

Rapport de recherche

PROGRAMME ACTIONS CONCERTÉES

Les Québécois et leurs habitudes de jeu: Prévalence, incidence et trajectoires sur 4 ans

Chercheur principal
Sylvia Kairouz, U. Concordia

Co-chercheur(s)
Louise Nadeau, U. de Montréal

Nom des partenaires du milieu impliqués dans la réalisation du projet
Laboratoire de Recherche sur les habitudes de vie et les dépendances (U Concordia)
Centre de réadaptation en dépendance de Montréal – Institut universitaire (CRDMIU)

Établissement gestionnaire de la subvention
U. Concordia

Numéro du projet de recherche
2009-EP-130876

Titre de l'Action concertée
Jeux de hasard et d'argent:Portrait joueurs et prévalence des problèmes associés

Partenaire(s) de l'Action concertée
Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)
et le Fonds de recherche du Québec – Société et culture (FRQSC)

PARTIE A – CONTEXTE DE LA RECHERCHE

1. Problématique

Au Québec comme partout dans le monde, le jeu, sa prévalence, et ses effets délétères sont des enjeux importants pour la santé publique. La majorité des études de prévalence conduites dans les pays industrialisés révèle qu'entre 60 % et 85 % de la population adulte jouent au moins à une forme de jeu de hasard et d'argent (JHA) [1-4]. Au Québec, quatre adultes sur cinq rapportaient avoir joué à des JHA en 2001-2002. Ce taux de participation s'avérait comparable à celui des autres provinces canadiennes, exception faite de la Colombie-Britannique [5] et de l'Ontario qui affichaient des taux de 73 % et 63 % respectivement.

Bien que les revenus provenant des opérateurs de jeux aient fortement progressé au cours des dernières années [6] au Canada et dans plusieurs autres pays industrialisés [4, 7], le taux global de participation aux JHA demeure stable et semble être en déclin dans certaines juridictions en Amérique du Nord et ailleurs dans le monde. La prévalence des problèmes de JHA affiche aussi une certaine stabilité. Les données provenant des deux dernières études provinciales conduites au Québec révèlent un taux de prévalence relativement stable se situant à 1,4 % de joueurs à risque (JAR) et 1,0 % de joueurs pathologiques probables (JPP) en 1996 comparativement à 0,8 % de joueurs à risque (JAR) et 0,9 % de joueurs pathologiques probables (JPP) en 2002. Quoique les études pancanadiennes révèlent une prévalence du jeu pathologique assez comparable entre les provinces, le Québec se place parmi les provinces avec le plus bas taux de pathologie [7].

Le taux de JPP est demeuré stable au Québec entre 1996 et 2002 en dépit d'un accroissement de l'offre de jeu. Après plus de 35 ans de croissance, Loto-Québec a enregistré une première baisse de ses revenus en 2005-2006. Cette baisse est principalement attribuée, dans une proportion de 28 %, à la reconfiguration du réseau des ALVs, et dans une proportion de 72 %, à la nouvelle Loi sur le tabac [8]. Est-ce que cette baisse de revenus aux ALV sera également associée à une baisse des problèmes de jeu ? L'hypothèse est intéressante mais deux événements viennent... brouiller les cartes : d'une part, Loto-Québec a ouvert à Québec et Trois-Rivières des Ludoplex, soit des aires consacrées exclusivement aux jeux, pouvant affecter les habitudes de jeu des joueurs des régions mises en cause. D'autre part, l'engouement entourant le poker pourrait se répercuter sur la prévalence des problèmes de jeu. Bref, le paysage du jeu change, ce qui risque d'avoir un impact sur les habitudes de jeu des Québécois.

Dans la population, la prévalence de JPP constitue un baromètre global dont la stabilité reflète, à première vue, un maintien des problèmes. Cependant, comme l'ont souligné plusieurs chercheurs [9, 10], cette image statique pourrait être trompeuse, masquant un tableau qui, lui, est dynamique : le taux au Québec est resté le même, mais on ignore ce que renferme ce pourcentage. Pour voir la situation au Québec, il faut désagréger les données *par type de jeu* et mener des études permettant de mettre en évidence, pour chacun des jeux : 1) les variations dans le temps, 2) les effets délétères à court et long terme et 3) les facteurs de risque et de protection associés.

