

MISE AU POINT

Si les soins primaires étaient une piste pour la réduction des dommages liés à la pratique des jeux de hasard et d'argent ?

Morgane GUILLOU LANDREAT^{1,2,*}, Catherine THERENE-MOUDEN², Delphine LEVER⁵, Marie BARAIS⁶

¹ ER SPURBO 7479, UBO, Brest, France

² Service universitaire d'addictologie, CHU BREST, France

* Correspondance : Morgane GUILLOU LANDREAT, addictologie de liaison, Pole 3, 1 étage, Hôpital de la cavale blanche, Bd Tanguy Prigent, CHU BREST, Brest, France, +33(0)298342348

Résumé : Les comportements de jeux de hasard et d'argent (JHA) se développent et se normalisent en France, avec en particulier une intensification de la pratique des paris en ligne. Même si une minorité de joueurs développe une pratique de jeu problématique, la pratique de JHA au cours de la vie concerne une majorité de français. Les dommages potentiels des JHA sont souvent minimisés ou méconnus, alors qu'ils peuvent affecter de nombreuses sphères de la vie des joueurs et de leur entourage. De plus, le jeu problématique est associé à des comorbidités somatiques, psychiatriques et à de nombreux dommages sociaux. Il s'agit de comportements fréquents, générateurs de dommages et modifiables, mais paradoxalement, il n'existe que très peu de données dans la littérature sur le jeu problématique en soins primaires. Or pour améliorer le repérage précoce et la réduction des dommages liés à la pratique des JHA, les soins primaires sont essentiels à impliquer dans le contexte actuel d'augmentation de la disponibilité des JHA.

Mots-clés : Jeux de hasard et d'argent, soins primaires intervention brève, repérage précoce

Abstract: Gambling behaviors are expanding and becoming increasingly normalized in France, with a particular rise in online betting practices. This trend involves a majority of the French population, although a minority develops problematic gambling behaviors. The associated harms can be significant, although they are often underestimated. Problematic gambling is linked to somatic and psychiatric comorbidities as well as numerous social harms. Paradoxically, despite the high prevalence and harm associated with these behaviors, there is a notable scarcity of data in the literature on problematic gambling in primary care. However, to improve early identification and harm reduction related to gambling, primary care must play a critical role, particularly in the current context of increasing accessibility to gambling opportunities.

Key-words: Gambling; primary care; brief intervention; early detection

1. INTRODUCTION

1.1. Une pratique des jeux de hasard et d'argent très accessible et prévalente

La pratique des jeux de hasard et d'argent (JHA) est ancienne en France, avec une légalisation progressive du marché : la loterie royale dès le XVIII^e siècle, les casinos au XIX^e siècle, puis, au XX^e siècle, la création de la Française des Jeux et du Pari Mutuel Urbain (PMU) (1). Plus récemment, dans un contexte de forte croissance de la pratique des JHA en ligne, un cadre réglementaire a été mis en place en France en 2010 pour ce secteur. La loi du 12 mai 2010 a introduit une "ouverture contrôlée à la concurrence" du marché des jeux en ligne (paris sportifs, paris hippiques et jeux joués contre d'autres joueurs comme le poker, les jeux de loterie en ligne restant sous le contrôle exclusif de la FDJ), mettant ainsi fin au monopole étatique de la FDJ et du PMU. Une étape supplémentaire a ensuite été franchie en 2020 avec la privatisation de la FDJ dans le cadre de la loi "PACTE"(1). Actuellement, l'offre de JHA est donc très vaste et multiple : elle s'étend des jeux de hasard pur (tirage, grattage) aux jeux d'adresse sans espérance de gain sur le long terme (poker) en passant par les jeux de quasi adresse (paris sportifs et hippiques). Elle est aussi très variée en termes de types de support de JHA : en lieux de jeu ou en ligne (tablettes, ordinateurs, téléphones...). Cette disponibilité croissante est une source de préoccupation, du fait des risques de perte de contrôle et de dommages potentiels (2).

Par ailleurs, la pratique des JHA est ainsi un comportement très répandu en France : en 2023, parmi les 18-75 ans, plus d'une personne sur deux (51,6 %) a déclaré avoir joué à un JHA au cours des douze derniers mois (3). Les jeux de loterie (tirage ou tickets à gratter) sont les plus fréquemment cités, suivis des paris sportifs et hippiques et des jeux de casino et du poker. Ces dernières années, certaines réglementations au sein de l'Europe ont facilité l'expansion du marché des JHA. Ainsi, la légalisation des casinos en ligne dans la majorité des pays européens, basée sur des arguments de lutte contre l'offre illégale, a facilité l'accès aux casinos en ligne particulièrement addictifs. Cela contribue à enrichir l'offre des JHA et à les rendre encore plus présents dans la vie quotidienne. Progressivement, l'acceptabilité sociale de la pratique des JHA augmente, tandis que les risques liés à ce comportement sont sous-estimés (4,5).

