

RAPPORT

Enquête de prévalence des problèmes de jeu d'argent dans les structures de soins en addictologie en Pays de la Loire



IFAC
CHU de Nantes



SRAE ADDICTOLOGIE DES PAYS DE LA LOIRE

 srae-addicto-pdl.fr

 2 rue de la Loire - 44200 Nantes

 02 40 41 17 36

 contact@srae-addicto-pdl.fr

La SRAE Addictologie contribue à l'amélioration de la fluidité des parcours de prévention, de soins et d'accompagnement des patients et usagers par le soutien des acteurs de l'addictologie et de leurs partenaires.

Remerciements

Le groupe de travail remercie l'ensemble des structures ayant participé à l'étude ainsi que tous les patients ayant pris le temps de répondre au questionnaire.

Table des matières

Contexte	3
Contexte national	3
Contexte régional	5
Objectifs	6
Méthode	6
Résultats	8
Discussion	12
Forces et Faiblesses	13
Perspectives et actions	14
Bibliographie	15
Annexes	16
Composition du groupe de travail	16
Structures participantes	17
Information patient	18
Questionnaire patient	19

Contexte

Contexte national

En France, l'observation des pratiques de jeux de hasard et d'argent (JHA) menée depuis 2010 en population générale montre une évolution importante des comportements de jeux récréatifs et pathologiques. Lors de la 1^{ère} étude de prévalence conduite en 2010 (1), près d'une personne majeure sur deux déclarait avoir joué au moins une fois à un JHA au cours de l'année (47,8 % des 18-75 ans). À l'occasion du renouvellement périodique du Baromètre santé (2014 et 2019) (2,3), cette pratique a de nouveau été interrogée avec une augmentation très sensible de la prévalence du jeu dans l'année en 2014 (57,2 % des individus âgés de 18 à 75 ans) en lien avec l'élargissement légale de l'offre de jeux en ligne, à laquelle a succédé une baisse importante en 2019 (47,2 % des individus ans de 18 à 75 ans). Cette diminution se traduit par la baisse de l'ensemble des jeux, à l'exception des paris sportifs en constante augmentation qui deviennent le jeu le plus pratiqué derrière les jeux de loterie. L'utilisation d'Internet pour jouer est également en nette progression avec 7,1 % des Français âgés de 18 à 75 ans qui déclarent avoir parié sur Internet en 2019 contre 4,2 % en 2014.

S'ils sont moins nombreux à pratiquer en population générale, les joueurs français ont des pratiques qui s'intensifient. Les dépenses de jeux ont augmenté de 12,5% au cours des cinq dernières années (4). Ils sont également plus nombreux à rencontrer des difficultés avec leurs pratiques des JHA comparativement aux données obtenues en 2010, puis 2014. Pendant ces quatre années, une augmentation importante du jeu à risque modéré avait été observée (0,9% vs 1,5%) ainsi qu'une stabilité du jeu excessif (0,4%). Cette augmentation en lien avec l'intensification des pratiques de jeux faisait craindre une évolution progressive de certaines pratiques à risque vers des pratiques excessives. L'enquête menée en 2019 indique bien une stabilité des pratiques à risque mais une augmentation significative des conduites pathologiques (1,6% en 2019 versus 0,8% en 2014). Il apparaît également que les prévalences de jeu excessif varient selon le type de jeu. Si la pratique des jeux de loterie induit le moins de risque sur le plan individuel, elle occasionne le plus de risques en matière de santé publique à cause de sa très large diffusion. Parmi l'ensemble des jeux disponibles, la pratique des paris sportifs représente le risque individuel le plus élevé. Pratiqués par un joueur sur dix seulement, il peut leur être attribué jusqu'à un quart des comportements de jeu problématique (3).

Contexte national

Tableau 4. Le comportement de jeu selon le sexe et l'âge en 2014 et 2019 (en %)

% parmi les joueurs dans l'année	Total	Total	Hommes	Femmes	18-24 ans	25-34 ans	35-44 ans	45-54 ans	55-64 ans	65-75 ans
	2019	2014	2019	2019	2019	2019	2019	2019	2019	2019
	(n = 4 544)	(n = 8 652)	(n = 2 242)	(n = 2 302)	(n = 370)	(n = 657)	(n = 832)	(n = 1 007)	(n = 964)	(n = 714)
Joueur sans problème	83,2	85,7	80,5	86,1	70,6	80,1	81,5	87,3	87,8	86,9
Joueur à risque faible	10,7	9,7	11,8	9,6	19,4	12,0	11,0	7,9	8,4	9,6
Joueur à risque modéré	4,4	3,8	5,4	3,3	8,2	6,1	4,4	3,1	3,4	2,6
Joueur « excessif »	1,6	0,8	2,3	1,0	1,8	1,7	3,1	1,8	0,5	0,9
Joueur à risque modéré ou excessif	6,0	4,6	7,6	4,3	10,1	7,8	7,5	4,8	3,8	3,5

