

RECHERCHE ORIGINALE

Prévalence des problèmes de jeu dans les structures de soins en addictologie en France : exemple de la région des Pays de la Loire

Julie Caillon^{1,2,*}, Gaelle Challet-Bouju^{1,2}, Solen Pelé³, Pascale Chauvin³, Samantha Valyi³, Marie Grall-Bronnec^{1,2}

¹ Nantes Université, CHU Nantes, UIC Psychiatrie et Santé Mentale, F-44000 Nantes, France

² Nantes Université, Univ Tours, CHU Nantes, INSERM, MethodS in Patient-centered outcomes and HEalth ResEarch, SPHERE, F-44000 Nantes, France

³ SRAE Addictologie Pays de la Loire, 2 rue de la Loire, 44200 NANTES

* Correspondance : Julie Caillon, Service d'addictologie - CHU de Nantes - Hôpital St Jacques, Bâtiment Louis Philippe - 85 rue St Jacques. 44093 NANTES Cedex 1. Julie.caillon@chu-nantes.fr

Résumé : En France, la pratique des jeux de hasard et d'argent (JHA) a évolué depuis 2010, avec le développement des jeux en ligne et une intensification des comportements problématiques, bien que les demandes d'aide restent faibles. Dans la région des Pays de la Loire (PdL), un groupe de travail soutient les professionnels des CSAPA dans la prise en charge du jeu pathologique, identifiant des difficultés dans le repérage et l'accompagnement des joueurs, notamment dans les files actives des structures d'addictologie. L'objectif de l'étude était d'évaluer la prévalence de la pratique des JHA et des problèmes qui y sont liés chez les patients majeurs suivis dans les structures de soins en addictologie des PdL. Les données ont été collectées via un auto-questionnaire anonyme recueillant le ou les motif(s) de consultation et les habitudes de jeux, incluant l'Indice Canadien du Jeu Excessif pour évaluer les comportements problématiques. L'effectif total était de 748 répondants. L'étude a révélé que 50,3 % d'entre eux avaient joué au moins une fois à des JHA au cours de l'année écoulée, avec des taux de pratique variant selon les départements. Parmi l'ensemble des répondants, 15,5 % présentaient des problèmes de jeu, alors même que les problèmes de jeu n'étaient le motif des soins que pour 4,9% de l'échantillon. Les personnes présentant des problèmes de jeu consultaient également plus fréquemment pour d'autres conduites addictives. L'enquête menée dans les structures d'addictologie des PdL révèle donc une prévalence élevée du jeu problématique, bien supérieure à celle de la population générale. Malgré un meilleur accès aux soins que la moyenne nationale, le repérage reste insuffisant. Il est crucial de renforcer l'identification systématique des problèmes de jeu chez les patients suivis dans les structures de soins en addictologie et d'améliorer l'accompagnement des patients.

Mots-clés : jeu d'argent pathologique, troubles addictifs, repérage précoce

Abstract: In France, gambling practices have evolved since 2010, with the development of online gambling and an intensification of problematic behaviors, although help-seeking remains low. In the Pays de la Loire (PdL) region, a working group supports CSAPA professionals in managing pathological gambling, identifying challenges in detecting and supporting gamblers. The aim of the study was to assess the prevalence of gambling practices and issues among adult patients in addiction services in PdL. Data was collected through an anonymous self-questionnaire gathering the reason(s) for consultation and gambling habits, including the Canadian Problem Gambling Index to assess problematic behaviors. The total sample size was 748. The study found that 50.3% of respondents had engaged in gambling during the past year, with practice rates varying by department. Among all respondents, 15.5% exhibited gambling problems, while gambling issues were the reason for care for only 4.9% of the sample. People with gambling problems also consulted more frequently for other addictive behaviors. The survey conducted in addiction services in PdL thus reveals a high prevalence of problematic gambling, significantly higher than that in the general population. Despite better access to care than the national average, detection remains insufficient. It is crucial to strengthen the systematic identification of gambling problems and improve patient support.

