	2	3	4	5
85.	J'espère que quelqu'un ici va pouvoir me donner de bons conseils	1	2	3	4	5
86.	N'importe qui peut parler de changer; moi je fais vraiment quelque chose à ce sujet	1	2	3	4	5
87.	C'est ennuyant ces discussions à propos de psychologie. Pourquoi les gens ne peuvent-ils pas juste oublier leurs problèmes	1	2	3	4	5
88.	Je suis ici pour éviter que mon problème ne revienne	1	2	3	4	5
89.	C'est frustrant, j'ai l'impression que mon problème pourrait revenir même si je croyais l'avoir réglé	1	2	3	4	5
90.	J'ai des soucis comme tout le monde. Pourquoi perdre du temps à y penser?	1	2	3	4	5
91.	Je travaille activement sur mon problème	1	2	3	4	5
92.	Je préférerais m'accommoder de mes défauts plutôt que d'essayer de les changer	1	2	3	4	5
93.	Après tout ce que j'ai fait pour essayer de changer mon problème, ça revient encore m'obséder	1	2	3	4	5

SECTION H - GUIDE D'ENTREVUE

Motif de consultation

94. En ce qui concerne le jeu, qu'est-ce qui vous amène à consulter à la Maison d'Hébergement Le Séjour ou au Centre de réadaptation en dépendances?

95. À quel endroit avez-vous entendu parler de la précure et/ou du traitement?

- | | | | |
|-------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|
| 1 Famille | <input type="checkbox"/> | 2 Amis | <input type="checkbox"/> |
| 3 Employeur | <input type="checkbox"/> | 4 Justice / Police | <input type="checkbox"/> |
| 5 Médias | <input type="checkbox"/> | 6 Intervenant-e | <input type="checkbox"/> |
| 77 Autre | <input type="checkbox"/> | | |

96. La décision d'entreprendre des démarches pour régler votre problème de jeu est-elle personnelle?

- 1 OUI 2 NON

Précisez :

- 97a. Est-ce qu'il y a une personne ou un événement particulier qui vous a encouragé(e) à venir consulter?

- 1 OUI 2 NON

(Ne faites pas la lecture des choix. Vous pouvez sous-questionner jusqu'à concurrence de trois raisons (première raison = 1, deuxième raison = 2 et troisième raison = 3))

Commentaires

1. Menace d'une rupture ou pression d'un(e) conjoint(e) _____
2. Perte d'une relation (rupture) à cause du jeu _____
3. Perte d'un emploi à cause du jeu _____
4. Perte de contrôle sur les activités de jeu _____

5 Perte de biens matériels importants _____

77 Autre (spécifiez) _____

97b. Est-ce qu'il y a une personne ou un événement particulier qui vous a fait des pressions pour venir consulter

1 OUI 2 NON

Ne faites pas la lecture des choix. Vous pouvez sous-questionner jusqu'à concurrence de trois raisons (première raison = 1, deuxième raison = 2 et troisième raison = 3)

Commentaires

1. Menace d'une rupture ou pression d'un(e) conjoint(e) _____
2. Perte d'une relation (rupture) à cause du jeu _____
3. Perte d'un emploi à cause du jeu _____
4. Perte de contrôle sur les activités de jeu _____
5. Perte de biens matériels importants _____

77. Autre (spécifiez) _____

98. Quelles sont vos attentes face à la précure et/ou de la thérapie?

99. Période de traitement antérieur (année, endroit, durée, résultat obtenu)?

100. Jeu(x) avec le(s) quel(s) l'individu éprouve des difficultés à se contrôler

		Éprouvez-vous de la difficulté à vous contrôler à ce jeu? Oui ou non	Si oui, depuis combien de temps avez-vous cette difficulté (en nombre d'années ou de mois)	Commentaires
1	Loteries			
C a s i n o				
2	Blackjack			
3	Roulette			
4	Baccara			
5	Keno			
6	Machines à sous			
7	Bingo			
8	Cartes			
9	Courses de chevaux			
10	Marchés boursiers ou marchés à terme			
11	Appareils de loterie vidéo			
12	Quilles, billard, golf ou autres jeux d'adresse			
13	Dés			
14	Paris sur les sports			
15	Paris sur internet			
77	Autre			

Commentaires :

Renseignements sur l'acquisition des habitudes de jeu

101. Vous me disiez avoir de la difficulté à vous contrôler lorsque vous jouez à certains jeux de hasard et d'argent. Lors de vos premières expériences avec ce (ces) jeu(x), vous souvenez-vous avoir fait un gain important?

Il n'est pas nécessaire que ce soit lors de la première expérience, mais bien au cours des premières expériences.

1 OUI 2 NON

Si oui, de combien _____

Quel était le montant de la mise? _____

Il y a combien de temps? _____

Précisez en mois ou années _____

102. Quelle(s) personne(s) vous a (ont) initié au jeu (précisez la relation)?

- | | | | |
|-------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1 Père | <input type="radio"/> | 6 Conjoint(e) | <input type="radio"/> |
| 2 Mère | <input type="radio"/> | 7 Ami(e) | <input type="radio"/> |
| 3 Frère/soeur | <input type="radio"/> | 8 Voisin(e) | <input type="radio"/> |
| 4 Oncle/tante | <input type="radio"/> | 9 Collègue de travail | <input type="radio"/> |
| 5 Grand-père/Grand-mère | <input type="radio"/> | 10 Moi | <input type="radio"/> |
| 77 Autre (précisez) | <input type="radio"/> | | |

103. Quel âge aviez-vous lorsque le jeu est devenu un problème pour vous?

104. Selon vous, qu'est-ce qui aurait déclenché votre problème de jeu?

Renseignements sur le problème de jeu actuel

105. Présentement, quelles sont les principales raisons qui vous amènent à jouer?

- 1 Pour se distraire, se changer les idées ou fuir les problèmes quotidiens
2 Pour faire de l'argent ou régler un problème financier
77 Autre(s) raison(s) : _____

106. En moyenne, combien de temps passez-vous au jeu...?

Par semaine? _____ (nombre d'heures) _____

107. En moyenne, combien d'argent dépensez-vous au jeu en une semaine?

Une semaine _____ (somme d'argent) _____

Critères diagnostiques du DSM-IV (Questions 12 à 21 inclusivement)

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

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

1 OUI 2 NON

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

1 OUI 2 NON

109.1 *Si oui, êtes-vous porté(e) à augmenter votre mise ou jouez-vous toujours le montant maximal?*

1 OUI 2 NON

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

1 OUI 2 NON

Si oui, commentez :

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

1 OUI 2 NON

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

1 OUI 2 NON

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

1 OUI 2 NON

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

1 OUI 2 NON

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

1 OUI 2 NON

115.1 Si oui, quel(s) acte(s) illégal (aux) et combien de fois?

Nombre de fois

1 Faux chèques

2 Fraudes

3 Vols

- 4 Détournement de fonds _____
77 Autre (spécifiez) _____

115.2 *Avez-vous des problèmes/démêlés avec la justice présentement? Si oui, expliquez :*

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

1 OUI 2 NON

116.1 *Si oui, s'agit-il de ...?*

Relations familiales *Emploi*

Relations conjugales *Relations amicales*

Relations de travail *Études*

Expliquez :

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

1 OUI 2 NON

Répercussions du problème de jeu sur la vie sociale et familiale, les activités professionnelles et le fonctionnement psychologique

118. Présentement, jusqu'à quel point votre comportement de jeu perturbe-t-il votre vie sociale (diminution du nombre d'amis, isolement, abandon des activités sociales, etc.)?

Écoutez tous les choix

Pas du tout	Très peu	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Énormément
0	1	2	3	4	5

Précisez :

119. Présentement, jusqu'à quel point votre comportement de jeu perturbe-t-il votre vie familiale (diminution du nombre de sorties avec votre partenaire/vos enfants, irritabilité, absences plus fréquentes, etc.)?

Écoutez tous les choix

Pas du tout	Très peu	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Énormément	Ne s'applique pas
0	1	2	3	4	5	99

Précisez :

120. Présentement, jusqu'à quel point votre comportement de jeu perturbe-t-il votre travail (moins d'efficacité au travail, absences, retards, manque de concentration, etc.)?

Écoutez tous les choix

Pas du tout	Très peu	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Énormément	Ne s'applique pas
0	1	2	3	4	5	99

Précisez :

121. Présentement, jusqu'à quel point votre comportement de jeu perturbe-t-il votre humeur (anxiété, dépression, stress, etc.)

Écoutez tous les choix

Pas du tout	Très peu	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Énormément
0	1	2	3	4	5

Précisez :

Idées suicidaires

122. Au cours des 12 derniers mois, vous est-il déjà arrivé de penser SÉRIEUSEMENT à vous suicider (à vous enlever la vie)?

1 OUI 2 NON

123. Est-ce que cette pensée était principalement liée à vos problèmes de jeu?

1 OUI 2 NON

124. (Si oui) Si vous avez SÉRIEUSEMENT pensé à vous suicider au cours des 12 derniers mois, avez-vous prévu un moyen pour le faire?

1 OUI 2 NON

125. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fait une tentative de suicide (essayé de vous enlever la vie)?

1 OUI 2 NON

126. Actuellement, pensez-vous au suicide?

1 OUI 2 NON

Conditions de vie actuelle

127. Parlez-moi de votre vie actuelle? (type de logement, alimentation, relations avec vos proches, occupations, loisirs...) L'intervenant tente d'avoir une idée de la vie de l'individu au quotidien.

128. Utilisez-vous des services communautaires pour vous fournir de la nourriture, des vêtements ou d'autres biens essentiels pour vous ou pour votre famille? Si oui, expliquer.

Examen d'autres dépendances (actuelles et passées)

129. Les éléments suivants vous posent-ils problème actuellement ou l'ont-ils déjà fait dans le passé?

	Dans le passé? vous en êtes-vous sorti(e)?	Actuellement?		Si oui, comment	
		Oui	non	oui	non
Votre consommation de cigarettes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Votre consommation de drogue?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Votre consommation de Médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Le temps passé sur Internet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vos comportements sexuels?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Votre fréquence d'achat de biens de consommation (achat compulsif)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Y a-t-il autre chose? (spécifiez : _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

- 129.1 Pour tout problème de dépendance, veuillez préciser la nature du problème (ex : de quel type de drogue ou de substance s'agit-il? À quel moment le problème a-t-il commencé? etc.)

- 130a. Vous arrive-t-il de boire avant d'aller jouer?

1 OUI 2 NON

b. Si oui, dans quelle proportion du temps? (p. ex. : 1/10; rapporté en %)

- 131a. Vous arrive-t-il de boire pendant que vous jouez?

1 OUI 2 NON

b. *Si oui, dans quelle proportion du temps? (p. ex. : 1/10; rapporté en %)*

132a. Vous arrive-t-il de boire après que vous ayez joué?

1 OUI 2 NON

b. *Si oui, dans quelle proportion du temps? (p. ex. : 1/10; rapporté en %)*

133a. Vous arrive-t-il de consommer de la drogue avant d'aller jouer?

1 OUI 2 NON

b. *Si oui, dans quelle proportion du temps? (p. ex. : 1/10; rapporté en %)*

134a. Vous arrive-t-il de consommer de la drogue pendant que vous jouez?

1 OUI 2 NON

b. *Si oui, dans quelle proportion du temps? (p. ex. : 1/10; rapporté en %)*

135a. Vous arrive-t-il de consommer de la drogue après que vous ayez joué?

1 OUI 2 NON

b. *Si oui, dans quelle proportion du temps? (p. ex. : 1/10; rapporté en %)*

Antécédents/santé mentale

136. Avez-vous déjà consulté un médecin, un psychologue ou un psychiatre pour d'autres difficultés psychologiques?

1 OUI 2 NON

Si oui...

Quel type de spécialiste?	Quand?	Pour quel type de difficulté?

137. Prenez-vous des médicaments actuellement?

1 OUI 2 NON

Si oui...