Source : Baromètre de Santé publique France 2014 et 2019 - analyse ODJ/OFDT

Malgré l'augmentation significative des problématiques addictives, les demandes d'aide et le recours aux soins restent très faibles. L'enquête menée par l'Observatoire Des Jeux montre que 72% des joueurs excessifs n'expriment pas de demande d'aide (cela comprend l'aide de la famille, lignes d'accueils téléphoniques, associations sur le surendettement, ou professionnels de santé) (2). Si l'on ne retient que les demandes d'aide auprès des professionnels de santé, elles ne concernent plus que 12% des joueurs excessifs. Parmi ceux-là, les trois quarts déclarent être insatisfaits de l'aide reçue. Par conséquent, seulement 3% des joueurs excessifs ont demandé de l'aide auprès des professionnels de santé et sont satisfaits de l'aide reçue (2).

Ces chiffres sont conformes aux données recueillies dans les Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) qui prennent en charge tous les types de problématiques addictives depuis près de 20 ans. Le nombre de personnes consultant pour un problème d'addiction comportementale ou sans substance représente, dans ces centres, un peu moins de 4 % de l'ensemble du public accueilli. Entre 2015 et 2019, le pourcentage de personnes prises en charge pour une addiction sans substance est passé de 2,6% à 3,9 (5). En 2019, les personnes prises en charge dans les CSAPA pour une problématique d'addiction aux jeux de hasard et d'argent représentaient 33% de l'effectif du groupe, soit 1.1% de l'ensemble du public accueilli en CSAPA.

Afin d'améliorer l'accès aux soins, l'accompagnement des problématiques de JHA s'est peu à peu structuré au sein du dispositif d'addictologie (sanitaire et médico-social). La référence Jeu Excessif existe depuis 2012 (6) via un financement ONDAM (assurance maladie) spécifique pour les CSAPA. « Ces crédits sont destinés à renforcer les CSAPA d'un binôme composé de 0,5 ETP de psychologue et d'un 0,5 ETP d'assistante sociale ou conseiller économique et social ». Il s'agit donc d'une référence qui vise à renforcer et à soutenir la prise en charge et l'accompagnement des joueurs pathologiques. Des consultations existent déjà dans les CSAPA. La structuration des binômes intègre donc l'existant et agit en tant que renfort en temps de consultation et fonction ressource dans la structure et auprès des partenaires.

Contexte

Contexte régional

Dans les Pays de la Loire, la structuration des binômes est récente (2018). On identifie 3 binômes au sein des CSAPA : CSAPA ALiA49, CSAPA Montjoie 72, CSAPA 85 Association Addictions France. Il est à noter que les CSAPA, en cohérence avec leur pratique généraliste, ne limitent pas l'accompagnement des usagers en prise avec une addiction aux JHA aux seuls membres du Binôme Jeu. Les autres intervenants des CSAPA exercent également cette activité. Les binômes Jeu agissent en tant que fonction ressource auprès de leurs collègues et dédient du temps au développement des partenariats sur leur territoire d'intervention, à la formation, etc. Les structures sanitaires d'addictologie sont également impliquées dans le repérage et l'accompagnement des problématiques de jeu. Au sein de cette organisation régionale, le service d'addictologie du CHU de Nantes, établissement de niveau 3, assure les missions de soins, d'expertise, de formation et de recherche sur l'ensemble des addictions, dont les addictions comportementales et le jeu pathologique. La SRAE Addictologie des Pays de La Loire a pour mission de soutenir la dynamique d'actions en addictologie sur la région.

C'est dans ce contexte qu'un groupe de travail a été constitué en avril 2018 (cf annexe 1). Il réunit les Binômes Jeu des CSAPA des Pays de la Loire. Le groupe est co-animé par M. Grall-Bronnec (psychiatre addictologue), J.Caillon (psychologue), (Service d'addictologie-CHU Nantes), et P. Chauvin-Grelier (référénte scientifique) et S. Pelé, directrice (SRAE Addictologie). Le groupe se réunit trois fois par an pour une session de travail associant un temps d'échange et d'informations sur le travail des binômes Jeu, les évolutions de la législation, la recherche, les événements nationaux et régionaux sur la thématique des jeux, et un temps de supervision à partir d'une situation clinique apportée par un des binômes. L'objectif est de soutenir les binômes Jeu dans leur fonction ressource et de contribuer au développement des compétences de repérage et d'accompagnement.

Le groupe a été élargi aux professionnels des CSAPA sans binôme Jeu et aux structures d'addictologie sanitaire (notamment SMRA).

En 2021, dans le cadre de la fonction ressource des binômes Jeu, le groupe a partagé sa perception d'une sous-estimation du repérage du jeu d'argent pathologique dans la file active des patients venus pour un autre motif que le jeu. De plus, dans leur fonction ressource, les binômes Jeu ont pu rencontrer, au sein des équipes, des résistances à la démarche de repérage. En réponse à ces questionnements, le groupe a convenu de l'intérêt d'objectiver la prévalence des joueurs dans les files actives des structures d'addictologie en Pays de la Loire.