Key-words: gambling disorder, addictive disorder, early detection

1. INTRODUCTION

1.1. 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 première 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 légal de l'offre de jeux en ligne, à laquelle a succédé une baisse importante en 2019 (47,2 % des individus âgés de 18 à 75 ans). Cette diminution concernait l'ensemble des jeux, à l'exception des paris sportifs en constante augmentation, qui deviennent le type de jeu le plus pratiqué derrière les jeux de loterie. L'utilisation d'Internet pour jouer était également en nette progression, avec 7,1 % des Français âgés de 18 à 75 ans qui déclaraient 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 leur pratique 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 pratiques excessives (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 ils peuvent se voir attribuer jusqu'à un quart des comportements de jeu problématique (3).

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, les lignes d'accueil téléphoniques, les associations de surendettement, ou les 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. La proportion de personnes consultant pour une addiction comportementale dans ces centres est très faible, quoi qu'en augmentation (2,6% en 2015, 3,9% en 2019) (5). En 2019, les personnes prises en charge dans les CSAPA pour une problématique d'addiction aux jeux de hasard et d'argent représentaient 1,1% de l'ensemble du public accueilli en CSAPA.

Afin d'améliorer l'accès aux soins, l'accompagnement des patients ayant des problèmes de jeu 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 accordé spécifiquement par l'Assurance Maladie 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 existaient déjà dans les CSAPA. La structuration des binômes a donc intégré l'existant et agi en tant que renfort.

1.2. Contexte régional

Dans les Pays de la Loire, la structuration des binômes est récente (2018). On identifie trois binômes au sein des CSAPA : CSAPA ALiA49, CSAPA Montjoie 72, CSAPA 85 Association Addictions France. 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. Par ailleurs, la Structure Régionale d'Appui et d'Expertise (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 constitué en avril 2018 réunit trois fois par an les Binômes Jeu des CSAPA des Pays de la Loire, le service d'addictologie du CHU de Nantes et la SRAE Addictologie pour des sessions de travail sur la thématique du jeu d'argent pathologique. 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, le groupe a partagé sa perception d'une difficulté à généraliser le repérage des problèmes de jeu dans la file active des patients venus pour un autre motif. En réponse, il a été convenu de mener une enquête dans les structures d'addictologie en Pays de la Loire afin de sensibiliser l'ensemble des professionnels.

1.3. Objectifs

L'objectif principal de l'étude était d'évaluer la prévalence de la pratique des JHA et des problèmes liés parmi les patients suivis dans les structures de soins en addictologie dans la région Pays de la Loire, quel que soit le motif de venue.

Les objectifs secondaires étaient d'évaluer les prévalences par département et de caractériser les patients dépistés (sexe, âge, jeu de prédilection, support de jeu), dans le but d'identifier les axes d'amélioration et les propositions d'action à mener au regard de ces spécificités.

2. MATERIELS ET METHODES

2.1. Recueil des données

L'étude s'est appuyée sur un auto-questionnaire anonyme, diffusé auprès de l'ensemble des patients volontaires accueillis dans des structures de soins en addictologie de la région (CSAPA, SMRA, CH et CHU). Les données recueillies concernaient 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 pratique des 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 précisaiient 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, de grattage et 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.

2.2. Critères d'inclusion

Les sujets inclus dans l'étude avaient au moins 18 ans. Ils étaient déjà suivis ou en demande de soins pour un trouble addictif 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.

2.3. 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.

2.4. 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 écoulée a été calculée pour l'ensemble de l'échantillon. 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.

3. RÉSULTATS

3.1. Description de l'ensemble de l'échantillon

Parmi les 21 structures sollicitées pour diffuser l'enquête, 19 ont répondu positivement, et au total, 884 questionnaires ont été complétés. Pour les analyses, nous avons exclu les mineurs (n=17), les accompagnants (n=4) ainsi que les personnes ne venant pas pour une consultation d'addictologie (n=115). L'effectif pris en compte pour l'étude est donc de 748. Tous les départements de la région ont participé à l'enquête dans des proportions différentes : 8.6% des inclusions ont eu lieu en Vendée, 12.3% en Mayenne, 13.4% dans la Sarthe, 26.2% dans le Maine-et-Loire et 39.3% en Loire-Atlantique. L'âge moyen des répondants était de 43.1 ans ($sd=13.8$), avec un sex ratio en faveur des hommes (57.6%). Le motif de consultation le plus fréquemment rapporté était le trouble de l'usage d'alcool (57.7%). Le jeu d'argent pathologique ne représentait que 4.9% 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 13.9% 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 (3.5%), avant le jeu vidéo pathologique (2.7%) (Tableau 1).