Quel médicament?	Depuis quand?	Pour quel type de difficulté?

Conséquences financières du problème de jeu

138. Pourriez-vous me nommer les conséquences financières occasionnées par le jeu?

139. Avez-vous déjà fait une faillite personnelle?

1 OUI 2 NON

Quel était le montant de la dette? _____

140a. Actuellement, avez-vous des dettes de jeu?

1 OUI 2 NON

b. *Si oui, quel est le montant de vos dettes occasionnées par le jeu?*

141. Quel est le total de vos pertes d'argent dues au jeu jusqu'à présent? _____

Points forts et ressources disponibles

142. Discutez avec le joueur afin de vérifier s'il...

- *Bénéficie du support de ses proches et de son entourage, de son employeur, etc.*
- *Démontre de l'intérêt pour d'autres activités (loisirs, passe-temps, sports) que le jeu? Etc.*

SECTION I- CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

143. Combien d'années d'études primaires et secondaires avez-vous terminées?

- | | | | | | |
|----|-----------------------|-------------------|----|-----------------------|---------------------------------|
| 1 | <input type="radio"/> | 1 | 2 | <input type="radio"/> | 2 |
| 3 | <input type="radio"/> | 3 | 4 | <input type="radio"/> | 4 |
| 5 | <input type="radio"/> | 5 | 6 | <input type="radio"/> | 6 |
| 7 | <input type="radio"/> | 7 | 8 | <input type="radio"/> | 8 |
| 9 | <input type="radio"/> | 9 | 10 | <input type="radio"/> | 10 |
| 11 | <input type="radio"/> | 11 | 12 | <input type="radio"/> | 12 |
| 13 | <input type="radio"/> | 13 | | | |
| 14 | <input type="radio"/> | Aucune scolarité | | | <u>Passez à la question 223</u> |
| 88 | <input type="radio"/> | Ne sait pas | | | <u>Passez à la question 223</u> |
| 99 | <input type="radio"/> | Ne s'applique pas | | | |

144. Avez-vous poursuivi vos études au-delà du niveau primaire ou secondaire?

- 1 **Oui**, Quel est le niveau de scolarité le plus élevé?
(acceptez les réponses multiples)
- | | | |
|----|-----------------------|--|
| 2 | <input type="radio"/> | Études partielles dans un cégep |
| 3 | <input type="radio"/> | Diplôme ou certificat d'études dans un cégep |
| 4 | <input type="radio"/> | Études partielles à l'université |
| 5 | <input type="radio"/> | Baccalauréat, grade de 1 ^{er} cycle ou certificat d'école normale |
| 6 | <input type="radio"/> | Maîtrise ou doctorat acquis |
| 77 | <input type="radio"/> | Autre (précisez) |
- 77 **Non**
- 88 Ne sait pas
- 99 Ne s'applique pas

145. Quel était approximativement votre revenu net de l'année précédente, c'est-à-dire votre revenu avant déductions d'impôts?

- | | | |
|---|-----------------------|-----------------------|
| 1 | <input type="radio"/> | Moins de 12 000 \$ |
| 2 | <input type="radio"/> | 12 000 \$ à 19 999 \$ |
| 3 | <input type="radio"/> | 20 000 \$ à 29 999 \$ |
| 4 | <input type="radio"/> | 30 000 \$ à 39 999 \$ |

- 5 40 000 \$ à 49 999 \$
- 6 50 000 \$ et plus

146. Comment percevez-vous votre situation économique par rapport aux gens de votre âge?

- 1 Je me considère à l'aise financièrement
- 2 Je considère mes revenus suffisants pour répondre à mes besoins fondamentaux ou à ceux de ma famille
- 3 Je me considère pauvre
- 4 Je me considère très pauvre

147. Présentement, quelle est votre principale occupation?

- 1 Emploi à temps plein
- 2 Emploi à temps partiel
- 3 Chômage
- 4 Sécurité du revenu
- 5 Retraite
- 6 Études temps plein
- 7 À la maison/entretien de la maison et/ou soins des enfants

148. Avez-vous eu suffisamment d'argent pour vous occuper de vos besoins financiers et de ceux de votre famille au cours du dernier mois?

- 1 J'avais suffisamment d'argent pour tous les besoins
- 2 J'avais en général suffisamment d'argent, mais j'ai rencontré des problèmes mineurs
- 3 Environ la moitié du temps je n'avais pas suffisamment d'argent mais je n'ai pas eu besoin d'en emprunter
- 4 Généralement, je n'avais pas suffisamment d'argent et j'ai été dans l'obligation d'en emprunter
- 5 J'avais de grandes difficultés financières

POST-TEST



SECTION A – ADMINISTRATION

1. Code du répondant :

2. Résultats de l'entrevue :

- 1 Entrevue complétée
2 Entrevue incomplète → raison _____
3 Refus
4 Non rejoint
77 Autre (précisez) _____

3. L'entrevue s'est déroulée

- 1 Séjour
2 CRAT - Jonquière
3 Point de service La Baie
4 Point de service Alma
5 Point de service Dolbeau
77 Ailleurs (préciser l'endroit) _____

4. Résultat de la précure et/ou de la thérapie

Précure et thérapie

- 1 La précure est complétée
2 La précure est non complétée
3 La thérapie est complétée
4 La thérapie est non complétée

Thérapie

- 1 La thérapie est complétée
2 La thérapie est non complétée

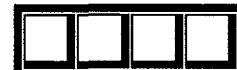
5. Date de l'entrevue :



Jour



mois



Année

6. Sexe du répondant :

- 1 Homme
2 Femme

7. Nom de l'interviewer :

- 1 Sandra Juneau
77 Autres (nommez) _____

8. Durée de l'entrevue :

1100

Heures

200

Minutes

9. Commentaires de l'intervieweur :

SECTION B – RÉSEAU SOCIAL

10. Date de naissance?

j
jour

jour

100

mois

Année

11. Quel est votre état matrimonial actuel?

- 1 Marié(e) (y compris en union libre)
 - 2 Célibataire (jamais marié)
 - 3 Séparé(e)/divorcé(e)
 - 4 Veuf/veuve
 - 88 Ne sait pas
 - 99 Ne s'applique pas

12. Faites-vous partie d'un ou plusieurs groupes ou associations et à quelle fréquence assistez-vous aux réunions ou activités de ces groupes?

Groupe(s) ou association(s)	Fréquence – participation
	1) à tous les jours
	2) au moins une fois par semaine
	3) au moins une fois par mois
	4) au moins une fois par année
	5) moins d'une fois par année

13. Maintenant, pour chacun des groupes de personnes suivants :

Relation	Enfant-Parents	Famille Parenté	Amis	Voisins	Associations
b) Comment trouvez-vous l'ensemble des relations?					
1) satisfaisante	1 O	1 O	1 O	1 O	1 O
2) plus ou moins satisfaisante	2 O	2 O	2 O	2 O	2 O
3) insatisfaisante	3 O	3 O	3 O	3 O	3 O
88) ne sait pas	88 O	88 O	88 O	88 O	88 O
99) ne s'applique pas	99 O	99 O	99 O	99 O	99 O
b) Aimeriez-vous avoir davantage de contacts?					
1) plutôt oui	1 O	1 O	1..O	1 O	1 O
2) plutôt non	2 O	2 O	2 O	2 O	2 O
88) ne sait pas	88 O	88 O	88 O	88 O	88 O
99) ne s'applique pas	99 O	99 O	99 O	99 O	99 O

14. En cas d'urgence, est-ce que vous pouvez obtenir de l'aide rapidement de la part de quelqu'un de votre entourage?

- 1 Oui, Passez à la question 15
 2 Non, Passez à la question 16

15. Si oui de qui pouvez-vous obtenir de l'aide en cas d'urgence? (peut avoir plus qu'un choix de réponse)

- 1 Conjoint
 - 2 Enfant
 - 3 Bru/gendre
 - 4 Frères/sœurs
 - 5 Petits-enfants
 - 6 Ami
 - 7 Locataire
 - 77 Autre, précisez _____
-

16. Combien de personnes connaissez-vous suffisamment pour vous visiter l'un ou l'autre dans vos propres appartements?

- 1 Aucun
 - 2 1-2
 - 3 3-4
 - 4 5-9
 - 5 10 et plus
 - 88 Ne sait pas
- Les visitez-vous?**
- 1 tous
 - 2 quelques-uns
 - 3 aucun

17. Comment trouvez-vous votre vie sociale?

- 1 Très satisfaisante
- 2 Plutôt satisfaisante
- 3 Plutôt insatisfaisante
- 4 Très insatisfaisante

18. Avez-vous été capable de parler de vos sentiments ou de vos problèmes avec au moins une personne significative autre qu'un intervenant au cours du dernier mois?

- 1 À toutes les fois que j'en ai eu besoin
- 2 Quelques fois
- 3 Je n'ai pas été capable de parler de mes sentiments ou je n'ai pas personne à qui je peux parler de mes sentiments

SECTION C – ÉTAT DE SANTÉ

Nous aimerions maintenant avoir quelques informations sur votre état de santé...

19. Comparativement à d'autres personnes de votre âge, diriez-vous qu'en général votre santé est :

- 1 Excellente
- 2 Bonne
- 3 Moyenne
- 4 Mauvaise
- 88 Ne sait pas

20. Êtes-vous limité(e) dans le genre ou la quantité d'activités que vous pouvez faire pour des raisons de santé?

- 1 Oui
- 2 Non
- 88 Ne sait pas

Passez à la question 22

21. Quels sont les principaux problèmes de santé qui vous imposent cette limitation?

SECTION D- INVENTAIRE DE DÉPRESSION DE BECK

(Bourque, P. et Beaudette, D. :1982)

Ce questionnaire contient des groupes d'énoncés. Écoutez attentivement tous les énoncés pour chaque groupe, puis indiquez la lettre correspondante à l'énoncé qui décrit le mieux la façon dont vous vous êtes senti (e) au cours des sept derniers jours, aujourd'hui compris. Si plusieurs énoncés semblent convenir également bien, indiquez chacun d'eux. Veuillez vous assurer d'avoir bien entendu tous les énoncés de chaque groupe avant d'effectuer votre choix.

22. 1 a. Je ne me sens pas triste
2 b. Je me sens triste
3 c. Je suis tout le temps triste et je ne peux pas m'en sortir
4 d. Je suis si triste que je ne peux le supporter
23. 1 a. Je ne suis pas particulièrement découragé(e) par l'avenir
2 b. Je me sens découragé(e) par l'avenir
3 c. J'ai l'impression de n'avoir aucune attente dans la vie
4 d. J'ai l'impression que l'avenir est sans espoir et que les choses ne peuvent s'améliorer
24. 1 a. Je ne me considère pas comme un(e) raté(e)
2 b. J'ai l'impression d'avoir subi plus d'échecs que le commun des mortels
3 c. Quand je pense à mon passé, je ne peux voir que des échecs
4 d. J'ai l'impression d'avoir complètement échoué dans la vie