Objectifs

L'objectif principal de l'étude était d'évaluer la prévalence des pratiques et des problématiques de jeux de hasard et d'argent dans les files actives de patients consultants des structures d'addictologie dans la région Pays de la Loire, quel que soit le motif de venue.

Les objectifs secondaires étaient de pouvoir évaluer ces problématiques par département et de pouvoir mieux caractériser les problématiques de jeux rencontrées (sexe, âge, jeu de prédilection, support de jeu), dans le but d'identifier les axes d'amélioration possibles et les propositions d'actions à mener au regard de ces spécificités.

Méthode

L'étude s'est appuyée sur un recueil par auto-questionnaire auprès de l'ensemble des patients volontaires accueillis dans des structures d'addictologie de la région (CSAPA, SMRA, CH et CHU).

Recueil des données

La collecte des données a été réalisée via un auto-questionnaire strictement anonyme comprenant des informations sur le sexe, l'âge, le suivi en addictologie (première consultation ou suivi déjà engagé ; motif(s) des soins, plusieurs motifs pouvant être cochés), et la participation aux JHA sur l'année écoulée. En cas de pratique des JHA sur les 12 derniers mois, les patients étaient invités à remplir l'Indice Canadien du Jeu Excessif (ICJE) (7). L'ICJE est un questionnaire de repérage du jeu problématique validé et utilisé au niveau international. Il comprend 9 items mesurant la fréquence des problèmes causés par les JHA, selon quatre niveaux (« jamais », « quelquefois », « la plupart du temps » ou « presque jamais »). Le score global s'étend de 0 à 27 et permet de distinguer 4 groupes de joueurs : les joueurs sans problème (score =0), les joueurs à risque faible (score=1-2), les joueurs à risque modéré (score=3-7) et les joueurs excessifs (score=8 et plus). Enfin, les patients précisaient leur JHA de prédilection et leur préférence pour la pratique en ligne ou hors ligne. Les différents types de JHA ont ainsi été regroupés en 3 catégories principales classées en fonction de leurs caractéristiques structurelles (part de hasard et d'habiletés) (8). Les jeux de hasard pur comprennent les jeux de loterie, les tickets de grattage et les jeux de casino comme les machines à sous ou la roulette. Les jeux de hasard avec quasi-adresse regroupent les paris hippiques et sportifs, et le blackjack. Les jeux de hasard avec adresse, mais sans possibilité de gains à long terme, comprennent les jeux de poker.

Critères d'inclusion

Les sujets inclus dans l'étude avaient plus de 18 ans. Ils étaient déjà suivis ou en demande de soins dans une structure d'addictologie au moment de l'enquête et ont accepté de répondre au questionnaire. Nous n'avons pas inclus les sujets en difficulté pour lire le français.

Passation de l'enquête

Le recrutement des patients a eu lieu pendant un mois prédéterminé (19/09/2022 au 16/10/2022) après l'information et le recueil de l'accord des directions d'établissement, ainsi que la présentation aux équipes des objectifs et des modalités de l'enquête. La participation à l'enquête était proposée à l'accueil dans la structure ou en consultation à tous les patients accueillis durant la période de passation. Un document d'information était mis à disposition, avec le questionnaire à remplir seul, puis à déposer dans un espace identifié. Les patients avaient également la possibilité de flasher un QR code et de remplir le questionnaire en ligne. A la fin de la période de recrutement, les structures ont fait parvenir les questionnaires complétés au service d'Addictologie du CHU de Nantes, en charge de l'analyse.

Analyses statistiques

L'ensemble de l'échantillon a été décrit par des effectifs et pourcentages pour les variables catégorielles, et par des moyennes et écarts-types pour les variables dimensionnelles.

La prévalence de la pratique des JHA dans l'année a été calculée pour l'ensemble de l'échantillon. Celle du jeu problématique (jeu à risque modéré et jeu excessif) a été calculée, dans différents groupes : ensemble de l'échantillon, seulement les patients déclarant avoir joué au moins une fois dans l'année, patients venant pour un autre motif que le jeu d'argent pathologique. Les caractéristiques de ces groupes sont décrites.

Enfin, les patients avec un jeu problématique ont été comparés aux patients sans jeu problématique, en utilisant des tests du chi 2 pour les variables catégorielles, et des tests t de Student ou de Kruskal-Wallis pour les variables dimensionnelles.



Résultats

Description de l'ensemble de l'échantillon

Nous avons traité 884 questionnaires venant des structures d'addictologie de la région (services d'addictologie en CHU ou CH, CSAPA et SMRA). Tous les départements de la région ont participé à l'enquête dans des proportions différentes : 7.4% des inclusions ont eu lieu en Vendée, 10.9% en Mayenne, 11.8% dans la Sarthe, 30.1% dans le Maine-et-Loire et 39.8% en Loire-Atlantique (cf détail par structure en annexe). Parmi les 21 structures sollicitées pour diffuser l'enquête, 19 ont répondu positivement.