Motif	Nombre réponses	Nombre DM	Nombre de oui	% de oui
Trouble de l'usage (TU) de l'alcool	747	1	431	57.70 %
TU tabac	748	0	141	18.85 %
TU opioïdes	748	0	127	16.98 %
TU cannabis	748	0	107	14.30 %
Troubles du comportement alimentaire (anorexie et boulimie)	748	0	104	13.90 %
TU de psychostimulants (Cocaïne + MDMA)	748	0	92	12.30 %
TU sédatifs	748	0	83	11.10%
Jeu d'argent pathologique	748	0	37	4.95 %
Addictions sexuelles	748	0	26	3.48 %
Autres substances	748	0	23	3.07 %
Jeu vidéo pathologique	748	0	20	2.67 %
Autres addictions comportementales	748	0	8	1.07 %

Tableau 1. Motif de consultation

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

Parmi l'ensemble des répondants (n=748), 50.3% 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 : 42.7% en Loire-Atlantique, 44.9% dans le Maine-et-Loire, 58% dans la Sarthe, 59.7% en Vendée, 70.65% en Mayenne.

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

Dans l'ensemble de l'échantillon

Parmi l'ensemble des personnes interrogées (n=742), 15.5% rapportaient des problèmes de jeu (115 personnes de l'ensemble de l'échantillon). Des différences par département pouvaient être observées. La prévalence des problèmes de jeu était de 25.2% dans la Sarthe, 19.3% en Vendée, 17.8% en Mayenne, 13% en Loire-Atlantique et 11.7% en Maine-et-Loire.

Parmi les joueurs dans l'année écoulée (n=372 ; DM = 3)

Parmi les patients déclarant avoir joué au moins une fois dans l'année écoulée, la prévalence du jeu problématiques étaient de 30.6%. L'analyse détaillée par département montre une prévalence de jeu problématique de 43.9% dans la Sarthe, de 32.4% en Vendée, de 29.6% en Loire-Atlantique, de 25.4% en Mayenne et de 26.1% dans le Maine et Loire.

Parmi les patients venant pour un autre motif que le jeu (n=705 ; DM = 6)

Parmi les patients venant pour un autre motif de consultation que le jeu, 11.8% présentaient des problèmes de jeu. Là encore, la prévalence du jeu problématique variait selon le département : 8.7% en Loire Atlantique, 10.4% dans le Maine et Loire, 14% en Vendée, 14% en Mayenne et 19.8% dans la Sarthe. Nous notons également que parmi les patients venant pour un autre motif que le jeu et déclarant avoir joué dans l'année écoulée, la prévalence de jeu problématique était de 24.2%.

3.4. Description des types de jeux pratiqués

Parmi l'ensemble des personnes déclarant avoir joué dans l'année écoulée (n=303), 78.5% avaient joué de préférence à des jeux de hasard pur, 10.6% à des jeux de hasard avec quasi-adresse et 7.9% des jeux de hasard avec adresse (Autres : 3%). Les résultats évoluaient lorsqu'on ne retenait dans l'analyse que les joueurs problématiques ayant répondu à la question (n=90). Nous observons alors que les jeux de hasard pur n'étaient plus les jeux de prédilection que de 65.6% des joueurs problématiques, tandis que 14.4% privilégiaient les jeux de hasard avec quasi-adresse et 15.6% les jeux de hasard avec adresse. Par ailleurs, parmi les patients déclarant avoir joué dans l'année écoulée (n=318), la majorité d'entre eux préféraient pratiquer dans les lieux de jeu (81.4%). Cette proportion diminuait dans le groupe des joueurs problématiques (n=101). Ils étaient 71.3% à privilégier les lieux de jeu et 28.7% à préférer Internet (versus 18.5% pour l'ensemble des joueurs).

