

Cette présentation a été effectuée le 23 novembre 2007, au cours de la journée « Tabac, alcool, drogues, jeux de hasard et d'argent. À l'heure de l'intégration des pratiques » dans le cadre des Journées annuelles de santé publique (JASP) 2007. L'ensemble des présentations est disponible sur le site Web des JASP, à l'adresse <http://www.inspq.qc.ca/archives/>.

information
formation
recherche
coopération internationale

Élaboration d'un cadre de référence en prévention des problèmes liés aux jeux de hasard et d'argent: les acquis des autres dépendances

Élisabeth Papineau
Fabienne Richer
INSPQ

23 novembre 2007

11^e JOURNÉES ANNUELLES DE SANTÉ PUBLIQUE

Institut national de santé publique Québec

Plan

- Conceptualisation de la prévention
- Les problèmes de jeu: peu d'évidences en prévention
- Les tendances existantes
- Les évidences issues des dépendances alcool-drogues tabac
 - Alcool: parallèles et évidences
 - Drogues: parallèles et évidences
 - Tabac : parallèles et évidences

2

Institut national de santé publique Québec

Conceptualisation de la prévention dans le domaine du jeu

Agir sur l'accessibilité, la dangerosité et l'information/éducation

> Épidémiologie: l'augmentation de l'offre ou de l'**accessibilité** entraîne généralement une augmentation des problèmes liés au jeu dans la société.



> La **dangerosité** vient moduler les effets de cette accessibilité : les jeux les plus dangereux exacerberont davantage les problèmes de jeu (ex: ALV vs. Bingo)



> Les initiatives ou les actions pour la santé publique (**sensibilisation, information, éducation à la santé** etc.) ont théoriquement la capacité de réduire dans une certaine mesure les effets combinés de l'accessibilité et de la dangerosité (Chevalier & Papineau, 2007).

Potentiel d'efficacité estimé des initiatives de prévention des problèmes de jeu

| | haut | modérément haut | modéré | modérément bas | bas |
|---|------|-----------------|--------|----------------|-----|
| INITIATIVES ÉDUCATIVES | | | | | |
| Interventions en amont | | ✓ | | | |
| Campagnes d'information/sensibilisation | | | | ✓ | |
| Initiatives éducatives plus dirigées et soutenues | | | ? | | |
| Formation sur les statistiques/probabilités | | | | ✓ | |
| Programmes globaux | | | ? | | |
| Centres d'information et de counselling sur les sites | | | ? | | |
| INITIATIVES POLITIQUES | | | | | |
| Restrictions de l'accessibilité générale au jeu | | ✓ | | | |
| Restrictions sur le nombre de sites de jeu (casinos/racinos) | | ✓ | | | |
| Restrictions des formes les plus dangereuses de jeu | | ✓ | | | |
| Limitation des opportunités de jeu aux seuls sites dédiés au jeu | | | ? | | |
| Restrictions sur la localisation des sites de jeu | | ✓ | | | |
| Limitations sur les heures d'ouverture des sites de jeu | | | | ? | ? |
| Restrictions sur la clientèle | | | | | |
| Prohibition du jeu chez les mineurs | | | | ? | ? |
| Restrictions de l'entrée aux non résidents | | ? | | | ? |
| Restrictions de l'entrée aux personnes de classe socio-économique plus élevée | | | | ? | |
| Auto exclusion des casinos | | | | ✓ | |
| Restrictions sur la commercialisation du jeu | | | | | |
| Formation sur le jeu problématique aux employés des sites de jeu | | | ? | | |
| Interventions automatisées pour les joueurs à risque | | | ✓ | | |
| Modifications des paramètres des appareils électroniques de jeu | | | | ✓ | |
| Limites sur les pertes maximum admises | | | | ? | |
| Restrictions sur l'accès à l'argent | | | ? | | |
| Restrictions sur la consommation concomitante de tabac et d'alcool | | ✓ | | | |
| Restrictions de la publicité et des activités promotionnelles | | | | ? | |
| Actions sur l'environnement et design des sites de jeu | | | | | ? |
| Augmentation des coûts du jeu | | | | ? | |
| Indépendance entre les régulateurs des jeux et les exploitants des jeux | | | ? | | |

Les problèmes de jeu: peu d'évidences en prévention

- Prise en compte des problèmes de jeu par la santé publique relativement récente
- Initiatives rarement évaluées
 - ✓ Force des preuves déficiente
 - ✓ Impacts et durabilité des initiatives non documentés
 - ✓ Fondements scientifiques faibles ou absents
- Recherche et prévention sous influence
 - ✓ Promoteurs
 - ✓ Industrie

5

Les tendances existantes

- Initialement, emphase sur les initiatives informatives, les campagnes de prévention universelles
- Tendances récentes vers des actions sur les ALV et sur les caractéristiques des jeux: logique et fondements scientifiques absents
- Globalement, emphase mise sur le développement chez les individus de la capacité à gérer les risques du jeu (« *responsible gaming* »): on leur attribue le fardeau
- Prévention réactive à la commercialisation et à ses impacts, jamais en amont ou intégrée à la R&D des produits