2. Principales questions de recherche et/ou hypothèses

En janvier 2009, le projet *Portrait du jeu au Québec : Prévalence, incidence et trajectoires sur quatre ans* (ENHJEU-Québec) fût soutenu financièrement par le Fonds québécois de recherche sur la société et la culture dans le cadre d'une action concertée. Le projet ENHJEU-Québec comporte deux volets principaux. Le premier vise à produire, à travers deux enquêtes populationnelles en 2009 et en 2012, un portrait épidémiologique du jeu dans la population adulte générale et ses sous-groupes. Le second volet propose de suivre, sur une période de deux ans, une cohorte de joueurs ayant différents statuts relatifs à la gravité du jeu afin de mieux comprendre les trajectoires du jeu et les cycles de psychopathologie.

Pour répondre à l'appel d'offre, ce projet d'épidémiologie des JHA est ancré dans une perspective de santé des populations et vise cinq objectifs généraux :

1. Produire un portrait populationnel des habitudes de jeu au Québec et de leur évolution dans le temps :
 - a. Produire une estimation de la prévalence des joueurs à risque (JAR), des joueurs pathologiques probables (JPP) et des problèmes associés ;
 - b. Examiner l'évolution de la prévalence des JHA et des problèmes associés sur une période de 10 ans – de 2002 à 2012.
2. Identifier les trajectoires du jeu pour savoir si le comportement d'un joueur est constant dans le temps, c.-à-d. identifier les entrées et les sorties d'un statut de JPP à un statut de JAR ou à celui d'un joueur sans problème de jeu, et vice versa, afin de connaître les cycles de pathologie du jeu :

- a. Mener une étude prospective pour mettre en évidence les variations dans le temps sachant que la dépendance au jeu se manifeste par de fréquentes entrées et sorties du seuil clinique.
3. Examiner si les conséquences du jeu sont différentes selon l'activité de jeu.
4. Examiner si la répartition des problèmes de jeu est inégale à travers les régions du Québec et les sous-groupes de la société.
5. Comparer avec d'autres enquêtes provinciales, nationales et internationales.

Au terme de ce projet, il a été possible : 1) de brosser un portrait des habitudes de jeu et des problèmes associés et de leur évolution à travers le temps ; 2) d'identifier les facteurs de risque et de protection spécifiques à chaque jeu (loterie, casinos, ALV, courses de chevaux, poker, jeu sur Internet) ; 3) d'établir, pour les JPP et les JAR, des trajectoires de développement et d'amélioration ; et 4) de produire des modèles explicatifs intégrant des déterminants individuels, sociaux et environnementaux estimant la synergie entre ces divers facteurs de détermination.

En conclusion, deux contributions majeures ont émergé de ce projet. Tout d'abord, un portrait populationnel sur trois ans. En colligeant les données des 3 enquêtes transversales répétées (2002, 2009, 2012), nous avons un portrait unique du jeu au Québec sur une période de 10 ans pour analyser les tendances et dégager les problématiques émergentes. Ensuite, l'étude longitudinale sur 3 ans comprenant de trois sous-échantillons soutirés d'un échantillon représentatif du Québec - joueurs sans problème, joueurs à risque et joueurs pathologiques – a permis de produire des trajectoires de jeux généralisables à l'ensemble de la population du Québec.

PARTIE B – PISTES DE SOLUTION EN LIEN AVEC LES RÉSULTATS, RETOMBÉES ET IMPLICATIONS DE VOS TRAVAUX

1. À quels types d'auditoire (décideurs, gestionnaires, intervenants, autres) s'adressent vos travaux ?

L'objectif de ce projet étant de produire un portrait des habitudes de jeux de hasard et d'argent (JHA) au Québec, ces travaux s'adressent en premier lieu aux décideurs, en soutien à la prise de décision en matière de prévention et de traitement des problèmes de jeux, ainsi que de gestion de l'offre des JHA. De plus, un portrait du jeu permet aux intervenants œuvrant auprès de joueurs pathologiques probables de mieux comprendre la représentativité de leur clientèle-cible au sein de la population générale et des caractéristiques de ces groupes. Finalement, il faut rappeler qu'une étude populationnelle implique d'importantes ressources, financières et humaines, pour la collecte, la préparation et l'analyse des données. Or, elle doit bénéficier à l'ensemble de la communauté des chercheurs qui s'intéressent à la question des JHA. Ces ressources informationnelles permettront aux chercheurs de développer des projets à partir d'analyses secondaires des données, un objectif pour lequel nous avons déployé des procédures pour la démocratisation des données.