3.5. Comparaison des participants avec ou sans jeu problématique (n=742)

Caractéristiques sociodémographiques

Aucune différence significative n'était observée en fonction de l'âge ($p=0.33$). 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 participants avec ou sans problème de jeu

montrait une différence significative pour l'ensemble des conduites addictives proposées, exceptés pour les TU d'alcool, de médicaments, d'opioïdes et l'addiction sexuelle (Tableau 2).

Motif de cs N (%)	Avec pb jeu N=115	Sans pb jeu N=627 (sauf alcool : n=626)	χ^2	p
Alcool - oui	65 (56.52%)	363 (57.99%)	0.08552	0.770
Tabac - oui	30 (26.09%)	109 (17.38%)	4.834	0.028
Médicaments - oui	14 (12.17%)	68 (10.85%)	0.1745	0.676
Cannabis - oui	27 (23.48%)	80 (12.76%)	9.047	0.003
Opioïdes - oui	25 (21.74%)	100 (15.95%)	2.326	0.127
Psychostim - oui	27 (23.48%)	65 (10.37%)	15.38	0.000
Autres substances - oui	6 (5.22%)	17 (2.71%)	2.032	0.154
Anorexie ou boulimie - oui	5 (4.35%)	99 (15.79%)	10.56	0.001
JHA - oui	32 (27.83%)	5 (0.80%)	149.8	< 1×10^{-16}
JV - oui	8 (6.96%)	12 (1.91%)	9.421	0.002
AS - oui	4 (3.48%)	22 (3.51%)	2.675e-4	0.987
Autres AC - oui	4 (3.48%)	4 (0.64%)	7.350	0.007

Tableau 2. Comparaison des motifs de consultation

Note : Test de χ^2 pour échantillons indépendants, ddl=1 au risque alpha 5%

4. DISCUSSION

4.1. 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 légèrement supérieure à celle estimée en population générale lors de la dernière enquête de prévalence menée en 2019 (50.3% vs 47.2%) (3). Cependant, notre étude révèle aussi 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 (30.6% 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 autres substances (hors alcool, médicaments et opioïdes) 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 15.5% pour l'ensemble de notre échantillon, les problèmes de jeu n'étaient cités comme motif des soins que pour 4.9% 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 sévère, nécessitant par conséquent une prise en charge adaptée aux besoins spécifiques.

Conformément à l'enquête nationale, les joueurs problématiques de notre échantillon déclaraient avoir une pratique plus importante des jeux de quasi adresse (paris sportifs et hippiques) comparativement aux joueurs non problématiques, ce qui corrobore le risque addictif plus important associé à la pratique des paris sportifs (3). Le poker est aussi plus fréquemment cité dans notre groupe de joueurs problématiques sans que la littérature établisse un risque addictif plus important associé à cette pratique comparativement aux autres types de JHA. Au regard des caractéristiques de notre échantillon, on peut s'interroger sur ces pratiques de poker qui peuvent être associées à d'autres conduites addictives. L'usage de psychostimulants (cocaïne, MDMA) pourrait par exemple être associé au jeu dans le but d'améliorer les performances (tenir plus longtemps) et de potentialiser l'excitation ressentie. Enfin, le support Internet est plus fortement privilégié par les joueurs problématiques de notre étude comparativement aux joueurs non problématiques. Or, il est établi que le jeu en ligne, de par ses caractéristiques structurelles particulières (comme l'accessibilité), peut favoriser la perte de contrôle chez les personnes les plus vulnérables. Ainsi, en France en 2014, jouer sur Internet multipliait par 4,5

la probabilité d'être un joueur excessif. Ce facteur était de 2 en 2019. (2,3).

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, 4,9% 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, ce pourcentage reste très faible. 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. En effet, il peut être difficile pour les soignants d'aller au-delà du motif de soins exprimé 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 (70,6%), mais aussi dans une moindre mesure en Vendée (59,7%) et dans la Sarthe (58%), alors qu'en Loire-Atlantique et en Maine et Loire, elle était légèrement inférieure. 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).