25. 1 a. Je retire autant de satisfaction de la vie qu'auparavant
2 b. Je ne retire plus autant de satisfaction de la vie qu'auparavant
3 c. Je ne retire plus de satisfaction de quoi que ce soit
4 d. Tout me rend insatisfait ou m'ennuie
26. 1 a. Je ne me sens pas particulièrement coupable
2 b. Je ne me sens coupable une bonne partie du temps
3 c. Je me sens coupable la plupart du temps
4 d. Je me sens continuellement coupable
27. 1 a. Je n'ai pas l'impression d'être puni(e)
2 b. J'ai l'impression que je pourrai être puni(e)
3 c. Je m'attends à être puni(e)
4 d. J'ai l'impression d'être puni(e)
28. 1 a. Je n'ai pas l'impression d'être déçu(e) de moi
2 b. Je suis déçu(e) de moi
3 c. Je suis dégoûté(e) de moi
4 d. Je me hais
29. 1 a. Je n'ai pas l'impression d'être pire que quiconque
2 b. Je suis critique de mes faiblesses ou de mes erreurs
3 c. Je me blâme tout le temps pour mes erreurs
4 d. Je me blâme pour tous les malheurs qui arrivent
30. 1 a. Je ne pense aucunement à me suicider
2 b. J'ai parfois l'idée de me suicider, mais je n'irai pas jusqu'aux actes
3 c. J'aimerais me suicider
4 d. J'aimerais me suicider si j'en avais l'occasion
31. 1 a. Je ne pleure pas plus qu'à l'ordinaire
2 b. Je pleure plus qu'avant
3 c. Je pleure continuellement maintenant
4 d. Avant, je pouvais pleurer, mais maintenant, j'en suis incapable
32. 1 a. Je ne suis pas plus irrité(e) maintenant qu'auparavant
2 b. Je suis agacé(e) ou irrité(e) plus facilement maintenant qu'auparavant
3 c. Je suis continuellement irrité(e)
4 d. Je ne suis plus du tout irrité(e) par les choses qui m'irritaient auparavant
33. 1 a. Je n'ai pas perdu mon intérêt pour les autres
2 b. Je suis moins intéressé(e) par les gens qu'autrefois
3 c. J'ai perdu une grande partie de mon intérêt pour les gens
4 d. J'ai perdu tout intérêt pour les gens
34. 1 a. Je prends des décisions aussi facilement qu'avant
2 b. Je remets des décisions beaucoup plus qu'auparavant

- 3 c. J'ai beaucoup plus de difficulté à prendre des décisions qu'auparavant
 4 d. Je ne peux plus prendre des décisions
35. 1 a. Je n'ai pas l'impression que mon apparence soit pire qu'auparavant
 2 b. J'ai peur de paraître vieux (vieille) ou peu attrayant(e)
 3 c. J'ai l'impression qu'il y a des changements permanents qui me rendent peu attrayant(e)
 4 d. J'ai l'impression d'être laid(e)
36. 1 a. Je peux travailler pratiquement aussi bien qu'avant
 2 b. Il faut que je fasse des efforts supplémentaires pour commencer quelque chose
 3 c. Je dois me secouer très fort pour faire quoi que ce soit
 4 d. Je ne peux faire aucun travail
37. 1 a. Je peux dormir aussi bien qu'à l'habitude
 2 b. Je ne dors pas aussi bien qu'avant
 3 c. Je me lève une à deux heures plus tôt qu'avant et j'ai du mal à me rendormir
 4 d. Je me réveille plusieurs heures plus tôt qu'avant et je ne peux me rendormir
38. 1 a. Je ne suis pas plus fatigué(e) qu'à l'accoutumée
 2 b. Je me fatigue plus facilement qu'auparavant
 3 c. Je me fatigue pour un rien
 4 d. Je suis trop fatigué(e) pour faire quoi que ce soit
39. 1 a. Mon appétit n'est pas pire que d'habitude
 2 b. Mon appétit n'est pas aussi bon qu'il était
 3 c. Mon appétit a beaucoup diminué
 4 d. Je n'ai plus d'appétit du tout
40. 1 a. Je n'ai pas perdu beaucoup de poids dernièrement
 2 b. J'ai perdu plus de 5 livres
 3 c. J'ai perdu plus de 10 livres
 4 d. J'ai perdu plus de 15 livres
 Je suis présentement un régime oui non
41. 1 a. Ma santé ne me préoccupe pas plus que d'habitude
 2 b. Je suis préoccupé(e) par des problèmes de santé comme les douleurs, les maux d'estomac ou la constipation
 3 c. Mon état de santé me préoccupe beaucoup et il m'est difficile de penser à autre chose
 4 d. Je suis tellement préoccupé(e) par mon état de santé qu'il m'est impossible de penser à autre chose
42. 1 a. Je n'ai remarqué récemment aucun changement dans mon intérêt pour le sexe
 2 b. J'ai moins de désirs sexuels qu'auparavant
 3 c. J'ai maintenant beaucoup moins de désirs sexuels
 4 d. J'ai perdu tout désir sexuel

SECTION E- INVENTAIRE D'ANXIÉTÉ DE BECK (Freeston et al., 1994)

Voici une liste de symptômes courants dus à l'anxiété. Veuillez écouter chaque symptôme attentivement. Indiquez pour chaque symptôme, à quel degré vous avez été affecté(e) par chacun de ces symptômes au cours de la dernière semaine, aujourd'hui inclus.

ÉCHELLE				
Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	
0	1	2	3	

43. Sensation d'engourdissement ou de picotement	0	1	2	3
44. Bouffées de chaleur « jambes molles », tremblements dans les jambes	0	1	2	3
45. Incapacité de se détendre	0	1	2	3
46. Crainte que le pire ne survienne	0	1	2	3
47. Étourdissement, vertige ou désorientation	0	1	2	3
48. Battements cardiaques marqués, mal assuré(e), manque d'assurance dans mes mouvements	0	1	2	3
49. Terrifié(e)	0	1	2	3
50. Nervosité	0	1	2	3
51. Sensation d'étouffement	0	1	2	3
52. Tremblement de mains	0	1	2	3
53. Tremblements, chancelant(e)	0	1	2	3
54. Crainte de perdre le contrôle	0	1	2	3
55. Respiration difficile	0	1	2	3
56. Peur de mourir	0	1	2	3
57. Sensation de peur, « avoir la frousse »	0	1	2	3
58. Indigestion ou malaise abdominal	0	1	2	3
59. Sensation de défaillance ou d'évanouissement	0	1	2	3
60. Rougissement du visage	0	1	2	3
61. Transpiration (non associée à la chaleur)	0	1	2	3

SECTION F- QUESTIONNAIRE SUR LE CHANGEMENT (URICA)

Voici un ensemble d'énoncés portant sur la façon dont vous percevez les problèmes qui vous ont amené à venir consulter. Écoutez attentivement toutes les questions et répondez en indiquant le chiffre correspondant à votre situation. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.

Utilisez l'échelle ci-dessous :

Fortement en désaccord	Moyennement en désaccord	Neutre ou indécis	Moyennement en accord	Fortement en accord
1	2	3	4	5

62. D'après moi, je n'ai aucun problème qui nécessite un changement 1 2 3 4 5
63. Je pense que je suis prêt(e) à faire quelque chose pour m'améliorer 1 2 3 4 5
64. Je fais quelque chose au sujet des problèmes qui me dérangeaient 1 2 3 4 5
65. Ça vaudrait la peine de travailler sur mon problème 1 2 3 4 5
66. Ce n'est pas moi qui ai un problème; ça n'a pas de sens pour moi d'être ici 1 2 3 4 5
67. Ça m'inquiète de savoir que le problème que j'avais réglé pourrait revenir, alors je viens ici pour chercher de l'aide 1 2 3 4 5
68. Je travaille enfin sur mon problème 1 2 3 4 5
69. J'ai pensé à changer quelque chose à propos de moi-même 1 2 3 4 5
70. J'ai réussi à travailler sur mon problème mais je ne suis pas certain de pouvoir à mettre les efforts par moi-même 1 2 3 4 5
71. Parfois, mon problème est difficile mais je travaille dessus 1 2 3 4 5
72. C'est plutôt une perte de temps pour moi d'être ici car le problème n'a rien à voir avec moi 1 2 3 4 5
73. J'espère qu'ici on va m'aider à mieux me comprendre 1 2 3 4 5
74. Je suppose que j'ai des défauts mais il n'y a rien que j'ai vraiment besoin de changer 1 2 3 4 5
75. Je travaille vraiment fort pour changer 1 2 3 4 5
76. J'ai un problème et je pense vraiment que j'ai vraiment besoin de changer 1 2 3 4 5
77. Je n'ai pas persévétré aussi bien que je l'avais espéré dans les changements que j'ai 1 2 3 4 5

fait, alors je suis ici pour éviter que mon problème revienne	1	2	3	4	5
78.Même si je ne réussis pas toujours à changer avec succès, au moins je travaille sur mon problème	1	2	3	4	5
79.Je pensais qu'une fois que j'aurais réglé mon problème j'en serais débarrassé, mais parfois il m'arrive encore de me retrouver pris avec le même problème	1	2	3	4	5
80.J'aimerais avoir plus d'idées sur la façon de régler mon problème	1	2	3	4	5
81.J'ai commencé à travailler sur mes problèmes mais j'aimerais avoir de l'aide	1	2	3	4	5
82.Peut-être qu'ici on va pouvoir m'aider	1	2	3	4	5
83.J'aurais besoin d'un coup de main en ce moment pour m'aider à maintenir les changements que j'ai déjà faits	1	2	3	4	5
84.J'ai peut-être une part de responsabilités dans le problème mais je ne le pense pas vraiment.	1	2	3	4	5
85.J'espère que quelqu'un ici va pouvoir me donner de bons conseils	1	2	3	4	5
86.N'importe qui peut parler de changer; moi je fais vraiment quelque chose à ce sujet	1	2	3	4	5
87.C'est ennuyant ces discussions à propos de psychologie. Pourquoi les gens ne peuvent-ils pas juste oublier leurs problèmes	1	2	3	4	5
88.Je suis ici pour éviter que mon problème ne revienne	1	2	3	4	5
89.C'est frustrant, j'ai l'impression que mon problème pourrait revenir même si je croyais l'avoir réglé	1	2	3	4	5
90.J'ai des soucis comme tout le monde. Pourquoi perdre du temps à y penser?	1	2	3	4	5
91.Je travaille activement sur mon problème	1	2	3	4	5
92.Je préférerais m'accommoder de mes défauts plutôt que d'essayer de les changer	1	2	3	4	5
93.Après tout ce que j'ai fait pour essayer de changer mon problème, ça revient encore m'obséder.	1	2	3	4	5

SECTION H - GUIDE D'ENTREVUE

Motifs de consultation

94. En ce qui concerne le jeu, qu'est-ce qui vous a amené à suivre la précurse du Séjour et/ou le traitement du Centre de réadaptation en alcoolisme et autres toxicomanies?

95. Est-ce qu'il y a une personne ou un événement particulier qui vous a encouragé(e) à venir consulter?

1 OUI 2 NON

Ne faites pas la lecture des choix. Vous pouvez sous-questionner jusqu'à concurrence de trois raisons (première raison = 1, deuxième raison = 2 et troisième raison = 3)

Commentaires

- | | | |
|---|-------|-------|
| 4. Menace d'une rupture ou pression d'un(e) conjoint(e) | _____ | _____ |
| 5. Perte d'une relation (rupture) à cause du jeu | _____ | _____ |
| 6. Perte d'un emploi à cause du jeu | _____ | _____ |
| 7. Perte de contrôle sur les activités de jeu | _____ | _____ |
| 8. Perte de biens matériels importants | _____ | _____ |
| 9. Autre (spécifiez) | _____ | _____ |

96. Est-ce qu'il y a une personne ou un événement particulier qui vous a fait des pressions pour venir consulter?

1 OUI 2 NON

Ne faites pas la lecture des choix. Vous pouvez sous-questionner jusqu'à concurrence de trois raisons (première raison = 1, deuxième raison = 2 et troisième raison = 3)

Commentaires

97. Menace d'une rupture ou pression d'un(e) conjoint(e) _____
98. Perte d'une relation (rupture) à cause du jeu _____
99. Perte d'un emploi à cause du jeu _____
100. Perte de contrôle sur les activités de jeu _____
101. Perte de biens matériels importants _____
102. **Attentes**
a) Les attentes que vous aviez avant la précure et/ou avant la thérapie ont-elles été comblées?
1. Oui, complètement
2. En partie seulement
3. Non, pas du tout
- b) Quelles attentes ont été comblées?

c) Quelles attentes n'ont pas été comblées?

Appréciation

a) Qu'est-ce que vous avez apprécié de la précure et/ou de la thérapie?

b) Qu'est-ce que vous avez moins apprécié de la précure et/ou de la thérapie?