2. Que pourraient signifier vos conclusions pour les décideurs, gestionnaires ou intervenants ?

Un portrait populationnel des habitudes de JHA tel que celui produit dans le cadre de ce projet constitue une base informationnelle. Ces données empiriques permettent aux décideurs de faire des choix basés sur des données probantes. Pour les gestionnaires, ces données dégagent une description précise de la distribution des risques associés aux JHA tant au niveau de l'offre que des conditions sociales

caractérisant les joueurs. Cette information devrait apporter des éclaircissements quant aux besoins en ressources d'aide et de services dans la population et ses sous-groupes. De plus, ce portrait permet de mieux cibler les activités de jeux où se révèle la proportion la plus élevée de problèmes. Ces informations sont d'une grande importance pour l'allocation et la gestion des services et des ressources.

3. Quelles sont les retombées immédiates ou prévues de vos travaux sur les plans social, économique, politique, culturel ou technologique ? (renouvellement des pratiques ; implantation de façons de faire ; élaboration de politiques ou de programmes ; développement d'outils ; constitution de collections, de corpus, de bases de données ; retombées pour l'enseignement et la formation, etc.) ?

Ce projet a plusieurs retombées à court, moyen et long termes. À court terme, il a permis la constitution de bases de données uniques pour le Québec et la mise à la disposition de ces bases pour l'ensemble des gestionnaires, décideurs, intervenants et chercheurs œuvrant dans le champ des JHA. En s'intégrant au projet, plusieurs étudiants et professionnels de recherche ont pu développer une expertise en méthodes d'enquêtes, en statistiques sociales et en recherche épidémiologique appliquées aux JHA. Bref, la formation d'une relève qualifiée a été possible tout au long de la réalisation des études.

Au niveau de certaines instances gouvernementales, le rapport intérimaire de l'enquête ENHJEU-QUÉBEC de 2009 a été cité dans plusieurs communiqués comme source de référence pour décrire la situation des JHA au Québec, notamment le ministère de la Santé et des Services sociaux et le ministère des Finances et de

l'Économie. De même, les chercheurs du Québec, du Canada et d'ailleurs ont fait référence au rapport d'étape comme source de référence en matière de JHA au Québec. Il est attendu que le rapport de l'enquête ENHJEU-Québec 2012 jouera un rôle comparable au niveau de la prise de décision et de la recherche. À long terme, les données recueillies grâce à des enquêtes répétées demeurent l'ingrédient de base pour assurer une surveillance de la situation du jeu au Québec. C'est par un monitoring épidémiologique continu que la prise de décision peut se fonder sur des données probantes et représentatives.

Au terme de ce projet, le Québec se serait doté d'une ressource précieuse de données empiriques. Suite à l'enquête de 2002, les enquêtes de 2009 et de 2012 viennent enrichir un portrait de la situation et de son évolution sur une période de 10 ans. C'est une situation privilégiée qui met à la disposition des acteurs un outil pour la prise de décision, la gestion et l'intervention. Pour les chercheurs, les données d'enquête constituent la matière brute pour la production de connaissances dans le domaine des JHA.

4. Quelles sont les limites ou quel est le niveau de généralisation de vos résultats ?

Toute enquête populationnelle a pour objectif de produire des estimations de la prévalence d'états ou de comportements dans la population générale. Toutefois, en recueillant des données auprès d'un échantillon seulement et non pas de la population dans son intégralité, les estimés sont produits avec des marges d'erreur. Il est donc essentiel de toujours garder présent à l'esprit cette caractéristique des données en évitant de les considérer comme des mesures parfaites et précises de la réalité.

Les enquêtes de 2009 et 2012 se sont dotées d'une méthodologie respectant les meilleurs standards de qualité en termes de recrutement et d'administration de la collecte de données. Ainsi, nous pouvons conclure avec confiance que les résultats sont généralisables à l'ensemble de la population adulte du Québec et de ses régions.