4.2. 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 était variable 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 des enquêtes de prévalence nationales. Troisièmement, la quasi-totalité 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 prévalence et l'impact des actions que nous pourrons proposer aux structures de soins pour améliorer le repérage du jeu problématique.

5. CONCLUSION

Les résultats de l'étude objectivent la prévalence supérieure du jeu problématique chez les patients accueillis dans les structures de soins en addictologie des Pays de la Loire par rapport à la moyenne nationale (Costes et al., 2011). Si l'accès aux soins dans notre région est supérieur à la moyenne nationale pour ce motif, il reste encore trop faible. En effet, une minorité des joueurs repérés comme problématiques ont indiqué le jeu comme l'un des motifs motivant les soins.

Ainsi, il apparaît indispensable d'interroger de façon systématique la pratique de JHA et de renforcer le repérage des problèmes de jeu chez tous les patients, quel que soit leur motif de soin. 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 leur pratique des JHA (y compris non problématique), il est fondamental de pouvoir informer les patients des risques associés, 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.

Contribution des auteurs : Conceptualisation, JC, MGB, PC, et SP ; écriture de l'article, JC, MGB, GCB, et SP ; relecture et correction de l'article, SP, SV et PC ; supervision, JC, GCB, MGB et SP ; Tous les

auteurs ont contribué de manière significative à l'article. Tous les auteurs ont lu et accepté de publier cet article.

Sources de financement : Ce travail n'a reçu aucun financement

Remerciements : Nous tenons à remercier l'ensemble des structures ayant participé à l'étude ainsi que tous les patients ayant pris le temps de répondre aux questionnaires : Addictions France (85), CH Alençon-Mamers (53), CH Cholet (49), CH Daumezon (44), CH Nord Mayenne (53), CH St Nazaire (44), CHU Angers (49), CHU Nantes (44), Clinique La Brière (44), CSAPA AliA (49), CSAPA Apsyades (44), CSAPA Laval (53), CSAPA Molière (72), CSAPA Montjoie (72), CT Montjoie (53), ELSA Château-Gontier_Segré (53), ELSA haut Anjou (53), Epsylan Escabelle à Blain (44), Les Apsyades (44), Oppelia (85), SSRA La Baronnais (44), SSRA La Bréhonnière (53), SSRA Les Euménides (49). Nous adressons également nos remerciements à l'ensemble du groupe de travail : Lauriane Aleton (ALIA 49), Delphine Chenot (Molière 72), Emilie Come-Mercet (CSAPA 53), Camille Davesne (Oppelia - La Rose des Vents), Alexandre Fournier (Oppelia - La Rose des Vents), Nathalie Gilles (CSAPA Apsyades 44), Leslie Le Hellec (La Bréhonnière 53), Axelle Martin (CSAPA Addictions France 85), Océane Meilland (CSAPA Montjoie 72), Blandine Merceron (ALIA 49), Barbara Nano (CSAPA Addictions France 85), Elisa Poirier (CSAPA Montjoie 72), Elisabeth Thurot (La Bréhonnière 53).

Liens et/ou conflits d'intérêts : Le Fonds de dotation du CHU de Nantes reçoit des financements de deux opérateurs de jeux (FDJ et PMU). Ce fonctionnement garantit une indépendance scientifique totale, sans aucune contrainte de publication.

6. REFERENCES

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*. 2011 Sept;77(1):1–8.
2. Costes JM, Eroukmanoff V, Richard JB, Tovar ML. Les jeux d'argent et de hasard en France en 2014. Les notes de l'Observatoire Des Jeux [Internet]. 2015 Apr;6. Available from: 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. Les notes de l'Observatoire Des Jeux. 2020 June;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*. 2020 June;138:1–6.
5. Palle C. Les personnes accueillies dans les CSAPA : évolutions récentes - OFDT [Internet]. 2021 [cited 2023 Oct 17]. Available from: <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 médico-sociaux 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*. 1990 Nov;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 Gambl Stud*. 2009 Sept;25(3):407–24.
11. Costes JM, Eroukmanoff V. Une première cartographie des pratiques de jeu d'argent et de hasard. Les notes de l'Observatoire des jeux. 2016;