Changement

Qu'est-ce que la précure et/ou la thérapie a changé dans votre vie, dans vos comportements ou dans vos attitudes?

103. Selon vous, maintenant qu'est-ce qui aurait déclenché votre problème de jeu?

Renseignements sur la situation actuelle

104. Depuis la précure et/ou le traitement, est-ce que vous avez joué?

1 oui 2 non

Si oui, à quand remonte votre dernière séance? _____

Au cours du dernier mois, combien de fois avez-vous joué? _____

Quel type de jeu? _____

Combien d'argent avez-vous dépensé? _____

Critères diagnostiques du DSM-IV (Questions 12 à 21 inclusivement)

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

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

1 OUI 2 NON

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

1 OUI 2 NON

106.1 Si oui, êtes-vous porté(e) à augmenter votre mise ou jouez-vous toujours le montant maximal?

1 OUI 2 NON

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

1 OUI 2 NON

Si oui, commentez :

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

1 OUI 2 NON

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

1 OUI 2 NON

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

1 OUI 2 NON

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

1 OUI 2 NON

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

1 OUI 2 NON

112.1 Si oui, quel(s) acte(s) illégal(aux) et combien de fois?

	Nombre de fois
1 <input type="radio"/> Faux chèques	_____
2 <input type="radio"/> Fraudes	_____
3 <input type="radio"/> Vols	_____
4 <input type="radio"/> Détournement de fonds	_____
77 <input type="radio"/> Autre (spécifiez)	_____

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

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

1 OUI 2 NON

186.1 Si oui, s'agit-il de ...?

<i>Relations familiales</i>	<input type="checkbox"/>	<i>Emploi</i>	<input type="checkbox"/>
<i>Relations conjugales</i>	<input type="checkbox"/>	<i>Relations amicales</i>	<input type="checkbox"/>
<i>Relations de travail</i>	<input type="checkbox"/>	<i>Études</i>	<input type="checkbox"/>

Expliquez :

Pour ceux /celles qui ont joué durant le dernier mois :

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

1 OUI 2 NON

Répercussions du problème de jeu sur la vie sociale et familiale, les activités professionnelles et le fonctionnement psychologique

115. Présentement, jusqu'à quel point votre comportement de jeu perturbe-t-il votre vie sociale (diminution du nombre d'amis, isolement, abandon des activités sociales, etc.)?

Écoutez tous les choix :

Pas du tout	Très peu	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Énormément
0	1	2	3	4	5

Précisez :

116. Présentement, jusqu'à quel point votre comportement de jeu perturbe-t-il votre vie familiale (diminution du nombre de sorties avec votre partenaire/vos enfants, irritabilité, absences plus fréquentes, etc.)?

Écoutez tous les choix

Pas du tout	Très peu	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Énormément	Ne s'applique pas
0	1	2	3	4	5	99

Précisez :

117. Présentement, jusqu'à quel point votre comportement de jeu perturbe-t-il votre travail (moins d'efficacité au travail, absences, retards, manque de concentration, etc.)?

Écoutez tous les choix

Pas du tout	Très peu	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Énormément	Ne s'applique pas
0	1	2	3	4	5	99

Précisez :

118. Présentement, jusqu'à quel point votre comportement de jeu perturbe-t-il votre humeur (anxiété, dépression, stress, etc.)?

Écoutez tous les choix

Pas du tout	Très peu	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Énormément
0	1	2	3	4	5

Précisez :

Idées suicidaires

119. Au cours des 12 derniers mois, vous est-il déjà arrivé de penser SÉRIEUSEMENT à vous suicider (à vous enlever la vie)?

1 OUI 2 NON

120. Est-ce que cette pensée était principalement liée à vos problèmes de jeu?

1 OUI 2 NON

121. (Si oui) Si vous avez SÉRIEUSEMENT pensé à vous suicider au cours des 12 derniers mois, avez-vous prévu un moyen pour le faire?

1 OUI 2 NON

122. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fait une tentative de suicide (essayé de vous enlever la vie)?

1 OUI 2 NON

123. Actuellement, pensez-vous au suicide?

1 OUI 2 NON

Conditions de vie actuelle

124. Parlez-moi de votre vie actuelle? (type de logement, alimentation, relations avec vos proches, occupations, loisirs...) L'intervenant tente d'avoir une idée de la vie de l'individu au quotidien.

-
-
125. Utilisez-vous des services communautaires pour vous fournir de la nourriture, des vêtements ou d'autres biens essentiels pour vous ou pour votre famille? Si oui, expliquer.

Examen d'autres dépendances (actuelles)

126. Les éléments suivants vous posent-ils problème actuellement?

Dans le passé? êtes-vous sorti(e)?	Actuellement?		Si oui, comment vous en		
	Oui	non	oui	non	
Votre consommation de cigarettes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Votre consommation de drogue?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Votre consommation de médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Le temps passé sur Internet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Vos comportements sexuels?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Votre fréquence d'achat de biens de consommation (achat compulsif)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Y a-t-il autre chose? (spécifiez : _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

- 126.1 Pour tout problème de dépendance, veuillez préciser la nature du problème (ex : de quel type de drogue ou de substance s'agit-il? À quel moment le problème a-t-il commencé? etc.)

Pour ceux/celles qui jouent

127a. Vous arrive-t-il de boire avant d'aller jouer?

1 OUI 2 NON

b. *Si oui, dans quelle proportion du temps? (p. ex. : 1/10; rapporté en %)*

128a. Vous arrive-t-il de boire pendant que vous jouez?

1 OUI 2 NON

b. *Si oui, dans quelle proportion du temps? (p. ex. : 1/10; rapporté en %)*

129a. Vous arrive-t-il de boire après que vous ayez joué?

1 OUI 2 NON

b. *Si oui, dans quelle proportion du temps? (p. ex. : 1/10; rapporté en %)*

130a. Vous arrive-t-il de consommer de la drogue avant d'aller jouer?

1 OUI 2 NON

b. *Si oui, dans quelle proportion du temps? (p. ex. : 1/10; rapporté en %)*

131a. Vous arrive-t-il de consommer de la drogue pendant que vous jouez?

1 OUI 2 NON

b. *Si oui, dans quelle proportion du temps? (p. ex. : 1/10; rapporté en %)*

132a. Vous arrive-t-il de consommer de la drogue après que vous ayez joué?

1 OUI 2 NON

b. *Si oui, dans quelle proportion du temps? (p. ex. : 1/10; rapporté en %)*

133. Prenez-vous des médicaments actuellement?

1 OUI 2 NON

Si oui...

Quel médicament?	Depuis quand?	Pour quel type de difficulté?

SECTION I- CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

134. Présentement, quelle est votre principale occupation?

- 1 Emploi à temps plein
- 2 Emploi à temps partiel
- 3 Chômage
- 4 Sécurité du revenu
- 5 Retraite
- 6 Études temps plein
- 7 À la maison/entretien de la maison et/ou soins des enfants

135. Avez-vous eu suffisamment d'argent pour vous occuper de vos besoins financiers et de ceux de votre famille au cours du dernier mois?

- 1 J'avais suffisamment d'argent pour tous les besoins
- 2 J'avais en général suffisamment d'argent, mais j'ai rencontré des problèmes mineurs
- 3 Environ la moitié du temps je n'avais pas suffisamment d'argent mais je n'ai pas eu besoin d'en emprunter
- 4 Généralement, je n'avais pas suffisamment d'argent et j'ai été dans l'obligation d'en emprunter
- 5 J'avais de grandes difficultés financières

Appendice E

Programme de traitement cognitivo-comportemental utilisé par le Centre de réadaptation
en dépendances

Depuis quelques années, les problèmes reliés aux jeux de hasard et d'argent sont devenus préoccupants pour la société québécoise. Le gouvernement a réagi par la mise en place de services spécialisés pour les joueurs pathologiques. C'est en 2000 que le MSSS a décidé d'implanter un programme expérimental sur le jeu excessif et de financer plusieurs centres de traitement partout au Québec afin d'offrir des services aux joueurs pathologiques. Au printemps 2001, le Centre de prévention du traitement du jeu a formé des intervenants de toutes les régions du Québec pour venir en aide aux joueurs excessifs. Le « *Programme d'évaluation et de traitement des joueurs excessifs* » a reçu la certification du Canadian Problem Gambling Certification Board pour offrir 21 heures d'éducation continue centrées spécifiquement sur le « *gambling* » (Centre québécois d'excellence pour la prévention et le traitement du jeu, 2001).

Les programmes mis en place au Québec reposent sur l'approche cognitivo-comportementale. Des informations supplémentaires sont fournies en rapport avec cette approche étant donné l'importance qui lui est accordée au Québec, dans le cadre des programmes de traitement pour joueurs pathologiques.

Développée de façon importante dans les années cinquante, l'approche cognitivo-comportementale repose sur le postulat que le jeu n'est pas en soi pathologique, si ce n'est chez les joueurs possédant un faible niveau de contrôle, éventuellement acquis par la pratique du jeu elle-même (Greenberg & Rankin, 1982; Orford, 1988). La stratégie thérapeutique consiste donc à aider le joueur pathologique à opérer un changement dans son comportement de jeu. Au Québec, l'approche développée est plus strictement cogni-

tive que comportementale (Ladouceur, Sylvain, Letarte, Grioux & Jacques, 1998 ; Ladouceur & Mireault, 1988 ; Sylvain, Ladouceur & Boisvert, 1997).

Les composantes spécifiques de ce traitement sont :

- 1- L'analyse des comportements de jeu du joueur ;
- 2- Des informations sur le jeu ;
- 3- L'identification des pensées irrationnelles du joueur sur le jeu ;
- 4- Des informations sur les croyances erronées ;
- 5- Un entraînement à la prise de conscience et l'identification des pensées irrationnelles durant le jeu ;
- 6- Une compréhension de la base des pensées irrationnelles ;
- 7- Une modification des pensées irrationnelles ;
- 8- Une procédure de prévention de la rechute ;
- 9- Un suivi après six mois.

Ce type de traitement est structuré et il est offert à court terme. Il poursuit des buts ainsi que des objectifs mesurables et précis. Il utilise fréquemment des outils concrets comme des grilles d'auto-observation que le client doit compléter ainsi que des exercices pratiques, etc. (Beaucage, 1998).

Au Canada, les traitements pour joueurs pathologiques qui ont fait l'objet d'une évaluation sont pour la plupart inspirés de l'approche cognitivo-comportementale. Le traitement individuel développé par l'équipe du docteur Robert Ladouceur de l'Université Laval comprend quatre composantes : a) la correction cognitive, b) l'entraînement à la résolution de problèmes, c) l'entraînement aux habiletés sociales et d) la prévention de la

rechute (Sylvain & al., 1997). La correction cognitive qui est la composante centrale du traitement, implique la correction des conceptions erronées que le joueur entretient à l'égard du hasard afin qu'elles deviennent plus réalistes. Pour atteindre cet objectif, des techniques qui visent à développer une meilleure compréhension des notions de hasard et d'illusion de contrôle, ainsi qu'à reconnaître et à corriger les pensées inadéquates entretenues à l'égard du jeu sont utilisées (Sylvain & al., 1997). Une conception plus adéquate du hasard contribuerait à diminuer l'intérêt pour le jeu.

Un modèle beaucoup plus simple permet de mieux saisir ce qu'est l'approche cognitive appliquée à la problématique du jeu. À l'aide de la formule « ABC des émotions », qui est utilisée régulièrement dans le traitement pour les joueurs, il est possible de constater les relations qui existent entre les événements, les pensées et les émotions des joueurs pathologiques.

« La Figure 3 tient compte de trois éléments : « les événements, les pensées et les émotions ». Les émotions (C) qu'une personne ressent ne sont pas seulement liées à l'événement ou à la situation qu'elle vit (A). Au contraire, les émotions ressenties sont en relation avec ce que cette personne perçoit et interprète de l'événement ou avec ce qu'elle en pense. Les cognitions (B) font donc le pont entre les situations et les émotions. En ce sens, les pensées influent sur la façon dont une personne réagit ou sur ce qu'elle ressent au regard d'un événement ou d'une situation. Ces pensées et cette réaction émotionnelle influencent à leur tour les comportements ou les gestes accomplis » (Ladouceur & al., 2000b, p. 42).