Parmi les facteurs favorisant ces évolutions, il est important de souligner une intensification et une complexification du marketing des JHA. Les stratégies employées présentent les JHA de manière positive et séduisante, ce qui pourrait influencer les joueurs dans leur pratique et augmenter le risque de développer un comportement de jeu problématique (5). Le marché des JHA, sans compter le marché illégal, est en progression nette au 1^{er} semestre 2024. Le Produit Brut des Jeux (PBJ) global du secteur

(hors casinos, clubs de jeux et marché illégal) progresse de 3,8% par rapport à celui du 1er semestre 2023 pour atteindre 5,5 milliards d'euros. La progression des achats de jeux en ligne, et en particulier des paris sportifs, est le principal moteur de la croissance, avec une augmentation des mises de 24% par rapport au 1er semestre 2023 et du nombre de comptes joueurs actifs de 16% entre 2023 et 2024 (6).

1.2. Une pratique des JHA à risque addictif et génératrice de dommages

La pratique des JHA peut devenir problématique, avec le besoin de miser plus et de récupérer ses mises et le risque de survenue de conséquences négatives. En 2023, environ 5% des joueurs dans l'année (18-75 ans) étaient des joueurs problématiques selon l'indice canadien du Jeu Excessif (ICJE) : 1,7% étaient des joueurs à risque modéré et 0,8 % étaient des joueurs à risque élevé (3). Certains profils de vulnérabilité plus spécifiques se dégagent, concernant en particulier les sujets jeunes et les plus âgés. Ainsi, les mineurs, malgré des restrictions réglementaires d'âge de vente des JHA en France, interdites avant 18 ans, sont très souvent impliqués dans la pratique des JHA (7) : 39% des jeunes de 17 ans ont déclaré avoir joué au moins une fois au cours de l'année écoulée, et 1,6% présentaient un risque de jeu excessif selon l'ICJE en 2017 (8). Le jeu d'argent pathologique chez les plus jeunes doit plus particulièrement être considéré sur un continuum de comportements de jeu (9). L'identification de la pratique des JHA, du jeu social au jeu d'argent pathologique est cruciale dans une approche globale de prévention des jeux d'argent et de réduction des dommages (10). A l'autre extrémité de la vie, chez les sujets âgés de plus de 65 ans, la pratique des JHA concerne plutôt les jeux de hasard pur, de type jeux de loterie (grattage/ tirage) ou les machines à sous, et intervient plus fréquemment dans des contextes de pertes et de deuils, d'isolement et de pertes financières (11). Le jeu d'argent pathologique est également plus souvent associé dans cette population à des comorbidités somatiques, psychiatriques et sociales (11).

Mais indépendamment de typologies de joueurs existantes, et de profils de joueurs plus vulnérables identifiés, force est de constater que cette addiction peut concerner l'ensemble de la population (12,13). Les profils des joueurs problématiques varient énormément en termes d'âge, de caractéristiques sociodémographiques et psychologiques (14,15).

Le jeu d'argent pathologique résulte d'interactions complexes entre des vulnérabilités individuelles, contextuelles, mais également liées aux caractéristiques structurelles des JHA et à leur disponibilité (12). Cette disponibilité allant de manière fortement croissante, le repérage précoce d'un comportement problématique des JHA doit donc concerner l'ensemble des acteurs de soins. La précocité du repérage est d'autant plus importante que le jeu problématique peut rapidement conduire à des problèmes financiers importants, mais aussi relationnels et familiaux ou professionnels (16). En outre, de nombreux dommages psychologiques, notamment de type dépression, anxiété ou risque suicidaire (17) et des dommages physiques sont également décrits (18).

2. JHA ET SOINS PRIMAIRES DANS LA LITTÉRATURE : PREVALENCE ET PROFILS DE VULNERABILITE

Dans la base de données Medline, 1042 résultats apparaissent avec le terme « gambling » (MeSH) entre 1984 et Janvier 2025. Si on combine ce terme avec celui de « primary care » (MeSH), 22 articles sont identifiés (1973 à Janvier 2025). Les critères d'inclusion des articles étaient : les termes MeSH devaient être retrouvés tous les deux dans le titre ou l'abstract, les articles devaient être rédigés en anglais ou français. Il n'existait pas de critères concernant le format, ni la méthodologie.

A la lecture des titres et abstracts, 10 articles ont été exclus, car ils ne concernaient pas le sujet. Seuls 12 articles ont été retenus. A la lecture des articles sélectionnés, un article extrait de la bibliographie des articles sur une étude de prévalence menée en soins primaires a été rajouté. Les articles ont été publiés par des équipes d'Amérique du Nord pour la moitié : Canada (1), USA (5) ; 2 études étaient néo-zélandaises (2) et 4 européennes : Suisse (1), Grande Bretagne (2) et Suède (1). En termes de méthodologie, 6 études étaient des études de prévalence, menées en population de soins primaires ou chez des vétérans. Deux études exploraient l'application d'outils de dépistage des pratiques de JHA en soins primaires, tels que le NODS-Clip ou un outil numérique de repérage des comportements addictifs et signes de souffrance psychique (e-CHAT). Trois études s'intéressaient aux professionnels de soins primaires vis-à-vis du JHA, en analysant les croyances et les ressources/besoins en soins primaires pour le repérage et l'accompagnement des joueurs. Un article était une revue narrative. Une seule étude menée en Suède était interventionnelle, et évaluait la mise en place du RPIB pour le JHA en soins primaires.