Par ailleurs, il a été difficile de dégager des tendances claires quant aux trajectoires des joueurs à partir de l'étude de cohorte pour deux raisons principalement : la faible taille de l'échantillon et la courte durée du suivi sur une période de 26 mois. Il en dégage des données que la faible prévalence des joueurs pathologiques probables dans la population générale et la faible occurrence de problèmes de jeu dans la population commande à l'avenir des études qui permettraient un suréchantillonnage des joueurs pathologiques et une durée de suivi plus longue.

Néanmoins, en dépit de ces limites, il a été possible de dégager trois constats importants. Premièrement, on note une certaine stabilité dans les habitudes de jeu des joueurs sans problème ; ceci commande des études plus poussées pour mieux comprendre les facteurs contributifs au maintien d'une relation saine au jeu. Deuxièmement, on observe une plus grande stabilité parmi les joueurs pathologiques probables ainsi qu'un faible niveau de recours aux services d'aide. Ces résultats demandent une analyse de stratégies prometteuses qui permettraient de rejoindre un plus grand nombre de joueurs qui ont besoin d'aide ainsi que des moyens pour soutenir leur rémission. Finalement, l'hétérogénéité de la catégorie des joueurs à risque, incluant à la fois des joueurs en rémission, des joueurs qui amorcent une trajectoire de risque et des joueurs qui sont à risque de façon stable, rend le travail de prévention primaire plus ardu. La compréhension de la nature

même de cette forme de prévention demeure embryonnaire dans le champ du jeu et commande plus de recherche pour bien identifier les meilleures pratiques préventives, adaptées et efficaces, tout en assurant leur évaluation.

5. Quels seraient les messages clés à formuler selon les types d'auditoire visés ?

Certains messages sont d'intérêt général. Les jeux de hasard et d'argent demeurent une activité largement populaire au Québec, la loterie étant la plus prisée. La proportion de joueurs qui rapportent des problèmes reliés aux JHA est demeurée stable au cours des dix dernières années au Québec et à un niveau comparable à celle observée dans d'autres pays. On observe plus de problèmes et de conduites excessives chez les joueurs qui s'adonnent à certaines activités de jeu notamment les appareils de loterie vidéo. On note également une proportion plus élevée de joueurs qui rapportent des problèmes et qui adoptent des conduites excessives parmi ceux qui choisissent de jouer en ligne.

Bref, sous le vocable générique des jeux de hasard et d'argent (JHA) se retrouvent des réalités de jeux très variées, certaines associées à plus de problèmes que d'autres. Conséquemment, ces résultats suggèrent la nécessité de moduler l'offre de jeu et son encadrement selon cette diversité des jeux et la nature de l'activité. De même, les services préventifs et curatifs doivent également s'ajuster à cette réalité bigarrée.

Les résultats permettent également de conclure sur une distribution inégale des problèmes associés aux JHA à travers les groupes sociaux. Il est donc possible de faire l'hypothèse que le risque ou les méfaits associés aux JHA sont plus présents parmi certains groupes, ce qui commande une réflexion quant aux stratégies de

prévention les plus susceptibles de rejoindre les individus et les groupes les plus vulnérables.

6. Quelles seraient les principales pistes de solution selon les types d'auditoire visés?

Le but premier d'une enquête populationnelle demeure celui de décrire l'état de la situation au niveau populationnel. Le portrait produit à partir des deux enquêtes devrait permettre des actions tant préventives que curatives pour assurer le bien-être de la population. Ce portrait doit servir comme outil de départ pour assurer et maintenir une certaine forme de surveillance des habitudes de jeu et de leur évolution. Nous recommandons de faire fructifier le travail qui a été complété au cours des cinq dernières années en assurant une récurrence dans la collecte de données sur le jeu mais d'une façon différente.