L'âge moyen des répondants était de 42.7 ans (sd=14.6) avec un sex ratio légèrement en faveur des hommes (53.5%). Le motif de consultation le plus fréquemment rapporté était le trouble de l'usage d'alcool (49.1%). Le jeu d'argent pathologique ne représentait que 4.2% des motifs de consultation de l'échantillon total. Parmi les addictions comportementales, les troubles du comportement alimentaire apparaissaient comme le 1er motif de consultation et représentaient 13.3% du total des demandes. La majorité des demandes de soins pour cette problématique avait lieu dans les deux CHU qui ont participé à l'enquête. Dans la catégorie des addictions comportementales, nous pouvons observer que les addictions sexuelles représentaient le 3ème motif de consultation (3%), avant le jeu vidéo pathologique (2.4%) (Table 1).

Motif	Nombre réponses	Nombre de données manquantes (DM)	Nombre de oui	% de oui
TU d'alcool	877	7	431	49.1%
TU Tabac	878	6	141	16.1%
TU d'opioïdes	878	6	127	14.5%
Troubles du comportement alimentaire	878	6	117	13.3%
TU de cannabis	878	6	109	12.4%
TU de cocaïne	878	6	88	10%
TU de sédatifs	878	6	83	9.5%
Jeu d'argent pathologique	878	6	37	4.2%
TU de MDMA	878	6	30	3.4%
Addiction sexuelle	878	6	26	3%
Autres substances	878	6	22	2.5%
Jeu vidéo pathologique	878	6	21	2.4%
Autres	878	6	135	15.4%

Table 1 : Motif de consultation

Prévalence de la pratique des jeux de hasard et d'argent

Parmi l'ensemble des répondants (n=875), 47.4% déclaraient avoir joué au moins une fois à un jeu de hasard et d'argent au cours des 12 derniers mois. La prévalence de la pratique des JHA dans l'année variait fortement d'un département à l'autre : 39.3% dans le Maine-et-Loire, 41.2% en Loire-Atlantique, 58.7% dans la Sarthe et en Vendée, 70.8% en Mayenne.

Prévalence des problèmes de jeu (jeu à risque modéré + jeu excessif)

Dans l'ensemble de l'échantillon

Parmi l'ensemble des personnes interrogées (n=875), 13.6% rapportaient des problèmes de jeu (119 personnes de l'ensemble de l'échantillon). Des différences par département pouvaient être observées. La prévalence des problèmes de jeu était de 24.3% dans la Sarthe, 19% en Vendée, 18.1% en Mayenne, 11.8% en Loire-Atlantique et 8.7% en Maine-et-Loire.

Parmi les joueurs repérés comme problématiques (n=119), le motif de consultation le plus fréquemment rapporté était un trouble de l'usage d'alcool (54.6%), le jeu d'argent pathologique (26.9%), le trouble de l'usage de cocaïne (25.5%) et le trouble de l'usage de tabac (25.2%) (Table 4).

Motif	%
TU d'alcool	54.6
Jeu d'argent pathologique	26.9
TU de cocaïne	25.5
TU de tabac	25.2
TU de cannabis	22.7
TU d'opioïdes	21
TU de sédatifs	11.8
TU de MDMA	9.2
Jeu vidéo pathologique	6.7
Autres substances	5
Troubles du comportement alimentaire	4.2
Addiction sexuelle	3.4
Autres	10.9

Table 2 : Motif(s) de consultation parmi les joueurs problématiques (N=119)

Prévalence des problèmes de jeu (jeu à risque modéré + jeu excessif)

Parmi les joueurs dans l'année écoulée (n=416 ; DM = 4) :

Dans ce sous-groupe de patients, le score moyen à l'ICJE était de 2.9 (sd = 5.1). Les joueurs problématiques représentaient 28.6% des personnes déclarant avoir joué au moins une fois dans les 12 derniers mois, soit 14.7% de joueurs à risque modéré et 14% de joueurs excessifs. L'analyse détaillée par département montre une prévalence de jeu problématique de 41.7% dans la Sarthe, de 32.4% en Vendée, de 28% en Loire-Atlantique, de 25.8% en Mayenne et de 22.3% dans le Maine et Loire.

Parmi les patients venant pour un autre motif que le jeu (n=833)

Il est intéressant de noter que parmi les personnes venant pour un autre motif de consultation que le jeu, 10.4% d'entre eux présentaient des problèmes de jeu. Là encore, la prévalence du jeu problématique parmi les patients qui consultaient pour un autre motif que le jeu variait selon le département : 7.7% dans le Maine et Loire, 8.3% e, Loire Atlantique, 13.8% en Vendée, 14.4% en Mayenne et 19% dans la Sarthe

Description des types de jeux pratiqués

Les résultats montrent que parmi l'ensemble des personnes déclarant avoir joué dans l'année écoulée (n=337), 80.1% ont joué de préférence à des jeux de hasard pur, 9.5% à des jeux de hasard avec quasi-adresse et 7.1% des jeux de hasard avec adresse (Autres : 3.3%). Les résultats évoluent lorsqu'on ne retient dans l'analyse que les joueurs problématiques ayant répondu à la question (n=94). Nous observons alors que les jeux de hasard pur n'étaient plus les jeux de prédilection que de 66% des joueurs problématiques, tandis que 13.8% privilégiaient les jeux de hasard avec quasi-adresse et 14.9% les jeux de hasard avec adresse.