Les articles sélectionnés sont résumés dans la table ci-dessous (Table 1) :

	Auteur	Année	Pays	méthodes	Principaux résultats
1	Pasternak et Fleming (19)	1999 Arch Fam Med	USA	Etude transversale en soins primaires (N=1394), repérage	1051 participants, 80% avaient déjà joué dans leur vie, 6.2% répondaient aux

				comportements de JHA (SOGS)	critères de jeu problématique, plus fréquent chez les hommes avec un faible niveau socio-économique, plus de consommation de tabac et d'alcool et moins bonne santé rapportée
2	Rowan et Galasso(20)	2000 J Addict Dis	Canada	Exploration des besoins de moyens des professionnels pour le repérage et accompagnement des addictions dont celles liées aux JHA	Ressources existantes méconnues, insuffisantes au regard des demandes concernant ces troubles. Besoin de former et disséminer les ressources existantes
3	Christensen MH., Pastdaughter LM., Babington LM. (21)	2001, J Gambl stud	USA	Etudes exploratoire par questionnaire sur attention et connaissances des professionnels libéraux concernant les troubles liés à l'usage de JHA	96% (n=180) connaissaient le jeu problématique, et 30% rapportait explorer les pratiques de JHA quand les patients présentaient des signes de stress, et orientaient vers de l'aide dédiée aux joueurs problématiques.
4	Doehnert D. (22)	2003, JAAPA	USA	Synthèse	Revue narrative alertant sur augmentation des pratiques de JHA dans les 20 dernières années, et symptômes physiques et mentaux présentés en soins primaires peuvent être mis en lien avec jeu pathologique
5	Morasco B., Vom Eigen K., Petry N.M. (23)	2006, Gen Hosp Psychiatry	USA	Etude Clinique sur une population de soins primaires urbains , explorant prevalence Jeu pathologique (SOGS) (N=574)	10.6% répondaient aux critères de jeu pathologique vie entière , et de plus 5.1% étaient classés comme joueur problématique . Jeu problématique ou pathologique étaient associés à plus de problèmes de santé physiques et émotionnels
6	Levens S. , Dyer AM., Zubritsky C., Knott K., Oslin DW.(24)	2005, Am J Geriatr Psychiatry	USA	Étude transversale Évaluation de la prévalence du jeu pathologique et des caractéristiques associées dans une population de 65 ans et plus en soins primaires (N=843)	69.9% ont participé à un JHA dans l'année, 10.9% étaient des joueurs à risques. Facteurs associés au pratique de jeu à risque : binge drinking, PTSD actuel, être un vétéran, appartenir à une minorité ethnique
7	Good Year F., Arroll B., Kerse N. Sullivan S. , Coupe N., Tse S, Sheperd R., Rossen F., Perese L. (25)	2006, BMC Fam Pract	New Zealand	Étude transversale comparative auprès de patients en soins primaires (urbain /rural) par autoquestionnaire: patients identifiés comme concernés	3% rapportaient jouer et être concernés par leurs pratiques de JHA. Ils étaient plus concernés par des consommations de substances psychoactives, et de genre masculin, rapportant plus de

				par leurs pratiques de JHA vs ensemble de la patientèle (N=2536)	symptômes anxieux, ou dépressifs
8	GoodYear F., Warren J., Bojic M., Chong A. (26)	2013, Ann Fam Med	New Zealand	Etude mixte de faisabilité et d'acceptabilité dans 2 cabinets de soins primaires sur l'utilisation d'un outil électronique d'évaluation de l'aide de incluant les pratiques de jeu de hasard et d'argent	Les demandes d'aide exprimées concernaient l'anxiété, la dépression, l'activité physique et le tabac. 84% des personnes ont accepté de saisir leurs données, les auteurs concluent que ce dispositif est un moyen acceptable et réalisable de dépistage systémique des comportements à risques et des symptômes d'anxiété et de dépression chez les patients.
9	Achab S., Chatton A., Khan R., Thorens G., Penzenstadler L., Zullino D., Khazaal Y. (27)	2014, Biomed Res Int	Suisse	Etude quantitative en ligne via questionnaire de 24 items diffusé auprès des médecins généralistes explorant les croyances et ressources en SP	La grande majorité d'entre eux sont conscients de l'existence et de l'impact potentiel du jeu problématique sur leurs patients. Cependant, le dépistage n'est pas systématique et la connaissance des traitements adéquats ou des méthodes d'orientation est rare.
10	Nehlin C., Nyberg F., Jess K. (28)	2016, J Gambl Stud	Suède	Etude pilote sur une intervention brève sur les pratiques de JHA en soins primaires. Formation de 2 jours des médecins de soins primaires.	537 personnes ont été screenées, et 6.3% (34) répondaient aux critères de Jeu problématique. Seuls 24 étaient joueurs à risque, et 19 ont accepté de participer. Un faible nombre a participé à l'évaluation à 1 mois (N=6). Les auteurs soulignent la pertinence de ce repérage en soins primaires, du fait de la prévalence élevée. Mais l'IB paraît plus acceptable auprès des patients déjà connus par les professionnels de soins primaires.
11	Cowlishaw S., Gale L., Gregory A., McCambridge J., Kessler D. (29)	2017, Br J Gen Pract	Grande Bretagne	Étude transversale en soins primaires (11 cabinets) Par autoquestionnaire proposé aux patients en salle d'attente (exploration des problèmes de santé mentale et d'addictions dont l'ICJE pour le JHA	0.9% jeu problématique (ICJE≥5), and 4.3% jeu à risque faible ou modéré (PGSI 1-4). 7% rapportaient des problèmes liés au JHA dans leur entourage. Le jeu à risque était plus fréquent chez les hommes jeunes et en particulier étudiants, avec un usage associé plus fréquent de substances, d'alcool et dépression