Étant donné la stabilité du phénomène du jeu dans la population et la disponibilité de données récentes (2009 et 2012), il est recommandé de ne pas mener d'enquête populationnelle de grande envergure à court terme mais plutôt de réaliser des sondages omnibus à des intervalles répétés qui permettraient de maintenir la collecte de données avec des budgets et des ressources moins onéreux. Il serait important de continuer la collecte d'information sur les principaux descripteurs des habitudes de jeu et des problèmes associés tout en tolérant à l'occasion la mesure d'aspects spécifiques des JHA pour lesquels on noterait des problèmes émergents, tel le jeu en ligne. De la sorte, il serait souhaitable et possible de développer et maintenir un travail de monitoring des JHA essentiels à la prise de décision, à la gestion des ressources et à l'offre de services à la population. Un tel projet assurerait une plus-value aux enquêtes déjà réalisées.

PARTIE C – MÉTHODOLOGIE

Ce projet comprend deux volets : un volet transversal composé de deux enquêtes populationnelles pour évaluer la prévalence et un second volet longitudinal qui consiste en un suivi sur une période de 26 mois de trois sous-groupes composés de trois différents types de joueurs soutirés de la première enquête populationnelle.

1. Volet transversal

Deux enquêtes ont été menées auprès d'échantillons aléatoires représentatifs de la population du Québec de plus de 18 ans, vivant dans les ménages privés sur l'ensemble du territoire québécois. L'échantillonnage de l'étude s'est fait selon un plan stratifié non proportionnel à deux niveaux (ménages dans les régions ; individu dans les ménages) pour un taux de réponse global de 52,5 % en 2009 (N=11 888) et 43,2 % en 2012 (N=12 008). Des analyses bivariées et le test de khi deux ont été utilisés pour comparer les proportions entre différents sous-groupes.

2. Volet longitudinal

À partir de l'échantillon de l'enquête de 2009, tous les joueurs pathologiques probables (JPP), les joueurs à risque modéré (JAR) et les joueurs à faible risque (JFR) ainsi que près de 200 joueurs sans problème (JSP) ont été invités à participer à l'étude de suivi. Le taux de réponse moyen était de 73 % pour le suivi 1, 79 % pour le suivi 2 et 95 % pour le suivi 3 pour un échantillon final de 137 répondants (32 JSP, 54 JFR, 34 JAR et 17 JPP). Ces trois sous-groupes ont été invités à participer à un premier suivi un mois après l'enquête populationnelle, les deux autres suivis ont eu lieu 12 mois et 24 mois plus tard. À chaque collecte, des entrevues téléphoniques d'une durée moyenne de 45 minutes ont été menées à des intervenants qualifiés qui interviennent auprès des joueurs.

PARTIE D – RÉSULTATS

1. Portrait populationnel

Une très grande majorité de Québécois joue à une forme ou une autre de jeux de hasard et d'argent (JHA). En effet, les JHA semblent faire partie des habitudes collectives des Québécois, alors que plus des trois quarts ont déjà parié ou dépensé de l'argent à au moins un JHA dans leur vie, et les deux tiers dans les 12 mois précédents l'enquête de 2012. C'est l'exception qui développera un trouble probable lié aux JHA, soit entre 5 à 9 Québécois sur 1 000 en 2009, et entre 3 à 6 Québécois sur 1 000 en 2012.

Malgré les tendances générales observées, la distribution du jeu à risque modéré et pathologique probable dans la population québécoise démontre clairement l'impact des inégalités sociales. En effet, le statut socioéconomique est fortement associé à une proportion plus élevée de joueurs à risque modéré et de joueurs pathologiques probables. Selon les données recueillies en 2012, ces deux proportions cumulées atteignent 4,7 %[‡] chez les personnes n'ayant pas terminé leurs études secondaires et 4,4 %[‡] parmi les personnes vivant dans des ménages à revenu inférieur. Chez l'ensemble des joueurs, la proportion de joueurs à risque modéré et de joueurs pathologiques probables est de 2,7 %.