Par ailleurs, parmi les patients déclarant avoir joué dans l'année écoulée (n=354), la majorité d'entre eux préféraient pratiquer dans les lieux de jeu (81.6%). Cette proportion diminue dans le groupe des joueurs problématiques (n=105). Ils étaient 71.4% à privilégier les lieux de jeu et 28.6% à préférer Internet (versus 18.36% pour l'ensemble des joueurs).

Comparaison des patients avec et sans jeu problématique (n=875)

Caractéristiques sociodémographiques

Aucune différence significative n'était observée en fonction de l'âge ($p=0.57$). Si le sex ratio était presque équilibré parmi les patients sans problèmes de jeu, il était nettement en faveur des hommes parmi les joueurs problématiques, la différence étant significative entre les deux groupes ($p < 0.001$).

Motifs de consultation

La comparaison des motifs de consultation entre les patients avec ou sans problème de jeu montre une différence significative pour l'ensemble des conduites addictives proposées exceptés pour l'alcool, les médicaments et les addictions sexuelles pour lesquels les différences sont non significatives (Table 7). Ces résultats signifient donc que les personnes présentant des problèmes de jeu consultaient aussi plus fréquemment pour d'autres conduites addictives associées que les personnes sans problème de jeu, sauf pour les troubles du comportement alimentaire, pour lesquels le résultat était inverse.

Motif de consultation N (%)	Avec pb jeu N=119	Sans pb jeu N=751 (sauf alcool : 750)	χ^2	ddl	p
TU de l'alcool - oui	65 (54.62%)	363 (48.40%)	1.591	1	0.2072281083862853
TU de tabac - oui	30 (25.21%)	109 (14.51%)	8.754	1	0.0030886036047111
TU des sédatifs - oui	14 (11.76%)	68 (9.05%)	0.8838	1	0.3471704563288516
TU du cannabis - oui	27 (22.69%)	82 (10.92%)	12.99	1	0.0003138551922105
TU d'opioïdes - oui	25 (21.01%)	100 (13.32%)	4.941	1	0.0262274423920517
TU de cocaïne - oui	28 (23.53%)	60 (7.99%)	27.28	1	0.0000001755773335
TU de MDMA - oui	11 (9.24%)	19 (2.53%)	13.91	1	0.0001920789517560
Autres substances - oui	8 (6.72%)	16 (2.13%)	3.533	1	0.0601633414288186
Troubles du comportement alimentaire - oui	5 (4.20%)	112 (14.91%)	10.13	1	0.0014617436345208
Jeu d'argent pathologique - oui	32 (26.89%)	5 (0.67%)	173.5	1	< .0000000000000001
Jeux vidéo pathologique - oui	8 (6.72%)	13 (1.73%)	10.87	1	0.0009794569704768
Addictions sexuelles - oui	4 (3.36%)	22 (2.93%)	0.06610	1	0.7971045443622097
Autres - oui	13 (10.92%)	120 (15.98%)	2.2026	1	0.1545919915453594

Table 7 : Comparaison des motifs de consultation

Test de χ^2 pour échantillons indépendants

Discussion

Résultats principaux

Pour la première fois, une enquête de grande ampleur a été menée sur l'ensemble des structures prenant en charge spécifiquement les troubles addictifs dans la région Pays de la Loire. Cette enquête visait à estimer la prévalence de la pratique des JHA parmi les patients souffrant d'addiction, ainsi que celle du jeu problématique, quel que soit le motif de la prise en charge.

L'analyse des résultats montre que la prévalence de la pratique des JHA dans l'échantillon est similaire à celle estimée en population générale lors de la dernière enquête de prévalence menée en 2019 (47.4% vs 47.2%) (3). Ceci signifie donc que les patients souffrant d'addiction ne sont pas plus exposés que le reste de la population française aux JHA, leur pratique étant un loisir très prisé des français. Cependant, notre étude révèle que la prévalence du jeu problématique (jeu à risque modéré + jeu excessif) chez les patients interrogés, ayant joué au moins une fois dans l'année écoulée, est très largement supérieure à celle retrouvée en 2019 parmi les joueurs dans l'année en population générale (28.6% versus 7.6%) (4). Ce résultat confirme donc que les troubles addictifs ont tendance à se cumuler chez un même individu et que la présence d'un trouble addictif est un facteur de risque pour l'apparition d'un autre, témoignant d'une vulnérabilité addictive « générale » ou sous-jacente (9). De plus, nous avons montré que les patients avec un jeu problématique étaient plus nombreux que les patients indemnes à indiquer être en soins pour leur addiction au tabac, au cannabis, aux psychostimulants, aux opioïdes, aux autres substances (hors alcool et médicament) et aux jeux vidéo, attestant d'une complexité clinique ou d'une sévérité de la situation globale. Enfin, alors que la prévalence du jeu problématique était de 13.9% pour l'ensemble de notre échantillon, les problèmes de jeu n'étaient cités comme motif des soins que pour 4.2% des patients ayant participé à l'enquête. Ces résultats sont d'une importance majeure, car ils incitent tous les cliniciens à rechercher de façon systématique le jeu problématique chez leurs patients, quel que soit le motif des soins, parce que ce trouble est fréquent et qu'il se cumule à d'autres. Il s'agirait donc de patients avec un profil addictif plus sévères nécessitant par conséquent des prises en charge adaptées.