				et une question sur le JHA dans l'entourage.	
12	Cowlishaw S., McCambridge J., Kessler D.(30)	2018, J addict Med	Grande Bretagne	Etude comparative du NODS-CLiP (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Screen for Gambling Problems) du National Opinion Research Centre, en comparaison avec le ICJE (indice Canadien du Jeu Excessif) lorsqu'il est utilisé pour repérer les problèmes de JHA, auprès d'une population de 1058 personnes fréquentant 11 centres de soins primaires.	Le NODS-CLiP a une bonne sensibilité pour identifier le jeu problématique, mais une moins bonne sensibilité vis-à-vis du jeu à risque faible ou modéré. Seuls 20% de ceux ayant un score de 1 à 4 à l'ICJE était dépisté avec le NODS-CLIP. Les auteurs concluent à la non adaption de cet outil du fait de ses capacités psychométriques.
13	Kraus SW., Potenza M.N., Ngo T., Pugh K., Bernice K., Shirk SD.(20)	2020, Issues Ment Health Nurs	USA	Évaluation de la prévalence dans une population de vétérans (N=260) par le BBGS (Brief Biosocial gambling Screen) en demande de soins psychologiques en soins primaires.	32.7%(n=85) ont rapporté des pratiques de JHA dans l'année, 5.9% étaient joueurs à risque /problématique. Les auteurs concluent que le repérage des pratiques de JHA chez les vétérans pourraient permettre l'identification et l'accès aux soins dédiés au jeu problématique.

Table 1. Synthèse de la littérature (Medline) , recherche « Gambling » AND Primary Care (MESH Terms)

Ainsi, ce comportement fréquent, potentiellement addictif, et générateur de dommages relevant des soins primaires est paradoxalement un sujet rarement étudié sur le plan scientifique. Parmi les études de prévalence menées en soins primaires, deux ont estimé la prévalence du jeu problématique variant entre et 0.9% à 10.6 % (23,29,31,32), et les pratiques de JHA à risque sont rapportées comme élevées de 4.3% à 10.9% (24). Mais les comparaisons sont difficiles étant donnée la non-homogénéité des outils utilisés (ICJE, SOGS, BBGS, ou pas d'outil standardisé). De plus, les populations ne sont pas strictement comparables, certaines études ont été menées en population rurale ou urbaine, et celle de Levens et al. (2005) s'est concentrée sur la tranche d'âge des plus de 65 ans. Concernant les profils de vulnérabilité, plusieurs études ont mis en évidence le sexe masculin et le jeune âge (19,25,29), ou encore un faible niveau socio-économique, le fait d'être vétéran ou étudiant (19,24). De plus, la pratique problématique des JHA était associée à une mauvaise santé mentale, plus de dépression, d'anxiété et de comorbidités addictologiques dans la majorité des études (19,21,23,26,29).

3. REPERAGE ET INTERVENTION PRECOCE EN SOINS PRIMAIRES

Les demandes d'aide vis-à-vis d'un comportement de jeu problématique sont peu fréquentes, et généralement motivées par des situations de crise (33), intervenant dans les suites de dommages sévères, et seule une faible proportion des joueurs problématiques accèdent aux soins (34). En conséquence, il existe un fort besoin d'initiatives visant à augmenter l'accès aux soins des joueurs problématiques et de leur entourage, ainsi que de développer des stratégies d'intervention précoce, incluant le repérage et l'intervention précoce en soins primaires.

Le jeu problématique est fortement associé à différentes comorbidités pouvant être des motifs en soi de demande d'aide en soins primaires (25). Les patients déclarant avoir un comportement de jeu

potentiellement problématique en soins primaires présentent plus fréquemment des comorbidités addictives (alcool, tabac, autres substances psychoactives), ainsi que des comorbidités psychiatriques telles que des troubles anxieux et des troubles psychosomatiques ou des niveaux élevés de risque suicidaire (17,35,36). De plus, les joueurs problématiques surutilisent les services de santé : ils sont deux fois plus susceptibles de consulter leur médecin généraliste pour des problèmes de santé mentale, cinq fois plus susceptibles d'être hospitalisés et huit fois plus susceptibles d'avoir recours à des services psychologiques, en comparaison des personnes qui n'ont pas de difficultés avec les JHA (36). Ces situations d'appel et de répétitions de demandes peuvent donc être des indicateurs permettant de favoriser le repérage de pratiques de JHA en soins primaires.

Indépendamment des dommages individuels, Goodyear et al. rapportent qu'en soins primaires, 7% de l'ensemble de la population interrogée dit avoir été confrontée à des problèmes liés à la pratique des JHA dans leur entourage (37), ce qui est compatible avec les données de la littérature soulignant les dommages importants du jeu problématique sur l'entourage (38). En soins primaires, la pratique de JHA peut ainsi être repérée chez le joueur lui-même, mais également au travers de l'entourage du joueur.