<i>A</i>	<i>B</i>	<i>C</i>
Événements	Pensées	Émotions
Situations, contextes	Cognitions, interprétations, perceptions	

Figure 3. L'ABC des émotions

La Figure 4 permet de constater qu'une situation ou un événement marque la première étape de la chaîne. Le goût de jouer apparaît en effet toujours dans un contexte précis, dans une situation ou dans des circonstances qui aiguillonnent le désir de jouer.

« Dès qu'elle a capté l'esprit du joueur potentiel, cette envie de jouer est alimentée et retenue par diverses pensées et croyances sur le jeu. Voici quelques exemples de pensées à risque qui sont susceptibles de déclencher un épisode de jeu : « Je vais jouer 20 \$ et je m'arrête après »; « Pas plus que 10 \$, ce n'est pas si grave que ça. C'est juste pour le « *thrill* ». (Ladouceur & al., 2000b, p. 49)

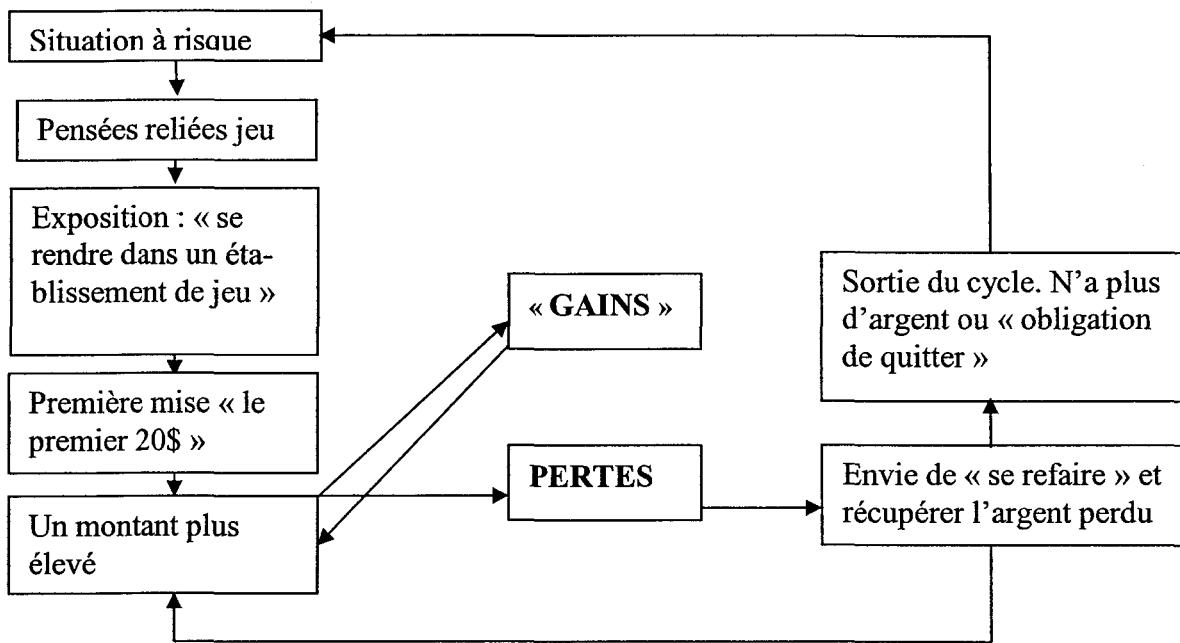


Figure 4. Chaîne comportementale utilisée en traitement avec les joueurs pathologiques. (Ladouceur & al., 2000b, p. 48)

La chaîne des comportements liés au jeu pathologique. Afin de mieux saisir le jeu pathologique dans une perspective cognitivo-comportementale, les comportements sont divisés en quelques étapes. L'ensemble de ces étapes forme ce que l'on appelle la chaîne des comportements liés au jeu pathologique; ce qui contribue à l'explication des problèmes.

mes de jeu, tant sur le plan des cognitions qu'au regard des comportements, et qui rend bien compte du cheminement vers la perte de la maîtrise de soi au jeu. La Figure 2 présente de façon schématique le modèle utilisé avec les joueurs (Ladouceur & al., 2000b, p.48).

« Lorsque le goût de jouer est éveillé, l'étape suivante de la chaîne comportementale correspond à l'exposition au jeu. Il peut arriver que le désir de jouer apparaisse au seul moment de l'exposition au jeu et non avant. Par exemple, la personne peut se rendre au salon de quilles avec la sincère intention de n'y jouer qu'aux quilles. Cependant, la simple vue des appareils de loterie vidéo dans le bar adjacent peut être suffisante pour susciter l'envie de jouer ». (Ladouceur & al., 2000b, p. 49)

Après l'exposition au jeu vient la mise, et particulièrement la mise d'un montant assez élevé. C'est la troisième étape de cette chaîne. Les étapes subséquentes se rapportent soit à un gain occasionnel ou encore à une ou des pertes. En général, les joueurs disent commencer leurs séances de jeu par de petites sommes d'argent, souvent pour tester le jeu, mais ils en viennent rapidement à engager des sommes plus élevées.

« Pour un joueur pathologique, la première mise implique presque inévitablement la dépense d'une somme plus élevée. S'il gagne à l'occasion, le joueur, en raison de l'espérance d'un gain, finira par perdre, surtout s'il joue régulièrement. De plus, au cours de ces séances de jeu, le joueur entretient d'autres pensées et croyances qui nourrissent son goût de jouer, mais qui sont autant de pensées et de croyances erronées : « Je viens de gagner un peu... Je sens que l'appareil commence à être payant. Il faut que je continue à jouer » » (Ladouceur & al., 2000b, p. 49)

« Les deux dernières étapes de la chaîne des comportements liés au jeu pathologique concernent le désir de recouvrer l'argent perdu et celui d'arrêter le jeu durant une période plus ou moins longue. Le désir de recouvrer l'argent perdu constitue un aspect central du maintien des problèmes de jeu, puisqu'il ramène toujours la personne au jeu et n'a pas pour résultat que d'amplifier la perte pécuniaire. Prisonnier d'un cercle vicieux, le joueur tente de récupérer ses pertes, mais ne fait que s'enliser davantage dans ses problèmes financiers. Ainsi, les problèmes financiers deviennent

eux-mêmes des éléments qui déclenchent des épisodes de jeu ». (Ladouceur & al., 2000b, p. 50).

Appendice F

Schéma du programme de traitement cognitivo-comportemental utilisé par le
Centre de réadaptation en dépendances

Schéma du programme de traitement cognitivo-comportemental utilisé par le
Centre de réadaptation en dépendances

ENTREVUE INITIALE

- a) Questionnaires
- b) Entrevues diagnostiques et d'évaluation de la motivation (deux rencontres)

TRAITEMENT-DIMENSION COGNITIVE

- a) Analyse d'une séance de jeu (une rencontre)
- b) Définition du hasard et situations à risque (deux rencontres)
- c) Les erreurs de pensée (deux rencontres)
- d) Exercices « À moi de jouer » (trois à cinq rencontres)

PRÉVENTION RECHUTE

(une à deux rencontres)

ÉVALUATION POSTTRAITEMENT

(une rencontre)

SUIVIS

(3, 6 et 12 mois après l'évaluation post traitement)

(Ladouceur & al., 2000a, p. 9)

Appendice G

Programme de précure utilisé par la Maison d'Hébergement Le Séjour inc.

Programme de précure à la Maison d'Hébergement Le Séjour inc. Un programme d'intervention pour joueurs pathologiques a été mis en place par La Maison d'Hébergement Le Séjour. Le but premier de ce programme est de faire prendre conscience à la personne de sa problématique de jeu et de ses conséquences. Ce type d'intervention vise aussi à augmenter la motivation intrinsèque au changement par l'exploration et la résolution de l'ambivalence chez la personne afin qu'elle poursuive vers un traitement. Ce programme appelé précure, développé en complémentarité avec la thérapie offerte par le Centre de réadaptation en dépendances, est maintenant offert sur une base régulière aux joueurs pathologiques. L'admission dans ce programme de précure survient souvent dans un moment de crise et il procure une bonne occasion de travailler avec le client sur sa motivation. L'aspect motivationnel est un aspect important de ce programme afin d'aider les personnes dans leur cheminement thérapeutique.

La précure comporte une phase préliminaire dont le but est d'encourager les personnes concernées à atteindre un état d'abstinence et une seconde phase que l'on qualifie de « traitement ». La personne qui arrive en précure sait qu'elle a besoin d'aide, mais n'est pas toujours apte à déterminer de quelle aide il s'agit (où, quand, pourquoi, etc.). Ce programme de précure permet de créer un contexte dans lequel il deviendra possible pour la personne ayant un problème de jeu d'arrêter de jouer et de décider de son orientation.

Trois grandes étapes caractérisent le programme de précure. Il y a tout d'abord l'accueil rapide, c'est-à-dire une réponse rapide à la demande d'aide. Cette étape s'avère un facteur de succès important, car lorsqu'un joueur décide d'arrêter de jouer, il est vulnérable et fragile. Donc, il n'est pas souhaitable que la personne revienne par exemple

dans deux semaines pour une évaluation. Ensuite, on retrouve l'évaluation du client, cette étape permet de diagnostiquer de façon précise et nuancée les particularités de chaque client. La troisième étape consiste à travailler sur la motivation du joueur, qui conduit celui-ci à prendre ses distances avec le jeu et, éventuellement, à rechercher un traitement.

Pendant toute la durée du programme de précure, le joueur peut recevoir un service d'hébergement pour une durée s'étalant entre 21 et 30 jours. À la Maison d'Hébergement Le Séjour on retrouve deux catégories de clients : ceux qui utilisent le service de l'hébergement (client à l'interne) et ceux qui demeurent dans leur propre domicile tout en participant à une ou plusieurs rencontres par semaine en individuel (client à l'externe). La Maison d'Hébergement Le Séjour dans l'admissibilité des personnes à l'interne tient compte de diverses variables dont le besoin d'encadrement, le retrait du milieu de vie de la personne, l'itinérance, l'endettement, la présence d'une crise psychosociale et d'idéation suicidaire. Toutes les personnes admises à l'interne ou à l'externe, indépendamment de leur sexe, doivent obligatoirement être âgées de 18 ans et plus et ne pas avoir de démêlés non réglés avec la justice.

Les joueurs pathologiques qui utilisent le service à l'hébergement, en plus de bénéficier d'un milieu encadré et sécuritaire, ont un(e) intervenant(e) qui leur est spécifiquement attribué(e). Chaque personne est évaluée, participe une fois par jour à une rencontre thématique soit en individuel ou en sous-groupe avec une intervenante. De plus, dans l'horaire quotidien de l'interne (Appendice F) chaque participant reçoit des « info-santé » sur différents sujets préventifs comme : l'estime de soi, le sommeil, la toxicomanie, l'itinérance, etc. Ils participent également quotidiennement à une activité physique, à une

activité sociorécréative, à des moments de relaxation et peuvent participer au besoin à des rencontres d'Alcooliques Anonymes, de Narcotiques Anonymes ou de Gamblers Anonymes.

Programme de la précurseur de la Maison d'Hébergement Le Séjour inc.