Par ailleurs, les résultats de l'étude montrent que l'accès aux soins des joueurs problématiques dans notre région est supérieur à la moyenne nationale. En effet, 4.2% de notre échantillon déclaraient être en soins pour des problèmes de jeu, contre seulement 1.1% du public accueilli en CSAPA au niveau national (5). Néanmoins, parmi les joueurs repérés comme problématiques lors de l'enquête, ils n'étaient que 26.9% à indiquer le jeu comme motif de soins. Ce résultat peut être interprété de différentes façons : gêne du patient à formuler une demande de soins pour ses problèmes de jeu, difficulté à les percevoir comme un trouble addictif pouvant bénéficier de soins (10), ou difficulté des soignants à faire un inventaire exhaustif des différents troubles addictifs

Résultats principaux

En effet, il peut être difficile pour les soignants d'aller au-delà du motif de soins exprimés par le patient car il peut prendre toute la place en raison de sa sévérité ou parce que le dépistage d'un jeu problématique les mettrait dans l'inconfort pour proposer des soins adaptés.

Enfin, des différences intra-régionales semblent se dessiner. La prévalence de la pratique des JHA dans l'année était très nettement supérieure à la moyenne nationale (47,2%) dans le département de la Mayenne (70.8%), mais aussi dans une moindre mesure en Vendée (58.7%) et dans la Sarthe (58.6%), alors qu'en Loire-Atlantique et en Maine et Loire, elle était légèrement inférieure à la moyenne nationale. Ce constat est le même concernant la prévalence du jeu problématique parmi les joueurs dans l'année, supérieure à la moyenne nationale dans la Sarthe et la Vendée. La variabilité du nombre de répondants par structure et la sur-représentation de femmes souffrant de TCA, proportionnellement moins joueuses que les hommes, en Loire-Atlantique (CHU de Nantes) et en Maine-et-Loire (CHU d'Angers) peut sans doute expliquer en partie ces différences. En effet, la cartographie départementale des pratiques de JHA réalisée en France en 2017 par l'Observatoire Des Jeux ne révélait pas de différences sensibles entre les 5 départements de la région (11).

Forces et faiblesses

Notre enquête présente certaines limites. Pour qu'elle soit acceptable, tant pour les patients que pour les structures, elle devait être courte, ce qui nous a contraints à limiter le nombre de variables recueillies et à nous appuyer sur les déclarations des patients. Ainsi, le jeu problématique était dépisté, mais le diagnostic de jeu d'argent pathologique n'a pas pu être confirmé. De plus, notre étude n'a pas questionné la chronologie d'apparition des troubles, ni si les troubles addictifs pour lesquels les patients étaient suivis (en dehors du jeu problématique) étaient actuels ou résolus. Enfin, le nombre de répondants étaient variables d'une structure à l'autre, et les TCA étaient sur-représentés dans les services d'addictologie du CHU de Nantes et du CHU d'Angers comparativement aux autres services, ce qui pouvait nuire à la représentativité des résultats.

Cependant, les faiblesses sont contrebalancées par les forces. Premièrement, notre échantillon était très important, permettant d'estimer la prévalence de façon précise. Deuxièmement, nous nous sommes appuyés sur un outil validé, dont les propriétés psychométriques sont très bonnes, pour évaluer le jeu problématique. Comme il s'agit de l'instrument de référence utilisé dans les enquêtes menées en France en population générale, nous avons pu confronter les résultats de notre enquête à ceux publiés par l'OFDT. Troisièmement, la majorité des structures de la région Pays de la Loire a participé à l'enquête. Enfin, du fait de sa facilité à être mise en œuvre, l'enquête pourra être reproduite, afin de mesurer des changements de prévalences et l'impact des actions que nous pourrions proposer aux structures de soins pour améliorer le repérage du jeu problématique.

Perspectives et actions

Les résultats de l'étude objectivent la prévalence supérieure du jeu problématique chez les patients accueillis dans les structures d'addictologie des Pays de la Loire par rapport à la moyenne nationale. Si l'accès aux soins dans notre région est supérieur à la moyenne nationale, il reste encore trop faible. En effet, une minorité des joueurs repérés comme problématiques ont indiqué le jeu comme un des motifs de leur consultation.

Ainsi, il apparaît indispensable d'interroger les pratiques de JHA et de renforcer le repérage des problèmes de jeu chez tous les patients, quel que soit leur motif de consultation. Des outils simples, standardisés, validés, existent. Ils sont trop peu utilisés. L'enjeu est de renforcer leur usage et d'accompagner les équipes d'addictologie pour cela.