Une aide précoce vis-à-vis d'un comportement de jeu problématique pourrait éviter une perte de contrôle majeure et d'importants dommages financiers, familiaux, professionnels et psychologiques (39). Les soins primaires constituent un contexte propice pour aborder les comportements liés à la santé ; ils peuvent être un lieu important pour l'identification des problèmes liés à la pratique des JHA. La surutilisation des services de soins par les joueurs problématiques suggère une surreprésentation des problèmes de jeu en soins primaires, et en particulier dans les cabinets qui s'adressent aux populations plus isolées ou plus précaires socialement (40). Compte-tenu de l'impossibilité de rechercher un comportement de jeu problématique de façon systématique chez tous les patients consultant en soins primaires, des auteurs ont proposé de faire un dépistage ciblé, visant ceux considérés comme à « haut risque » : patients ayant des difficultés financières, patients souffrant de dépression ou de comorbidités addictologiques, jeunes hommes et/ou population étudiante, puis d'orienter dans un second temps vers des spécialistes de l'addictologie (36,41). Cela suppose une amélioration de l'évaluation de la pratique de JHA dans les cabinets de médecine générale (41).

Goodyear et al (2017) ont expérimenté un outil de dépistage en ligne auprès de consultants en soins primaires, dans une stratégie de dépistage de comportements à risque et de symptômes d'anxiété et de dépression. Ils ont conclu à une bonne acceptabilité de ce support, mais les demandes d'aide exprimées concernaient l'anxiété, la dépression, l'activité physique et l'usage de tabac, mais pas la pratique des JHA (26).

Une seule étude, réalisée en Angleterre en 2018, a évalué les propriétés psychométriques d'un outil de dépistage rapide, le NODS-CLiP, dans le contexte particulier des soins primaires. Si la sensibilité était excellente pour les cas sévères de jeu problématique, elle était insuffisante pour les problèmes moins sévères, faisant du NODS-Clip un outil peu adapté au repérage en soins primaires, contexte donnant priorité à la prévention et aux interventions brèves (42).

4. POINT DE VUE DES PROFESSIONNELS DE SOINS PRIMAIRES SUR LE JHA

Dans la littérature, 4 articles abordent la perception et les connaissances des professionnels de soins primaires vis-à-vis des JHA, de leur dépistage, et des ressources existantes (21,22,27). En 2000 et 2001, 2 études ont identifié d'une part une mauvaise identification par les professionnels des ressources, et les professionnels interrogés rapportaient des besoins de formations sur la thématique (20)(21). La conscience de l'existence du jeu problématique et de conséquences potentiellement négatives de pratiques de JHA était identifiées dans tous les articles, et dans l'étude de Christensen et al. 96% des participants disaient connaître le jeu problématique. Mais dans cette même étude, seuls 30% rapportaient explorer les pratiques de JHA, ils le faisaient sur signes d'appel quand les patients présentaient des signes de stress, et orientaient vers de l'aide dédiée aux joueurs problématiques. Mais ces études datent de près de 25 ans. Une autre étude plus récente a été menée en Suisse francophone en 2014. Elle a montré que la majorité des médecins généralistes considéraient le comportement de jeu problématique comme une addiction, relevant de leur domaine de pratique clinique. Ils estimaient en outre que le jeu problématique et l'endettement potentiellement étaient fréquemment présents chez leurs patients (27). Néanmoins, malgré l'intérêt pour le sujet, un écart entre les croyances et les attitudes dans leur pratique quotidienne a été souligné. Les médecins généralistes ont probablement tendance à donner la priorité à la prise en charge d'autres troubles (i.e. somatiques et/ou avec un risque vital à court ou moyen terme) et/ou ils peuvent ressentir un manque de temps dans leur consultation pour inclure des questions sur le jeu problématique. De plus, seulement la moitié d'entre eux se référaient aux filières de soins multidisciplinaires dédiées au jeu problématique, ce qui peut être mis en lien avec un manque de connaissances sur le réseau de traitement local spécialisé, et interroge aussi la communication des réseaux de soins vis-à-vis des soins primaires sur les recours potentiels existants pour le jeu problématique.

5. DES STRATEGIES THERAPEUTIQUES EXISTANTES ET A DEVELOPPER EN SOINS PRIMAIRES

Les joueurs problématiques peuvent pourtant bénéficier d'interventions thérapeutiques, s'inscrivant sur un continuum dont l'intensité est adaptée en fonction de la sévérité du trouble, comme cela est déjà recommandé dans les troubles de l'usage d'alcool (43,44). Mais seule une étude parmi celles que nous avons identifiées, est une étude interventionnelle pour le jeu problématique en soins primaires. En Suède, Nehlin et al., ont testé l'intervention brève, en s'inspirant des modèles d'intervention brève destinée aux patients avec un trouble de l'usage d'alcool, pour les patients avec un comportement de jeu à risque, en soins primaires (28). Des professionnels de soins primaires (N=3) ont été formés pendant deux jours et tous les patients étaient invités à participer à l'étude. Les joueurs à risque ayant accepté de participer ont été identifiés au travers d'une procédure systématique et se sont vus proposer une nouvelle visite pour échanger sur leurs habitudes de jeu. Cette étude a été menée sur un très faible échantillon de joueurs (n=24 au total) et une faible proportion (n=19) a accepté de participer au suivi à un mois, ne permettant pas de conclure sur son acceptabilité ni sur son efficacité.