Certains facteurs de vulnérabilité aux problèmes de JHA semblent être contingents au type de jeu analysé. Même si la loterie demeure populaire pour l'ensemble des joueurs, on retrouve une proportion plus élevée de joueurs à risque modéré et de joueurs pathologiques probables parmi ceux qui s'adonnent particulièrement au pari sur les machines à sous et sur les ALV. Ces joueurs d'ALV ainsi que les joueurs en

[‡] Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %, à interpréter avec prudence.

ligne sont proportionnellement plus à risque de jouer de manière excessive et d'être confrontés à des effets négatifs importants si on en juge par leurs dépenses considérablement plus élevées que les joueurs qui ne parient pas aux ALV ou en ligne. Pour expliquer ces données, il est utile d'avoir en mémoire qu'en dépit des caractéristiques communes à toutes les activités de jeu, notamment la mise en jeu ou la composante de hasard, chaque jeu possède des caractéristiques uniques telles la taille des lots, la fréquence et la durée des événements, la probabilité de gagner, la latitude décisionnelle du joueur, le niveau d'habileté requise, suscitant chacune une plus ou moins grande participation à certains jeux dans la population ou dans certains sous-groupes. Le risque relatif en matière de jeu à risque ou pathologique est donc variable dans la population selon les habitudes de jeu [9]. Dit autrement, on observe un plus grand nombre de joueurs à risque modéré et de joueurs pathologiques probables parmi ceux qui jouent aux machines à sous et aux ALV. Bref, nos résultats suggèrent une association entre le type de jeu pratiqué et la gravité des problèmes de jeu. De ce fait, il est possible de conclure que chaque jeu a des propriétés spécifiques dont il serait imprudent de ne pas en tenir compte dans une perspective de prévention.

Le tabagisme et la dépendance possible à l'alcool sont associés à la gravité des problèmes de JHA. Plus particulièrement, la consommation à risque d'alcool ou la dépendance possible à l'alcool se remarque de manière différentielle chez les joueurs à risque modéré et les joueurs pathologiques probables. Cette association entre l'usage de tabac et la consommation à risque d'alcool, mais également l'usage du cannabis chez les joueurs en ligne et d'ALV, est encore plus forte. Or, les déterminants des JHA sont multidimensionnels et multi-niveaux. Non seulement

certain types de jeux attirent une fraction particulière de la population et qu'il existe une association entre le type de jeu pratiqué et la gravité des problèmes de jeu, mais les résultats suggèrent également une association entre ces jeux et l'usage inapproprié de substances.

2. Portrait longitudinal

L'étude d'une cohorte de 137 joueurs révèle un changement significatif dans la gravité des problèmes de jeu pour 15 % de l'échantillon (21/137), le changement étant défini comme le passage au-dessus ou en-dessous du seuil de risque tel que mesuré par l'Indice Canadien de Jeu Excessif (ICJE) (score de 3+). En effet, 8 joueurs identifiés comme joueurs sans problème ou à faible risque (score < 3) au premier temps de collecte, sont des joueurs à risque modéré ou des joueurs pathologiques probables 30 mois plus tard. Par ailleurs, 13 joueurs initialement à risque modéré ou pathologiques probables sont des joueurs à faible risque ou sans problème au troisième temps de collecte. De plus, on note une plus grande stabilité du statut de jeu parmi les joueurs sans problème ainsi que parmi les joueurs pathologiques probables. Néanmoins, on note des entrées et des sorties plus fréquentes dans la catégorie des joueurs à risque modéré. Cette catégorie capte en réalité un ensemble hétérogène de joueurs englobant à la fois d'anciens joueurs pathologiques probables qui demeurent vulnérables, des joueurs à risque stabilisés et des joueurs pour qui on note l'apparition récente de problèmes qui pourraient devenir plus ou moins sévères.

Cette étude de cohorte révèle que la population connaît relativement bien les trois services d'aide offerts à la population, notamment la ligne *Jeu : aide et référence* (82 %), le site Internet *Jeu : aide et référence* (23 %) et les services de traitement

dans les centres de réadaptation en dépendance du Québec (58 %). Toutefois, le taux d'utilisation de la ligne téléphonique se situe entre 17 % et 28 % parmi les joueurs à risque modéré et les joueurs pathologiques probables qui connaissent ce service et entre 8 % et 44 % pour les centres de traitement.

Les joueurs appellent la ligne téléphonique principalement pour obtenir de l'information, du soutien ou une référence pour un autre service alors que la raison principale pour le recours aux services d'aide demeure celle d'obtenir de l'aide pour arrêter de jouer. Deux raisons semblent expliquer le non-recours aux services chez les joueurs qui connaissent les services, notamment le sentiment de ne pas avoir besoin d'aide ou la croyance que ces services ne peuvent pas nous aider. Finalement, il est important de noter que les utilisateurs de ces services expriment un niveau de satisfaction assez élevée.