6

Les apports des autres dépendances: alcool-tabac-drogues

Institut national
de santé publique
Québec 

Parallèles jeu-alcool

- L'État en tire de substantiels revenus
- Hautement régulés
- Largement commercialisés
- Légaux pour les adultes (prohibés pour les mineurs).
- Légitimation et normalisation progressives
- Commercialisation « festive »

- Déterminants communs des problèmes

- *Selon les données du programme expérimental québécois, 19 % des joueurs problématiques ont une dépendance à l'alcool (Chevalier & al., 2005a).*
- *40 % des joueurs d'ALV affirment consommer drogues ou alcool quand ils jouent (Chevalier & al., 2004b).*

Institut national
de santé publique
Québec 

Évidences issues de l'alcool



- Les actions et politiques publiques relatives à l'**accessibilité physique, économique et légale** à l'alcool sont des éléments majeurs de prévention de la consommation abusive d'alcool et des problèmes qui en découlent

(Cook & More, 2002; Babor & al, 2003, OMS, 2004).

Exemples

- Âge légal
 - Taux d'alcoolémie permis pour conduire
 - Restriction aux points de vente
 - Taxation des produits
- Le **marketing social** est apte à modifier les connaissances - sous conditions: actions interactives, valorisation des connaissances, des expériences et des capacités des personnes, informations scientifiquement exactes et objectives

(Roberts et coll., 2001; Stockwell et coll., 2005).

Parallèles jeu-drogues

- Augmentation de la disponibilité des produits
 - Diversité des types de produit et de leur dangerosité
 - Taux important de consommation (cannabis) au secondaire
 - Normes sociales tolérantes malgré la législation
 - Stimulation biochimique entraînant la dépendance (ALV)
- Mêmes facteurs de risque biologiques, psychologiques contextuels et sociaux

Selon les données du programme expérimental québécois, 9 % des joueurs problématiques ont une dépendance liée aux drogues (Chevalier & al., 2005a).

Évidences issues des drogues



- **Stratégies différenciées** selon les drogues (héroïne, cannabis, amphétamines, etc)...
- **Promotion du développement optimal** dès l'enfance démontre des bénéfices à long terme (*pertinent tous comportements à risque*) (Roberts & al., 2001; Stockwell & al., 2005).
- **Éducation à la santé chez les jeunes**
 - ✓ actions avant ou durant la période d'exposition initiale (Hawks, 2002)
 - ✓ dans différents milieux (étudiants, contrevenants et décrocheurs)
 - ✓ information des conséquences immédiates des comportements plutôt que des effets à long terme (Roberts & al., 2001; Stockwell et al., 2005; Vitaro, 2005)
- Principes issus de la réduction des méfaits*: agir avec les consommateurs dans les lieux de consommation, interventions brèves (Brochu, 2007; Loxley & al, 2004)

Survol des schémas d'investissement recommandés dans la prévention de l'usage et de l'abus de substance dans la communauté (adapté de Loxley & al, 2004)

Table 7.5.1 Overview of recommended patterns of investment in prevention of risky substance use and harm across the whole community

| Substance type | Risk patterns | Main risk populations | Harm prevalence | Recommended supply reduction strategies | Recommended demand reduction strategies | Recommended harm reduction strategies | Main recommended level of application |
|---------------------------------|---------------------------------------|---|--|--|---|---|---------------------------------------|
| Tobacco | Regular use and dependence | General | Leading cause of drug related harm overall | Taxation*** Government Monopoly [P] | Brief intervention*** School drug education* Enforcement of minimum purchase age laws** Treatment* | Restrictions on smoking in public places** Smoke-free alternatives* | Universal |
| Alcohol | Intoxication and regular use | General, males | 2 nd leading cause of harm, 1 st in some regions | Taxation*** Controls on hours and density of outlets** Minimum drinking age of 21 years*** | Brief intervention*** Treatment*** Community action on local policy** | Random breath testing of drivers*** Safe glassware* Thiamine-fortification of drinks and flour*** | Universal |
| Cannabis | Regular use and dependence | General, males | Low for health related harms, high for criminal justice costs | Prohibition with civil penalties* | Brief intervention*** Treatment*** | Use of civil penalties to reduce social harms with criminal penalties* | Universal and targeted |
| Other illicit substances | Overdose, intoxication, dependence | Socially and developmentally disadvantaged, males | Lower than legal drugs for health and social costs, high for law enforcement costs | Control of precursor chemicals [P] | Treatment*** Developmental prevention** Diversion from criminal justice system* | Needle exchanges*** Hepatitis B vaccination for users*** Prescribed heroin** Safe injecting rooms* | Targeted |
| All substances | Intoxication, regular use, dependence | General, young people, males, disadvantaged | Substantial, 12.4% of all deaths | Legal structures and practices to promote health and safety | Early life interventions; Post-natal home visits** Pre-school preparation** | Public education about the care of intoxicated persons at risk of fatal overdose* | Universal and targeted |

Source: Adapted from Loxley, Tromboretti, Stockwell, et al., 2004.