En France, les possibilités d'accompagnement des joueurs problématiques sont pourtant multiples : soutien de l'entourage, permanences téléphoniques (Joueurs Info Service, SOS joueurs), associations de surendettement (CRÉSUS), associations de joueurs (Gamblers Anonymous), accompagnement social non spécialisé, mais aussi interventions psycho-sociales spécialisées dans les services d'Addictologie ou les CSAPA (centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie). Pourtant, le recours aux soins des joueurs problématiques est très insatisfaisant : 72% n'expriment pas de demande d'aide, et seulement 12% s'adressent à des professionnels de santé ou à des services spécialisés dans les problèmes de jeu. De plus, 3/4 des personnes qui cherchent de l'aide ne sont pas satisfaites de l'intervention (34,39). Les raisons potentielles sont nombreuses : manque d'information, obstacles à la recherche de soins, peur du jugement, sentiment de ne pas pouvoir changer, perception d'une disponibilité limitée des soins, stigmatisation, coûts, manque de sensibilisation (39,45). Les joueurs problématiques recherchent souvent des soins spécialisés tardivement, à la fin d'une longue histoire de jeu et alors que les dommages sociaux, psychologiques et financiers se sont accumulés (46).

Face à ces constats, le développement de projets de recherche pluriprofessionnels visant à implémenter et évaluer des mesures de prévention, tels que le repérage précoce et l'identification de profils à risque à partir des soins primaires paraît donc nécessaire pour favoriser une réduction des dommages liés au jeu problématique, améliorer le taux de recours aux soins spécialisés et mieux hiérarchiser les niveaux d'intervention. D'une manière générale dans la littérature, les études sur le jeu pathologique explorent et définissent les profils de joueurs à risque selon des évaluations psychologiques complexes (47), peu transposables en pratique clinique quotidienne. Une étude, menée sur une cohorte de joueurs pathologiques en demande de soins au CHU de Nantes, a pourtant permis de montrer qu'un recueil de données facilement objectivables permettait d'identifier des profils distincts. Il s'agissait de variables simples à recueillir soit par les psychiatres, soit par les médecins en soins primaires : âge au moment de l'initiation au jeu, type de jeu et support du jeu, durée des activités de jeu, âge au moment de l'apparition de comorbidités psychiatriques, antécédents de périodes sans jeu d'une durée d'au moins un mois. Les trois profils de joueurs identifiés étaient : "joueurs à début précoce et apparition rapide du jeu problématique", "joueurs à début précoce et long parcours de jeu non problématique" et "joueurs à début tardif et apparition rapide du jeu problématique" (12). Ces profils étaient cliniquement cohérents avec le modèle de Blaszczynski et Nower, qui permet potentiellement d'orienter les approches thérapeutiques selon le profil de complexité clinique (48). Ainsi, des stratégies de dépistage des comportements de JHA ciblées, comme cela est recommandé dans la littérature, auprès d'une population de soins primaires, sur des signes d'appels de type recours aux soins multiples, comorbidités psychiatriques, addictologiques et / ou difficultés sociales, pourraient ainsi être envisagées. De plus, le recueil de variables liées au parcours de JHA pourrait également être une piste pour mieux définir des profils de joueurs et aider à l'orientation si nécessaire vers des soins spécialisés.

6. CONCLUSION

La pratique des JHA concerne la majorité de la population française, et malgré des restrictions réglementaires, les premières expériences de jeu se font fréquemment chez les mineurs. Il s'agit d'une pratique socialement valorisée, dont les risques sont souvent mésestimés. Or, les JHA sont addictifs, et le jeu problématique est associé à de nombreuses comorbidités et à de nombreux dommages. Face à l'augmentation massive de la disponibilité et de l'accessibilité des JHA, l'implication de l'ensemble des acteurs de soins semble nécessaire. Les professionnels des soins primaires sont donc désormais des acteurs primordiaux à impliquer dans l'identification, l'accompagnement précoce et l'orientation des personnes présentant un comportement de jeu problématique.

Contribution des auteurs : Conceptualisation : MGL ; écriture de l'article MGL relecture et correction de l'article : MGL/ DL/ CTM/ MB; supervision MB Tous les auteurs ont contribué de manière significative à l'article. Tous les auteurs ont lu et accepté de publier cet article.