De même, au regard des vulnérabilités addictives des patients pris en charge dans les structures d'addictologie et de l'intensité de leurs pratiques des JHA (y compris non problématiques), il est fondamental de pouvoir informer les patients des risques associés aux pratiques des JHA, en particulier concernant la pratique de certains types de jeux comme les paris sportifs, dans un objectif de réduction des risques et afin de faciliter l'accès aux soins en cas de difficultés ultérieures.

Enfin, il serait intéressant de pouvoir répliquer cette étude dans quelques années auprès de l'ensemble des structures d'addictologie afin d'observer les évolutions des problématiques de jeux et d'accès aux soins, mais aussi pour évaluer plus précisément la prévalence des autres addictions comportementales, qui semblait déjà particulièrement importante dans la présente étude alors même que nous pouvons faire l'hypothèse que le repérage et l'accès aux soins sont faibles.

Sur la base de ces données d'observation, le groupe de travail régional propose les actions suivantes :

- Diffuser ces résultats auprès des structures d'addictologie ;
- Soutenir les actions des binômes Jeux pour lever les résistances et freins au repérage systématique ;
- Soutenir les professionnels des structures dans la mise en œuvre du repérage (méthode et moyens) ;
- Identifier dans chaque structure les possibilités de soins et d'accompagnement incluant la question du jeu ;
- Définir les situations nécessitant une orientation vers des structures spécialisées ;
- Communiquer sur les modalités d'accès aux structures de recours ;
- Evaluer à distance l'augmentation/la systématisation du repérage du jeu pathologique ;
- Etendre la démarche aux autres addictions comportementales.

Bibliographie

1. Costes JM, Pousset M, Eroukmanoff V, Le Nezet O, Richard JB, Guignard R, et al. Les niveaux et pratiques des jeux de hasard et d'argent en 2010. Tendances. sept 2011;(77):1-8.
2. Costes JM, Eroukmanoff V, Richard JB, Tovar ML. Les jeux d'argent et de hasard en France en 2014. Notes Obs Jeux [Internet]. avr 2015;6. Disponible sur: https://www.economie.gouv.fr/files/note_6.pdf
3. Costes JM, Richard JB, Eroukmanoff V. Les problèmes liés aux jeux d'argent en France, en 2019. Notes Obs Jeux. juin 2020;12:1-7.
4. Costes JM, Richard JB, Eroukmanoff V, Le Nézet O, Philippon A. Les Français et les jeux d'argent et de hasard - Résultats du Baromètre de Santé publique France 2019. Tendances. juin 2020;138:1-6.
5. Palle C. Les personnes accueillies dans les CSAPA: évolutions récentes - OFDT [Internet]. 2021 [cité 17 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/publications/collections/tendances/les-personnes-accueillies-dans-les-csapa-evolutions-recentes/>
6. santé M des affaires sociales et de la, Ministère de l'économie des finances et du commerce extérieur, Ministère des affaires sociales et de la santé. Circulaire interministérielle DGCS/SD5C/DGS/DSS n°2012-199 du 7 juin 2012 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2012 des établissements et services médicosociaux accueillant des personnes confrontées à des difficultés spécifiques, Appartement de coordination thérapeutique (ACT), Lits halte soins santé (LHSS), Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (CAARUD), Communautés thérapeutiques (CT), Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), Lits d'accueil médicalisé (LAM) et l'expérimentation « Un chez soi d'abord ». 2012.
7. Ferris J, Wynne H. The Canadian Problem Gambling Index: Final Report. 2001 p. 59. (Canadian Centre on Substance Abuse (CCSA)).
8. Boutin C. Le jeu: chance ou stratégie? Choisir librement la place du jeu dans votre vie. Les éditions de l'homme. Montréal; 2010. 251 p.
9. Goodman A. Addiction: definition and implications. Br J Addict. nov 1990;85(11):1403-8.
10. Suurvali H, Cordingley J, Hodgins DC, Cunningham J. Barriers to seeking help for gambling problems: a review of the empirical literature. J Gambler Stud. sept 2009;25(3):407-24.
11. Costes JM, Eroukmanoff V. Une première cartographie des pratiques de jeu d'argent et de hasard. Notes L'Observatoire Jeux. 2016;

Annexes

Composition du groupe de travail

Aleton	Lauriane	ALIA 49
Caillon	Julie	CHU Nantes
Chauvin-Grelier	Pascale	SRAE Addictologie
Chenot	Delphine	Molière 72
Come Mercet	Emilie	CSAPA 53
Davesne	Camille	Oppelia - La Rose des Vents
Fournier	Alexandre	Oppelia - La Rose des Vents
Gilles	Nathalie	CSAPA Apsyades 44
Grall-Bronnec	Marie	CHU Nantes
Le Helley	Leslie	La Bréhonnière 53
Martin	Axelle	CSAPA Addictions France 85
Martineau	Isabelle	CHU Nantes
Meilliand	Océane	CSAPA Montjoie 72
Merceron	Blandine	ALIA 49
Nano	Barbara	CSAPA Addictions France 85
Pelé	Solen	SRAE Addictologie
Poirier	Elisa	CSAPA Montjoie 72
Thurot	Elisabeth	La Bréhonnière 53