La description du continuum de gravité dans la population du Québec constitue la principale force de cette enquête, depuis les joueurs sans problème à ceux qui présentent un trouble lié au jeu probable, en passant par les différentes phases du risque. Ce sont notamment ces 90 000 joueurs à risque modéré (1,4 %) ainsi que ces 185 000 à faible risque (2,9 %) qu'il faudra soutenir en s'appuyant sur une meilleure compréhension de ce qui les maintient leur conduite autorégulée et les empêche de basculer vers le seuil clinique et les 3,9 M de joueurs sans problème dont les comportements face aux JHA leur permettent de maintenir des habitudes saines de jeu, comportements qu'il faudrait par ailleurs renforcer.

PARTIE E – PISTES DE RECHERCHE

Les résultats de cette étude révèlent que les habitudes de jeu se distinguent selon les groupes sociaux notamment le genre, l'âge et le niveau socioéconomique. De même, la prévalence des problèmes de jeu se répartit de manière inégale à travers les groupes sociaux et selon les types d'activités et les lieux où se trouvent les JHA. Il s'avère donc important de tenir compte des facteurs reliés au contexte de vie des groupes les plus vulnérables ainsi que du contexte politique et socioéconomique tel que les dimensions d'accessibilité, de disponibilité et de promotion des JHA. Ces dimensions offriraient des pistes d'action sur les déterminants sociaux associés à la distribution inégale du risque dans certaines populations plus vulnérables.

Pour la prévention, ces résultats pointent vers la nécessité de considérer des actions préventives ciblées pour maximiser la probabilité de rejoindre les sous-groupes de la société qui sont plus à risque, de même que des actions préventives concertées à plusieurs niveaux, dans les écoles, la famille et la communauté, dans un effort de triangulation et de convergence des messages auprès de la population.

Les résultats indiquent également l'importance de rejoindre en priorité les joueurs à risque afin de les aider et d'aider leurs proches alors que leurs habitudes de jeu sont en-dessous du seuil clinique. De plus le jeu à risque et pathologique probable sont associés non seulement à d'autres conduites addictives (tabac, alcool et drogue), mais également à la détresse psychologique. Il est donc important de penser aux interventions avec ces joueurs dans une perspective de santé globale qui répond à l'ensemble des facteurs tant contextuels (déterminants socioéconomiques, disponibilité et accessibilité des jeux), qu'individuels (conduites addictives, détresse psychologique).

RÉFÉRENCES

1. Abbott, M.W., Volberg, R.A., and Rönnerberg, S. (2004). Comparing the New Zealand and Swedish National Surveys of Gambling and Problem Gambling. *Journal of Gambling Studies*, 20(3), 237-258.
2. NORC. (1999). *Report to the National Gambling Impact Study Commission*. Chicago: National Opinion Research Center at the University of Chicago.
3. Commission, P. (1999). *Australia's Gambling Industries : Draft Report*. Canberra : Commonwealth of Australia.
4. Wardle, H. (2007). *British Gambling Prevalence Survey*. Great Britain : The Stationery Office.
5. Ipsos-Reid, G.R. (2008). *British Columbia Problem Gambling Prevalence Study*. Victoria : Ministry of Public Safety and Solicitor General.
6. Azmier, J.J. (2005)., *Gambling in Canada 2005 : Statistics and Content*. Calgary : Canada West Foundation.
7. Cox, B.J., et al. (2005). A national survey of gambling problems in Canada. *Can J Psychiatry*, 50(4), 213-217.

8. Loto-Québec. (2007). Le rapport annuel de Loto-Québec in *Revue des activités commerciales*. Loto-Québec.
9. Parke, J., & Griffiths, M.D. (2007). The role of structural characteristics in gambling. In G. Smith, D. C. Hodgins & R. J. Williams (Eds.), *Research and Measurement Issues in Gambling Studies* (pp. 218–249). Burlington, MA : Academic Press.
10. Korn, D. A., & Shaffer, H. J. (1999). Gambling and the health of the public : Adopting a public health perspective. *Journal of Gambling Studies*, 15(4), 289-365.