Sources de financements : Pas de financement

Liens et/ou conflits d'intérêts : Aucun conflit d'intérêt à déclarer

6. REFERENCES

1. Jeux d'argent et de hasard - Synthèse des connaissances | OFDT [Internet]. [cited 2025 Feb 20]. Available from: <https://www.ofdt.fr/jeux-d-argent-et-de-hasard-synthese-des-connaissances-1726>
2. Les Français et les jeux d'argent et de hasard - Résultats du Baromètre de Santé publique France 2019 - Tendances 138 - juin 2020 - OFDT [Internet]. [cited 2023 Mar 5]. Available from: <https://www.ofdt.fr/index.php?cID=1151>
3. Spilka - La pratique des jeux d'argent et de hasard en France.pdf [Internet]. [cited 2025 Feb 20]. Available from: <https://www.ofdt.fr/sites/ofdt/files/2024-12/rapport-eropp-jah-2023.pdf>
4. Moodie C, Reith G. Responsible gambling signage on electronic gaming machines, before and after the implementation of the United Kingdom Gambling Act: an observational study. *International Gambling Studies*. 2009 Apr 1;9(1):5-17.
5. Guillou-Landreat M, Gallopel-Morvan K, Lever D, Le Goff D, Le Reste JY. Gambling Marketing Strategies and the Internet: What Do We Know? A Systematic Review. *Front Psychiatry*. 2021;12:583817.
6. Synthèse du marché - 1er semestre 2024.pdf [Internet]. [cited 2024 Oct 23]. Available from: <https://anj.fr/sites/default/files/2024-09/Synth%C3%A8se%20du%20march%C3%A9%201er%20semestre%202024.pdf>
7. Akçayır M, Nicoll F, Baxter DG. Emerging Gambling Problems and Suggested Interventions: A Systematic Review of Empirical Research. *J Gambl Stud*. 2023 Jun;39(2):857-82.
8. Jeux d'argent et de hasard - Synthèse des connaissances | OFDT [Internet]. [cited 2024 Oct 23]. Available from: <https://www.ofdt.fr/jeux-d-argent-et-de-hasard-synthese-des-connaissances-1726>
9. Derevensky JL, Gilbeau L. Preventing Adolescent Gambling Problems. In: Heinz A, Romanczuk-Seiferth N, Potenza MN, editors. *Gambling Disorder* [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2019 [cited 2024 Oct 23]. p. 297-311. Available from: https://doi.org/10.1007/978-3-030-03060-5_14
10. Monreal-Bartolomé et al. - 2023 - Preventive Gambling Programs for Adolescents and Y.pdf [Internet]. [cited 2024 Oct 23]. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10048743/pdf/ijerph-20-04691.pdf>
11. Landreat MG, Cholet J, Bronnec MG, Lalande S, Reste JYL. Determinants of Gambling Disorders in Elderly People—A Systematic Review. *Frontiers in Psychiatry*. 2019 Nov 25;10:837.
12. Guillou Landreat M, Chereau Boudet I, Perrot B, Romo L, Codina I, Magalon D, et al. Problem and non-problem gamblers: a cross-sectional clustering study by gambling characteristics. *BMJ Open*. 2020 Feb;10(2):e030424.
13. DEZUTTER M, guillou landreat M, Dewitte J, BOUZARD S, FAUCHERON JB, LODDE B, et al. Prevalence of problem gambling in an employed population in Brittany, France. *Industrial Health*. 2019 Jun 29;58.
14. Grall-Bronnec M, Guillou-Landreat M, Caillon J, Dubertret C, Romo L, Codina I, et al. Five-year follow-up on a sample of gamblers: predictive factors of relapse. *J Behav Addict*. 2021 Apr 1;10(1):42-54.
15. Hodgins DC, Stea JN, Grant JE. Gambling disorders. *The Lancet*. 2011 Nov 26;378(9806):1874-84.
16. Abbott MW. The changing epidemiology of gambling disorder and gambling-related harm: public health implications. *Public Health*. 2020 Jul;184:41-5.
17. Guillou-Landreat M, Guilleux A, Sauvaget A, Brisson L, Leboucher J, Remaud M, et al. Factors associated with suicidal risk among a French cohort of problem gamblers seeking treatment. *Psychiatry Res*. 2016 Jun 30;240:11-8.
18. Guillou-Landreat M, Guilleux A, Sauvaget A, Brisson L, Leboucher J, Remaud M, et al. Factors associated with suicidal risk among a French cohort of problem gamblers seeking treatment. *Psychiatry Research*. 2016 Jun 30;240:11-8.
19. Pasternak AV, Fleming MF. Prevalence of gambling disorders in a primary care setting. *Arch Fam Med*. 1999;8(6):515-20.
20. Kraus SW, Potenza MN, Ngo T, Pugh K, Bernice K, Shirk SD. Screening for Gambling Disorder in VA Primary Care Behavioral Health: A Pilot Study. *Issues in Mental Health Nursing*. 2020 Aug 10;41(12):1076-82.
21. Christensen MH, Patsdaughter CA, Babington LM. Health Care Providers' Experiences with Problem Gamblers. *J Gambl Stud*. 2001 Mar 1;17(1):71-9.
22. Doehnert D. Recognizing problem gambling in primary care. *JAAPA*. 2003 Jun;16(6):40-4.
23. Morasco BJ, vom Eigen KA, Petry NM. Severity of gambling is associated with physical and emotional health in urban primary care patients. *General Hospital Psychiatry*. 2006 Mar 1;28(2):94-100.
24. Levens S, Dyer AM, Zubritsky C, Knott K, Oslin DW. Gambling Among Older, Primary-Care Patients: An Important Public Health Concern. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2005 Jan 1;13(1):69-76.