THÈMES	OBJECTIFS
J'ai rassemblé tout mon courage	S'exprimer sur des situations où on a déjà fait preuve de courage ou simplement tenu bon.
Mes peurs	Exprimer ses principales peurs en lien avec la démarche effectuée.
Le changement	Comment situer le niveau de motivation.
Mon bilan de jeu	Avantages et désavantages de continuer à jouer.
L'équilibre décisionnel	Avantages (pour) et inconvénients (contre) du comportement visé.
Ma disposition au changement	« Importance vs confiance » face au changement.
Ma réalité	La perception est directement reliée aux attitudes ou comportements entretenus.
Photo-langage	S'exprimer d'une image d'un animal afin de faire ressortir les qualités et les forces qu'on possède en soi.
Mes besoins de base	Taux de satisfaction par rapport aux besoins de base.
Mes indicateurs de stress	Identifier les principaux indicateurs de stress et trouver des moyens.
La place du jeu dans ma vie	Quelle place le jeu occupe ou occupait dans sa vie par rapport aux autres sphères de sa vie.
Ce que l'on aime	Permettre de redécouvrir certaines activités ou loisirs oubliés.

(Juneau, S., 2001)

Appendice H

Horaire des activités de la Maison d'Hébergement Le Séjour inc.

HEURE	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
7h30	Lever/douche/ Tâches/ déjeuner	Lever/ douche/ Tâches/ déjeuner	Lever/douche/ Tâches/ déjeuner	Lever/ douche/ Tâches/ déjeuner	Lever/douche/ Tâches/ déjeuner
9h15	Atelier de ré- flexion	Thématique	Atelier de réflexion	Thématique	Atelier de réflexion
10h30	Démarche	Démarche	Démarche	Démarche	Démarche
12h00	Dîner	Dîner	Dîner	Dîner	Dîner
13h00	Info-santé	Info-santé	Info-santé	Info-santé	Info-santé
13h30	Activité physi- que	Activité physi- que	Activité physi- que	Activité physi- que	Activité physi- que
14h30	Activité socio récréative	Activité socio récréative	Activité socio récréative	Activité socio récréative	Activité socio récréative
15h30	Temps libre	Temps libre	Temps libre	Temps libre	Temps libre
17h00	Souper	Souper	Souper	Souper	Souper
18h00	Vie commu- nautaire	Bilan	Bilan	Bilan	Bilan
18h30		Relaxation	Relaxation	Relaxation	Relaxation
19h00	Relaxation		Visite (19h à 21h)		Visite (19h à 21h)
19h30	Réunion G.A.	Réunion A.A.		Activité dis- cussion (do- cumentaire)	Réunion AA
20h00	Réunion N.A.				
23h00	Coucher	Coucher	Coucher	Coucher	
00h30					Coucher

HEURE	SAMEDI	DIMANCHE
9H30	Lever/douche/	Lever/douche/
11h00	Marche/activité physique	Marche/activité physique
12h00	Dîner	Dîner
13h00	Visite	Visite
14h30	Activité	Activité
16h00	Temps libre	Temps libre
17h00	Souper	Souper
17h45	Billard	Billard
19h00	Bilan	Bilan
20h00	Vidéo	Réunion A.A . (libre)
00h30	Couche	Couche (23h00)

(Maison d'Hébergement Le Séjour inc., 2005)

Appendice I

Comité éthique de recherche de l'Université du Québec à Chicoutimi

Secrétariat général
555, boulevard de l'Université
Chicoutimi, Québec
G7H 2B1

www.uqac.ca

Comité d'éthique de la recherche

Le 17 juin 2003

Madame Sandra Juneau, étudiante
Département des sciences humaines
Module d'intervention sociale
Université du Québec à Chicoutimi

OBJET : Approbation – Certification éthique
Motivation, attitude et persévérance au traitement : le cas de joueurs
pathologiques du programme de la Précure du Séjour de Jonquières

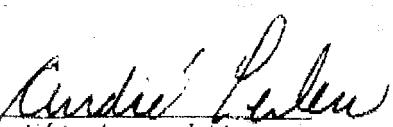
Madame,

Lors de sa réunion tenue le 13 juin 2003, le Comité d'éthique de la recherche a étudié le projet de recherche cité en rubrique.

Il a alors été décidé à l'unanimité d'approver votre projet puisqu'il rencontrait les exigences applicables en matière d'éthique et, par conséquent, de vous délivrer le présent certificat d'éthique jusqu'au **30 juin 2005**.

Nous vous rappelons que toute modification au protocole d'expérience et /ou aux formulaires joints à ce protocole d'expérience doit être approuvée par le Comité d'éthique de la recherche. Également, nous vous demandons de bien vouloir fournir par écrit au Comité la date de destruction des données recueillies.

En vous souhaitant la meilleure des chances dans la poursuite de vos travaux, veuillez accepter, Madame, nos salutations distinguées.


André Leclerc, président


Guylaine Bégin, secrétaire

GB/md

Appendice J

Lettre d'approbation du Centre de santé et services sociaux de Jonquière



Carrefour de santé
de Jonquière

Centre administratif
2230, rue de l'Hôpital
C.P. 1200
Jonquière (Québec)
G7X 7X2
Téléphone: (418) 695-7700
Télécopieur: (418) 695-7715

Centre local de services
communautaires
3667, boul. Harvey
C.P. 580
Jonquière (Québec)
G7X 7W4
Téléphone: (418) 695-2572
Télécopieur: (418) 695-3327

Centre de réadaptation en
déficience physique
2230, rue de l'Hôpital
Jonquière (Québec)
G7X 2X2
Téléphone: (418) 695-7700
Télécopieur: (418) 695-7798

Centre de réadaptation en
alcoolisme et autres
toxicomanies
2230, rue de l'Hôpital
Jonquière (Québec)
G7X 2X2
Téléphone: (418) 695-7710
Télécopieur: (418) 695-7716

Pavillon Arvida
1841, rue Deschênes
Jonquière (Québec)
G7S 4K6
Téléphone: (418) 695-7727
Télécopieur: (418) 548-6875

Résidence Georges-Hébert
2841, rue Faraday
Jonquière (Québec)
G7S 5C8
Téléphone: (418) 695-7727
Télécopieur: (418) 695-7737

Résidence des Années d'Or
3240, rue des Pensées
Jonquière (Québec)
G7S 5T9
Téléphone: (418) 695-7727
Télécopieur: (418) 695-7739

Résidence Ste-Marie
2184, rue Perrier
Jonquière (Québec)
G7X 7X8
Téléphone: (418) 695-7727
Télécopieur: (418) 695-7738

Le 8 août 2003

Madame Sandra Juneau
2255, rue St-Jean-Baptiste
JONQUIÈRE (Québec) G7X 7W6

OBJET : Votre projet de mémoire

Madame,

J'ai pris connaissance de votre projet de mémoire «*Motivation, attitude et persévérance au traitement : le cas des joueurs pathologiques du programme de la précurse du Séjour de Jonquière*».

Puisque que ce projet de recherche répond aux exigences éthiques, je vous autorise donc à débuter votre étude. Celle-ci devra être terminée le 30 juin 2005.

Nous vous souhaitons bonne chance dans la réalisation de votre projet et vous remercions de l'intérêt manifesté envers notre clientèle.

Veuillez agréer l'expression de nos sentiments les meilleurs.

JACYNTHE DIONNE, m.d., m.a.p.
Directrice des services professionnels et hospitaliers

/jl

c.c. M^{me} Lucille Dumont, DG /CSJ
M. Réjean Wilson, DRAT /CSJ
M^{me} Nathalie Boucher, présidente du CM/CSJ

Appendice K

Formulaires de consentement

**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT
POUR LA TRANSMISSION DES COORDONNÉES
À LA RESPONSABLE DE LA RECHERCHE**

**PARTICIPATION À LA RECHERCHE SUR LA MOTIVATION, ATTITUDE
ET PERSÉVÉRANCE AU TRAITEMENT DU JEU PATHOLOGIQUE**

Après avoir reçu de l'information sur la recherche de Madame Sandra Juneau, par la présente, je consens à ce que l'intervenant _____ transmette mes coordonnées (numéro de téléphone) à Madame Juneau.

Lors de mon contact avec Madame Juneau, je me réserve le droit de participer ou non à la recherche et de poser toutes les questions qui me permettront de faire un choix éclairé.

Signature de l'intervenant _____

Signature du répondant _____

No de tél : _____

Date : _____

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT
Pour les joueurs pathologiques

**PARTICIPATION À LA RECHERCHE SUR LA MOTIVATION, ATTITUDE
ET PERSÉVÉRANCE AU TRAITEMENT DU JEU PATHOLOGIQUE**
(PRÉ-INTERVENTION)

Par la présente, je consens à participer au premier volet de la recherche visant à mesurer l'impact de la motivation, des attitudes et de la persévérance au traitement du jeu pathologique.

J'ai été informé que ma participation à cette étude est volontaire; qu'elle consiste à compléter un questionnaire comprenant surtout des questions fermées et au besoin je me rendrai disponible pour accorder une ou des entrevues supplémentaires. Par contre, je me réserve le droit de participer ou non à la deuxième entrevue.

J'ai été informé qu'en aucun cas ni mon nom ni les données que j'aurai fournies ne seront dévoilés à qui que ce soit. J'ai été informé de mon droit d'accepter ou de refuser de répondre à des questions ou de mettre fin à l'entrevue en tout temps sans préjudice aucun. J'ai été également informé que la responsable de la recherche est étudiante à la maîtrise en travail social à l'Université du Québec à Chicoutimi et qu'elle produira un mémoire à partir des analyses effectuées, tout en garantissant que les renseignements fournis sur les participants à l'étude demeureront strictement anonymes. De plus, la responsable de la recherche s'est engagée à détruire les données personnalisées à la fin de la recherche.

Signature : _____

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

No de tél : _____

Date : _____

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT
Pour les joueurs pathologiques

**PARTICIPATION À LA RECHERCHE SUR LA MOTIVATION, ATTITUDE ET
PERSÉVÉRANCE AU TRAITEMENT DU JEU PATHOLOGIQUE**

(POST-INTERVENTION-1)

Par la présente, je consens à participer à la recherche visant à mesurer l'impact de la motivation, des attitudes et de la persévérance au traitement du jeu pathologique.

J'ai été informé que ma participation à cette étude est volontaire; qu'elle consiste à compléter un questionnaire comprenant surtout des questions fermées et au besoin je me rendrai disponible pour accorder une ou des entrevues supplémentaires. Par contre, je me réserve le droit de participer ou non à la deuxième entrevue.

J'ai été informé qu'en aucun cas ni mon nom ni les données que j'aurai fournies ne seront dévoilés à qui que ce soit. J'ai été informé de mon droit d'accepter ou de refuser de répondre à des questions ou de mettre fin à l'entrevue en tout temps sans préjudice aucun. J'ai été également informé que la responsable de la recherche est étudiante à la maîtrise en travail social à l'Université du Québec à Chicoutimi et qu'elle produira un mémoire à partir des analyses effectuées, tout en garantissant que les renseignements fournis sur les participants à l'étude demeureront strictement anonymes. De plus, la responsable de la recherche s'est engagée à détruire les données personnalisées à la fin de la recherche.

Signature : _____

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

No de tél : _____

Date : _____

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT
Pour les joueurs pathologiques

**PARTICIPATION À LA RECHERCHE SUR LA MOTIVATION, ATTITUDE ET
PERSÉVÉRANCE AU TRAITEMENT DU JEU PATHOLOGIQUE**
(POST-INTERVENTION-2)

Par la présente, je consens à participer à la recherche visant à mesurer l'impact de la motivation, des attitudes et de la persévérance au traitement du jeu pathologique.

J'ai été informé que ma participation à cette étude est volontaire; qu'elle consiste à compléter un questionnaire comprenant surtout des questions fermées et au besoin je me rendrai disponible pour accorder une ou des entrevues supplémentaires.

J'ai été informé qu'en aucun cas, ni mon nom, ni les données que j'aurai fournies ne seront dévoilés à qui que ce soit. J'ai été informé de mon droit d'accepter ou de refuser de répondre à des questions ou de mettre fin à l'entrevue en tout temps sans préjudice aucun. J'ai été également informé que la responsable de la recherche est étudiante à la maîtrise en travail social, à l'Université du Québec à Chicoutimi et qu'elle produira un mémoire à partir des analyses effectuées, tout en garantissant que les renseignements fournis sur les participants à l'étude demeureront strictement anonymes. De plus, la responsable de la recherche s'est engagée à détruire les données personnalisées à la fin de la recherche.