Structures participantes

Structure	Nombre d'inclusions	Département	Nombre d'inclusions	% des inclusions
Addictions France	54	85 (Vendée)	65	7.38 %
Oppelia	11			
CSAPA Laval	52	53 (Mayenne)	96	10.90 %
Alençon-Mamers	19			
SSRA La Bréhonnière	24			
CH Nord Mayenne	1			
CSAPA Molière	51	72 (Sarthe)	104	11.80 %
CSAPA Montjoie	37			
CH Le Mans	16			
CSAPA Oppelia	22	44 (Loire-Atlantique)	351	39.84 %
Daumezon	29			
Escabelle Blain	15			
CHU Nantes	196			
Clinique La Brière	44			
CSAPA Les Apsyades	45			
SSRA Les Euménides	24	49 (Maine et Loire)	265	30.08 %
CH Saumur	2			
Cholet	11			
CH Angers	187			
CSAPA AliA	41			
DM	3			

Information patient

Vous consultez ou êtes suivi (e) au NOM de LA STRUCTURE
Nous vous remercions de consacrer 5 minutes pour répondre à un
questionnaire anonyme.

Vous pourrez le déposer à l'endroit indiqué.

Les professionnels de l'addictologie des Pays de la Loire souhaitent estimer la
réalité des problèmes de jeux de hasard et d'argent parmi les personnes
accueillies ou suivies.

Cette enquête anonyme a lieu du
19/09/2022 au 16/10/2022.

Vos réponses à ce questionnaire seront utiles
pour adapter l'offre de soins.

Ce questionnaire traite des pratiques à risque concernant les jeux
d'argent et de hasard.

Même si vous ne pensez pas être concerné(e),
vos réponses nous intéressent.

L'IFAC du CHU de Nantes, la SRAE Addictologie des Pays de la Loire et
nom de la structure vous remercient de votre participation.



Questionnaire patient

Présentez-vous :

- 1) Quelle est votre année de naissance :
.....
- 2) Quel est votre genre :
 Féminin Masculin Non déterminé

Votre suivi au sein de la structure d'addictologie :

- 3) Nom de la structure :
.....
- 4) Vous consultez pour la 1ère fois ?
 Oui Non
- 5) Vous êtes venu consulter plusieurs fois ?
 Oui Non
- 6) Le (s) motif (s) de votre consultation :
 Alcool
 Tabac
 Médicaments (benzodiazépines)
 Cannabis
 Opioïdes : Héroïne, Tramadol, Skénan, Codéine, Méthadone, Subutex, Buprénorphine ?
 Cocaïne
 MDMA/Ecstasy : « Speed »
 Autres substances
 Anorexie/Boulimie
 Jeux d'argent
 Jeux vidéo
 Autre :

Votre pratique de Jeu de Hasard et d'Argent :

- 7) Au cours des 12 derniers mois, avez-vous joué au moins une fois à un jeu de hasard et d'argent ?

(jeux de grattage, loterie, machines à sous, autres jeux de casino, paris sportifs ou hippiques, poker....sur Internet ou en présentiel)

- Oui ➔ si oui, merci de compléter le questionnaire ci-après
 Non ➔ **si non, l'enquête s'arrête là pour vous.**

Merci de votre participation et de déposer le questionnaire à l'endroit indiqué.

Questionnaire patient

Questionnaire Indice canadien du jeu problématique

Au cours des 12 derniers mois :	Jamais	Parfois	La plupart du temps	Presque toujours
8) Avez-vous misé plus d'argent que vous pouviez vous permettre de perdre ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Avez-vous eu besoin de miser plus d'argent pour obtenir la même excitation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) Êtes-vous retourné jouer une autre journée pour récupérer l'argent que vous aviez perdu ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) Avez-vous vendu quelque chose ou emprunté pour obtenir de l'argent pour jouer ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12) Avez-vous déjà senti que vous aviez peut-être un problème de jeu ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13) Le jeu a-t-il causé chez vous des problèmes de santé, y compris du stress ou de l'anxiété ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14) Des personnes ont-elles critiqué vos habitudes de jeu ou vous ont-elles dit que vous aviez un problème de jeu (même si vous estimiez qu'elles avaient tort) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15) Vos habitudes de jeu ont-elles causé des difficultés financières à vous ou à votre ménage ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16) Vous êtes-vous déjà senti coupable de vos habitudes de jeu ou de ce qui arrive quand vous jouez ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17) Si vous ne deviez conserver qu'un seul jeu, quel serait-il ?

.....

18) Le pratiquez-vous de préférence sur Internet ou dans un lieu de jeu ?

Internet

Lieu de jeu, précisez.....

Merci de votre participation et de déposer le questionnaire à l'endroit indiqué.