25. Goodyear-Smith F, Arroll B, Kerse N, Sullivan S, Coupe N, Tse S, et al. Primary care patients reporting concerns about their gambling frequently have other co-occurring lifestyle and mental health issues. *BMC Fam Pract*. 2006 Apr 10;7:25.
26. Goodyear-Smith F, Warren J, Bojic M, Chong A. eCHAT for Lifestyle and Mental Health Screening in Primary Care. *Ann Fam Med*. 2013 Sep;11(5):460–6.
27. Achab S, Chatton A, Khan R, Thorens G, Penzenstadler L, Zullino D, et al. Early Detection of Pathological Gambling: Betting on GPs' Beliefs and Attitudes. *BioMed Research International*. 2014 Aug 27;2014:360585.
28. Nehlin C, Nyberg F, Jess K. Brief Intervention Within Primary Care for At-Risk Gambling: A Pilot Study. *J Gambl Stud*. 2016 Dec;32(4):1327–35.
29. Cowlshaw S, Gale L, Gregory A, McCambridge J, Kessler D. Gambling problems among patients in primary care: a cross-sectional study of general practices. *The British Journal of General Practice*. 2017 Mar 14;67(657):e274.
30. Cowlshaw S, McCambridge J, Kessler D. Identification of Gambling Problems in Primary Care: Properties of the NODS-CLiP Screening Tool. *Journal of Addiction Medicine*. 2018 Dec;12(6):442.
31. Morasco BJ, Vom Eigen KA, Petry NM. Severity of gambling is associated with physical and emotional health in urban primary care patients. *Gen Hosp Psychiatry*. 2006;28(2):94–100.
32. Pasternak AV, Fleming MF. Prevalence of gambling disorders in a primary care setting. *Arch Fam Med*. 1999;8(6):515–20.
33. Evans L, Delfabbro PH. Motivators for change and barriers to help-seeking in Australian problem gamblers. *J Gambl Stud*. 2005;21(2):133–55.
34. Slutske WS. Natural recovery and treatment-seeking in pathological gambling: results of two U.S. national surveys. *Am J Psychiatry*. 2006 Feb;163(2):297–302.
35. Goodyear-Smith F, Arroll B, Kerse N, Sullivan S, Coupe N, Tse S, et al. Primary care patients reporting concerns about their gambling frequently have other co-occurring lifestyle and mental health issues. *BMC Fam Pract*. 2006 Apr 10;7:25.
36. Cowlshaw S, Kessler D. Problem Gambling in the UK: Implications for Health, Psychosocial Adjustment and Health Care Utilization. *Eur Addict Res*. 2016;22(2):90–8.
37. Cowlshaw S, Suomi A, Rodgers B. Implications of gambling problems for family and interpersonal adjustment: results from the Quinte Longitudinal Study: Gambling problems and family adjustment. *Addiction*. 2016 Sep;111(9):1628–36.
38. Li E, Browne M, Rawat V, Langham E, Rockloff M. Breaking Bad: Comparing Gambling Harms Among Gamblers and Affected Others. *J Gambl Stud*. 2017 Mar;33(1):223–48.
39. Bodor D, Ricijaš N, Filipčić I. Treatment of gambling disorder: review of evidence-based aspects for best practice. *Current Opinion in Psychiatry*. 2021 Sep;34(5):508.
40. Guilcher SJT, Cadel L, Everall AC, Wiese JL, Hamilton-Wright S, Salmon CC, et al. Factors related to screening for problem gambling among healthcare and social service providers in Ontario, Canada: A concept mapping study. *Health & Social Care in the Community*. 2020;28(3):791–802.
41. Sanju G, Gerada C. Problem gamblers in primary care: can GPs do more? *Br J Gen Pract*. 2011 Apr;61(585):248–9.
42. Cowlshaw S, McCambridge J, Kessler D. Identification of Gambling Problems in Primary Care: Properties of the NODS-CLiP Screening Tool. *J Addict Med*. 2018;12(6):442–6.
43. RECOS-SFA-Version-2023-2-2.pdf [Internet]. [cited 2024 Oct 23]. Available from: <https://sfalcoologie.fr/wp-content/uploads/RECOS-SFA-Version-2023-2-2.pdf>
44. Cowlshaw S, Merkouris S, Dowling N, Anderson C, Jackson A, Thomas S. Psychological therapies for pathological and problem gambling. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Nov 14;11:CD008937.
45. Suurvali H, Cordingley J, Hodgins DC, Cunningham J. Barriers to seeking help for gambling problems: a review of the empirical literature. *J Gambl Stud*. 2009 Sep;25(3):407–24.
46. Guillou Landreat M, Chereau Boudet I, Perrot B, Romo L, Codina I, Magalon D, et al. Problem and non-problem gamblers: a cross-sectional clustering study by gambling characteristics. *BMJ Open*. 2020 Feb 18;10(2):e030424.
47. Nower L, Blaszczynski A, Anthony WL. Clarifying gambling subtypes: the revised pathways model of problem gambling. *Addiction*. 2022 Jul;117(7):2000–8.
48. Nower et al. - 2022 - Clarifying gambling subtypes the revised pathways.pdf [Internet]. [cited 2024 Oct 23]. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9299878/pdf/ADD-117-2000.pdf>