Signature : _____

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

No de tél : _____

Date : _____

SERMENT D'HONNEUR

PAR LA PRÉSENTE, JE M'ENGAGE EN TANT QUE RESPONSABLE DE LA RECHERCHE, DIRECTRICE DE MÉMOIRE À NE DÉVOILER AUCUNE DONNÉE NOMINATIVE DANS LE CADRE DE LA RECHERCHE INTITULÉE : MOTIVATION, ATTITUDE ET PERSÉVÉRANCE AU TRAITEMENT : LE CAS DES JOUEURS PATHOLOGIQUES DU PROGRAMME DE LA PRÉCURE DU SÉJOUR DE JONQUIÈRE ET À RESPECTER LES RÈGLES D'ÉTHIQUE TOUT AU LONG DE LA POURSUITE DE CETTE ÉTUDE ET LORS DE LA DIFFUSION DES RÉSULTATS SOUS FORME DE MÉMOIRE OU DE SYNTHÈSE.

Nom : _____

Signature : _____

Date : _____

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DE TRANSMISSION D'INFORMATIONS

PARTICIPATION À LA RECHERCHE SUR LA MOTIVATION, LES ATTITUDES ET LA PERSÉVÉRANCE AU TRAITEMENT DU JEU PATHOLOGIQUE.

Après avoir reçu l'information que les questionnaires « d'anxiété et de dépression de Beck » ainsi que le questionnaire « guide d'entrevue » sont utilisés conjointement par le Séjour et le Centre de réadaptation en alcoolisme et autres toxicomanies, et ce, uniquement aux fins de cette recherche et pour éviter d'avoir à y répondre deux fois, je consens à ce que soit la responsable de la recherche, madame Sandra Juneau ou mon intervenant du Centre de réadaptation en alcoolisme et autres toxicomanies, monsieur

_____ se transmettent ce questionnaire.

De plus, la responsable de la recherche s'est engagée à garder sous clé ce questionnaire jusqu'à ce qu'il soit détruit à la fin de la recherche. Quant à mon intervenant au Centre de réadaptation en alcoolisme et autres toxicomanies, il gardera ces questionnaires dans mon dossier. En aucun cas ni mon nom ni les données que j'aurai fournies ne seront dévoilés à personne d'autres qu'à ceux autorisés et mentionnées dans ce formulaire.

Par la présente, je consens à ce que la responsable de la recherche ou mon intervenant du Centre de réadaptation en alcoolisme et autres toxicomanies transmette le document suivant :

À : _____

Signature du répondant

Signature de la responsable de la recherche

Signature de l'intervenant

Date

Appendice L

Évolution des stades de changement

Tableau 25

Évolution des résultats de l'évolution des stades de changement des répondants de la Maison d'Hébergement Le Séjour au T0 et T1

T0	T1					Total
	Précontemplation	Contemplation	Action	Maintien	Abandon	
Précontemplation	0	2	1	1	0	4
Contemplation	0	5	5	1	0	11
Action	0	0	1	1	0	2
Maintien	0	0	1	0	0	1
Total	0	7	8	3	0	18

Tableau 26

Évolution des résultats de l'évolution des stades de changement des répondants de la Maison d'Hébergement Le Séjour au T1 et T2

T1	T2					Total
	Précontemplation	Contemplation	Action	Maintien	Abandon	
Précontemplation	0	0	0	0	0	0
Contemplation	3	0	2	1	1	7
Action	2	1	2	1	2	8
Maintien	0	0	0	2	1	3
Total	5	1	4	4	4	18

Tableau 27

Évolution des résultats de l'évolution des stades des répondants du Centre de réadaptation en dépendances

T1	T2					Total
	Précontemplation	Contemplation	Action	Maintien	Abandon	
Précontemplation	4	0	0	0	1	5
Contemplation	1	2	1	0	0	5
Action	3	0	0	0	3	6
Maintien	0	0	0	1	0	1
Total	7	2	1	1	5	17

Appendice M

Résultats

Tableau 28

Caractéristiques sociodémographiques des répondants en fonction
de la thérapie complétée ou non complétée¹

Variables	Thérapie complétée		Thérapie non complétée		Total	<i>p</i> *
	(n = 8)	%	(n = 27)	%	(N = 35)	
Sexe						0,727
Homme	5	62,5	15	55,6	20	57,1
Femme	3	37,5	12	44,4	15	42,9
Âge						0,905
18-34	2	25,0	6	22,2	8	22,9
35-54	4	50,0	12	44,4	16	45,7
55 et plus	2	25,0	9	33,3	11	31,4
Vit						0,869
Seul	5	62,5	16	59,3	21	60,0
En couple	3	37,5	11	40,7	7	40,0
Avec enfants						0,799
Oui	6	75,0	19	70,4	25	71,4
Non	2	25,0	8	29,6	10	28,6
Niveau de scolarité						0,553
Secondaire 5 ou moins	3	37,5	16	59,3	19	54,3
DEP	4	50,0	9	33,3	13	37,1
Diplôme collégial	1	12,5	2	7,4	3	8,6
Mode d'occupation du logement						0,252
Propriétaire	5	62,5	9	33,3	14	40,0
Locataire	3	37,5	14	51,9	17	48,6
Sans domicile fixe	---	---	4	14,8	4	11,4
Lieu de résidence						0,328
Région du Saguenay	7	87,5	16	59,3	23	65,7
Région du Lac-St-Jean	1	12,5	10	37,0	11	31,4
Sans domicile fixe	---	---	1	3,7	1	2,9

Tableau 28

Caractéristiques sociodémographiques des répondants en fonction de la thérapie complétée ou non complétée¹ (suite)

Variables	Thérapie complétée		Thérapie non complétée		Total	p*
	n	(n = 8)	n	(n = 27)	(N = 35)	
Revenu brut						0,454
Moins de 20 000 \$	4	50,0	12	44,5	16	45,7
20 000 et 40 000 \$	1	12,5	9	33,3	10	28,6
Plus de 40 000 \$	3	37,5	6	22,2	9	25,7
Occupe un emploi rémunéré						0,056
Oui	5	62,5	7	25,9	12	34,3
Non	3	37,5	20	74,1	23	65,7
Perception situation économique						0,676
Revenu suffisant	6	75,0	17	63,0	22	62,9
Pauvre ou très pauvre	2	25,0	10	37,0	13	37,1
Suffisamment d'argent pour besoins financiers						0,106
Oui	6	75,0	11	40,7	17	48,5
Non	2	25,0	16	59,3	18	51,4
Revenu brut						0,454
Moins de 20 000 \$	4	50,0	12	44,5	16	45,7
20 000 et 40 000 \$	1	12,5	9	33,3	10	28,6
Plus de 40 000 \$	3	37,5	6	22,2	9	25,7

¹Test du khi carré¹ Tous les répondants de la Maison d'Hébergement Le Séjour et du Centre de réadaptation en dépendances

Tableau 29

État de santé physique et consultation antérieure pour des problèmes de santé psychologique des répondants en fonction de la thérapie complétée ou non complétée¹

Variables	Thérapie complétée		Thérapie non complétée		Total		<i>p</i>*
	(n = 8)	%	(n = 27)	%	(N = 35)	%	
Perception de l'état de santé							
Excellent/bonne	4	50,0	18	66,7	22	62,9	0,392
Moyenne/mauvaise	4	50,0	9	33,3	13	37,1	
Présence de limitations physiques							
Oui	2	25,0	7	25,9	9	25,7	0,640
Non	5	62,5	19	70,4	24	68,6	
Ne sait pas	1	12,5	1	3,7	2	5,7	
Problèmes santé physique							
Oui	7	87,5	22	81,5	29	82,9	0,692
Non	1	12,5	5	18,5	6	17,1	
Principaux problèmes de santé							
Hypercholestérolémie							
Oui	3	37,5	12	44,4	15	42,9	0,727
Non	5	62,5	15	55,6	20	57,1	
Hypertension							
Oui	2	25,0	9	33,3	11	31,4	0,656
Non	6	75,0	18	66,7	24	68,6	
Asthme							
Oui	1	12,5	8	29,6	9	25,7	0,330
Non	7	87,5	19	70,4	26	74,3	
Problème cardiaque							
Oui	1	12,5	4	14,8	5	14,3	0,869
Non	7	87,5	23	85,2	30	85,7	

Tableau 29

État de santé physique et consultation antérieure pour des problèmes de santé psychologique des répondants en fonction de la thérapie complétée ou non complétée ¹(suite)

Variables	Thérapie complétée		Thérapie non complétée		Total		<i>p</i>*
	(n = 8)	%	(n = 27)	%	(N = 35)	%	
Prise de médicament							0,595
Oui	5	62,5	14	51,9	19	54,3	
Non	3	37,5	13	48,1	16	45,7	
Consultation antérieure pour des problèmes psychologiques							0,981
Oui	5	62,5	17	63,0	22	62,9	
Non	3	37,5	10	37,0	13	37,1	

*Test du khi carré

¹ Tous les répondants de la Maison d'Hébergement Le Séjour et du Centre de réadaptation en dépendances

Tableau 30

Soutien social des répondants en fonction de la thérapie complétée ou non complétée¹

Variables	Thérapie complétée		Thérapie non complétée		Total		<i>p</i> *	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Niveau de satisfaction dans les relations avec :								
Famille immédiate								
Très/plutôt satisfait	8	100	15	55,6	23	65,7		
Très/plutôt insatisfait	---	---	8	29,6	8	22,9		
Ne sait pas	---	---	4	14,8	4	11,4		
Famille éloignée								
Très/plutôt satisfait	7	87,5	15	55,6	22	62,9		
Très/plutôt insatisfait	1	12,5	11	40,7	12	34,3		
Ne sait pas	---	---	1	3,7	1	2,9		
Amis								
Très/plutôt satisfait	6	75,0	21	77,8	27	77,1		
Très/plutôt insatisfait	2	25,0	3	11,1	5	14,3		
Ne sait pas	---	---	3	11,1	3	8,6		
Désir plus de contact avec :								
Famille immédiate								
Oui	6	75,0	16	59,3	22	62,9		
Non	1	12,5	7	25,9	8	22,9		
Ne sait pas	1	12,5	4	14,8	5	14,3		
Famille éloignée								
Oui	2	25,0	10	37,0	12	34,3		
Non	5	62,5	15	55,6	20	57,1		
Ne sait pas	1	12,5	2	7,4	3	8,6		
Amis								
Oui	2	25,0	3	11,1	5	14,3		
Non	5	62,5	15	55,6	20	57,1		
Ne sait pas	1	12,5	9	33,3	10	28,6		

Tableau 30

Soutien social des répondants en fonction de la thérapie complétée ou non complétée¹
(suite)

Variables	Thérapie complétée		Thérapie non complétée		Total		<i>p</i> *
	(n = 8)	%	(n = 27)	%	(N = 35)	%	
	<i>n</i>		<i>n</i>		<i>n</i>		<i>n</i>
Niveau de satisfaction avec la vie sociale							0,981
Très/plutôt satisfait	5	62,5	17	63,0	22	62,9	
Très/plutôt insatisfait	3	37,5	10	37,0	13	37,1	
Peut obtenir de l'aide en cas d'urgence							0,346
Oui	7	87,5	26	96,3	33	94,3	
Non	1	12,5	1	3,7	2	5,7	
Capacité de se confier							0,355
À toutes les fois	3	37,5	12	44,4	15	42,9	
Quelques fois	2	25,0	11	40,7	13	37,1	
Aucune	3	37,5	4	14,8	7	20,0	

* Test du khi carré

¹ Tous les répondants de la Maison d'Hébergement Le Séjour et du Centre de réadaptation en dépendances

Tableau 31

Score obtenu au DSM-IV lors de l'admission en fonction de la thérapie complétée ou non complétée¹

Variables	Thérapie complétée		Thérapie non complétée		Total		<i>p</i> *
	<i>M</i> (<i>n</i> = 8)	<i>ÉT</i>	<i>M</i> (<i>n</i> = 27)	<i>ÉT</i>	<i>M</i> (<i>N</i> = 35)	<i>ÉT</i>	
Score moyen obtenu au DSM-IV	5,6	1,4	7,2	2,0	6,4	1,7	0,074
Score obtenu au DSM-IV	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>p</i> **
- que 5	1	12,5	2,0	7,4	3,0	8,6	0,651
5 et plus	7	87,5	25,0	92,6	32,0	91,4	

*Test *t*

**Test du khi carré

¹ Tous les répondants de la Maison d'Hébergement Le Séjour et du Centre de réadaptation en dépendances

Tableau 32

Habitudes de jeu en fonction de la thérapie complétée ou non complétée¹

Variables	Thérapie complétée		Thérapie non complétée		Total		p*
	(n = 8)	M	(n = 27)	M	(N = 35)	M	
		ÉT		ÉT		ÉT	
Âge moyen lors de l'apparition du problème de jeu	35,4	13,47	39,2	15,71	37,3	14,59	0,541
Personne initiatrice	n	%	n	%	n	%	p** 0,149
Famille	1	12,5	13	48,1	14	40,0	
Ami/connaissance	3	37,5	4	14,8	7	20,0	
Lui-même	4	50,0	10	37,0	14	40,0	
Raisons de jouer							
Fuir/se distraire							0,029
Oui	8	100	16	59,3	24	68,6	
Non	---	---	11	40,7	11	31,4	
Appât du gain/problème financier							0,524
Oui	5	62,5	20	74,1	17	48,6	
Non	3	37,5	7	25,9	18	51,4	
A des problèmes avec :							
Les appareils loterie vidéo	8	100	25	92,6	33	94,3	0,428
Les machines à sous	3	37,5	9	33,3	12	34,3	0,827
Les loteries	1	12,5	6	22,2	7	20,0	0,546
Les cartes	1	12,5	4	14,8	5	14,3	0,869

Tableau 32

Habitudes de jeu en fonction de la thérapie complétée ou non complétée¹ (suite)

Variables	Thérapie complétée		Thérapie non complétée		Total		<i>p</i> *
	<i>M</i> (<i>n</i> = 8)	ÉT	<i>M</i> (<i>n</i> = 27)	ÉT	<i>M</i> (<i>N</i> = 35)	ÉT	
Nombre de jeux problématiques							
Un jeu	4	50,0	12	44,4	16	45,7	
Deux jeux	3	37,5	8	29,6	11	31,4	
Trois jeux ou plus	1	12,5	7	25,9	8	22,9	
Obtention gain important lors des premières expériences							
Oui	5	62,5	20	74,1	25	71,4	0,109
Non	3	37,5	7	25,9	10	28,6	
Dettes de jeu							
Oui	2	25,0	20	74,1	22	62,9	
Non	6	75,0	7	25,9	13	37,1	
Déjà fait une faillite							
Oui	3	37,5	5	18,5	8	22,9	0,261
Non	5	62,5	22	81,5	27	77,1	

* Test *t*

** Test du khi carré

¹ Tous les répondants de la Maison d'Hébergement Le Séjour et du Centre de réadaptation en dépendances

Tableau 33

Autres dépendances passées des répondants en fonction
de la thérapie complétée ou non complétée¹

Variables	Thérapie complétée		Thérapie non complétée		Total		<i>p</i> *
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
Dépendances passées							
Oui	7	87,5	22	81,5	29	82,9	0,692
Non	1	12,5	5	18,5	6	17,1	
Cigarettes							
Oui	4	50,0	15	55,6	19	54,3	0,782
Non	4	50,0	12	44,4	16	45,7	
Alcool							
Oui	2	25,0	12	44,4	14	40,0	0,324
Non	6	75,0	15	55,6	21	60,0	
Drogue/médicament							
Oui	1	12,5	11	40,7	12	34,3	0,139
Non	7	87,5	16	59,3	23	65,7	
Sexualité							
Oui	1	25,0	3	11,1	4	11,4	0,914
Non	7	75,0	24	88,9	31	88,6	
Achats							
Oui	2	25,0	6	22,2	8	22,9	0,869
Non	6	75,0	21	77,8	27	77,1	

*Test du khi carré

¹ Tous les répondants de la Maison d'Hébergement Le Séjour et du Centre de réadaptation en dépendances

Tableau 34

Autres dépendances actuelles des répondants en fonction
de la thérapie complétée ou non complétée¹

Variables	Thérapie complétée		Thérapie non complétée		Total		<i>p</i>*
	(n = 8)	%	(n = 27)	%	(N = 35)	%	
Dépendances actuelles							0,869
Oui	5	62,5	16	59,3	21	60,0	
Non	3	37,5	11	40,7	14	40,0	
Cigarettes							0,727
Oui	3	37,5	12	44,4	15	42,9	
Non	5	62,5	15	55,6	20	57,1	
Alcool							0,247
Oui	---	---	4	14,8	4	11,4	
Non	8	100	23	85,2	31	88,6	
Drogue/médicament							0,324
Oui	2	25,0	3	11,1	5	14,3	
Non	6	75,0	24	88,9	30	85,7	
Sexuelle							0,059
Oui	2	25,0	1	3,7	3	8,6	
Non	6	75,0	26	96,3	32	91,4	
Achats							0,651
Oui	1	12,5	2	7,4	3	8,6	
Non	7	87,5	25	92,6	32	91,4	

* Test du khi carré

¹ Tous les répondants de la Maison d'Hébergement Le Séjour et du Centre de réadaptation en dépendances

Tableau 35

Présence ou non de répercussions du jeu sur la vie personnelle, sociale, professionnelle et familiale des répondants en fonction de la thérapie complétée ou non complétée¹

Variables	Thérapie complétée		Thérapie non complétée		Total		<i>p</i>*	
	(n = 8)	%	(n = 27)	%	(N = 35)	%		
Présence de répercussions								
Sur la vie personnelle (humeur)								
Pas du tout	3	37,5	14	51,9	17	48,6	0,578	
Très peu/moyennement	2	25,0	3	11,1	5	14,3		
Beaucoup/énormément	3	37,5	10	37,0	13	37,1		
Sur la vie sociale								
Pas du tout	4	50,0	15	55,6	19	54,3	0,920	
Très peu/moyennement	2	25,0	5	18,5	7	20,0		
Beaucoup/énormément	2	25,0	7	25,9	9	25,7		
Sur la vie professionnelle								
Pas du tout	5	62,5	24	88,9	29	82,9	0,220	
Très peu/moyennement	2	25,0	2	7,4	4	11,4		
Beaucoup/énormément	1	12,5	1	3,7	2	5,7		
Sur la vie familiale								
Pas du tout	5	62,5	15	55,6	20	57,1	0,716	
Très peu/moyennement	2	25,0	5	18,5	7	20,0		
Beaucoup/énormément	1	12,5	7	25,9	8	22,9		

* Test du khi carré

¹ Tous les répondants de la Maison d'Hébergement Le Séjour et du Centre de réadaptation en dépendances

Tableau 36

État de santé psychologique pré-intervention des répondants
en fonction de la thérapie complétée ou non complétée¹

Variables	Thérapie complétée		Thérapie non complétée		<i>p</i> *
	<i>M</i>	(<i>n</i> = 8) <i>ÉT</i>	<i>M</i>	(<i>n</i> = 27) <i>ÉT</i>	
Santé psychologique					
Moyenne au Beck Dépression	10,5	12,0	26,4	13,2	0,125
Moyenne au Beck Anxiété	5,5	6,4	19,6	11,1	0,101

*Test *t*

¹ Tous les répondants de la Maison d'Hébergement Le Séjour et du Centre de réadaptation en dépendances

Tableau 37

Idées suicidaires chez les participants en fonction
de la thérapie complétée ou non complétée¹

Variables	Thérapie complétée		Thérapie non complétée		Total		<i>p</i> *
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
Présence d'idées suicidaires							
A déjà pensé au suicide dans les 12 derniers mois							0,278
Oui	3	37,5	16	59,3	19	54,3	
Non	5	62,5	11	40,7	16	45,7	
Pensée suicidaire reliée au jeu							
Oui	3	37,5	15	55,6	18	51,4	0,369
Non	5	62,5	12	44,4	17	48,6	
A déjà fait une tentative de suicide							
Oui	1	12,5	5	18,5	6	17,1	0,692
Non	7	87,5	22	81,5	29	82,9	
Pense au suicide avant leur traitement							
Oui	---	---	4	14,8	4	11,4	0,247
Non	8	100	23	85,2	31	88,6	

*Test du khi carré

¹ Tous les répondants de la Maison d'Hébergement Le Séjour et du Centre de réadaptation en dépendances

Tableau 38

Contexte de la consultation des répondants en fonction de la thérapie complétée ou non complétée¹

Variables	Thérapie complétée		Thérapie non complétée		Total		<i>p*</i>
	(n = 8)	%	(n = 27)	%	(N = 35)	%	
Décision personnelle de consulter							0,483
Oui	6	75,0	25	92,6	33	94,3	
Non	2	25,0	2	7,4	2	6,3	
Références							0,324
Famille/ami	1	12,5	4	14,8	5	14,3	
Ligne d'écoute/intervenants	6	75,0	10	37,0	16	45,7	
Lui-même	---	---	3	11,1	3	8,6	
Médias	1	12,5	4	14,8	5	14,3	
Autres	---	---	6	22,2	6	17,1	
A été encouragé à consulter							0,914
Oui	7	87,5	24	88,9	31	88,6	
Non	1	12,5	3	11,1	4	11,4	
A eu des pressions pour consulter							0,016
Oui	5	62,5	5	18,5	10	28,6	
Non	3	37,5	22	81,5	25	71,4	

*Test du khi carré

¹ Tous les répondants de la Maison d'Hébergement Le Séjour et du Centre de réadaptation en dépendances

Tableau 39

Stades de changement des répondants à l'arrivée
en thérapie complétée ou non complétée¹

Variables	Thérapie complétée		Thérapie non complétée		Total	<i>p*</i>
	(n = 8)	n	(n = 27)	n	(N = 35)	
	%		%	n	%	
Stades de changement au prétest						
Précontemplation	2	25,0	3	11,1	5	14,3
Contemplation	1	12,5	11	40,7	12	34,3
Action	4	50,0	10	37,0	14	40,0
Maintien	1	12,5	3	11,1	4	11,4

*Test du khi carré

¹ Tous les répondants de la Maison d'Hébergement Le Séjour et du Centre de réadaptation en dépendances

Tableau 40

Stades de changement des répondants à la fin
de la thérapie complétée ou non complétée¹

Variables	Thérapie complétée		Thérapie non complétée		Total	<i>p*</i>
	(n = 8)	n	(n = 18)	n	(N = 26)	
	%		%	n	%	
Stades de changement au post test						
Précontemplation	6	75,0	7	38,9	13	50,0
Contemplation	---	---	3	16,7	3	11,5
Action	1	12,5	4	22,2	5	19,2
Maintien	1	12,5	4	22,2	5	19,2

*Test du khi carré

¹ Tous les répondants de la Maison d'Hébergement Le Séjour et du Centre de réadaptation en dépendances

Tableau 41

Attentes comblées selon la thérapie complétée ou non complétée¹

Variables	Thérapie complétée		Thérapie non complétée		Total		<i>p</i> *
	(n = 7)	n	(n = 21)	n	(N = 28)	n	
	n	%	n	%	n	%	
Attentes comblées							0,287
Complètement	6	85,7	11	52,4	17	60,7	
Partiellement	1	14,3	9	42,9	10	35,7	
Pas du tout	---	---	1	4,8	1	3,6	

* Test du khi carré

¹ Tous les répondants de la Maison d'Hébergement Le Séjour et du Centre de réadaptation en dépendances