Note: *** Strong evidence for wide implementation; ** Strong evidence for implementation with evaluation; * Promising, needs further research to define best practice; [P] Strong rationale, further research recommended.

Parallèles jeu-tabac

Étatisé≠Privé

- Légitimation et normalisation progressives
- Largement commercialisés
- Âge légal d'achat 18 ans
- Mais très large exposition des mineurs
- Marketing aux points de vente en pleine expansion
 - Primes accordées aux détaillants par volume de vente
- L'industrie fait de la « prévention »
- Difficulté d'accès aux données sur la dangerosité

- Déterminants communs des problèmes

13

Évidences issues du tabac



- Efficacité des **programmes communautaires**: développement du leadership des jeunes et des communautés, atout des réseaux sociaux- projets pilotes, encadrement/financement adéquats (Centers for Disease Control and Prevention, 2007; Siegel, 2002; Sowden & Arblaster, 2003)
- **Politiques publiques** concernant le marketing, l'affichage, l'accessibilité et les environnements de vie favorables: « *Contrairement à la croyance populaire, les normes sociétales sont plus influencées par les politiques de contrôle que par les campagnes médiatiques ou les approches éducatives* (Hawks et al., 2002; Canning & al., 2004).
- La **dénormalisation active** est probante -ou réduction de l'accessibilité symbolique- (Centers for Disease Control and Prevention, 2007)

14

Défis du contre marketing du jeu

- Le marketing et l'éducation à la santé sont deux discours qui s'inscrivent de façon antagoniste dans un espace social et médiatique
- Contrairement aux drogues (illégalité) et au tabac (dénormalisation), le jeu est dans un contexte de promotion étatique
- Tous les types de prévention (actions sur accessibilité, la dangerosité, et d'information) sont donc en concurrence (dissonance?) avec le marketing et la normalisation des JHA



15

- Babor, T. F., Caetano, R., Casswell, S., Edwards, G., Giesbrecht, N., Graham, K., Grube, J., Gruenewald, P., Hill, L., Holder, H., Homel, R., Österberg, E., Rehm, J., Room, R. & Rossow, I. (2003).** Alcohol : No Ordinary Commodity. Research and Public Policy. Oxford et Londres : Oxford University Press.
- Canning, U., Millward, L., Raj, T. et Warm, D. (2004),** Drug use prevention among young people: a review of reviews, Health Development Agency, London
- Centers for Disease Control and Prevention (2007)** Best Practices for Comprehensive Tobacco Control Programs 2007. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; October 2007.
- Chevalier, S. et Papineau, É. (2007).** Analyse des effets sur la santé des populations des projets d'implantation de salons de jeux et d'hippodromes au Québec. Rapport déposé aux directeurs régionaux de santé publique. DSP Montréal & INSPQ.
- Chevalier, S., Allard, D., Kimpton, M-A., Audet, C., Hamel, D. & St-Laurent, D. (2005a).** Évaluation du programme expérimental sur le jeu pathologique. Monitoring évaluatif -indicateurs d'implantation, mai 2001-décembre 2003. Montréal : Institut national de santé publique du Québec.
- Chevalier, S., Hamel, D., Ladouceur, R., Jacques, C., Allard, D. & Sévigny, S. (2004a).** Comportements de jeu et jeu pathologique selon le type de jeu au Québec en 2002. Montréal et Québec : INSPQ et Université Laval.
- Cook, P., Moore, M.J. (2002).** The economics of alcohol abuse and alcohol control policies. Health Affairs, 21 (2), 120-133.
- Hawks, D., Scott, K., McBride, M., (2002).** Prevention of psychoactive substance use : a selected review of what works in the area of prevention. Genève. World Health Organisation.
- Hopkins, DP, Briss, PA, Ricard, CJ, et al (2001).** Reviews of evidence regarding interventions to reduce tobacco use and exposure to environmental tobacco smoke. American Journal of Preventive Medicine, 20 (1s), 16-66.
- Lancaster, T. & Stead, L. F. (2005).** Individual behavioural counselling for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 2. Art. No. : CD001292. DOI : 10.1002/14651858. CD001292. pub2.
- Organisation Mondiale de la santé (2004).** Global Status Report: Alcohol Policy. Genève. Consulté 1-8-6
http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/Alcohol%20Policy%20Report.pdf
- Roberts, G., McCall, D., Stevens-Lavigne, A., Anderson, J., Paglia, A., Bollenbach, S., Wiebe, J. & Gliksman, L. (2001).** Prévention des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues chez les jeunes : Un compendium des meilleures pratiques. Ottawa : Santé Canada, Bureau de la stratégie canadienne antidrogue.
- Siegel, M. (2002).** The effectiveness of State-Level Tobacco Control Interventions: A Review Program Implementation and Behavioral Outcome" Annual Review of Public Health, 23, 45-71.
- Sowden, A., Arblaster, L., & Stead L. (2003).** Community interventions for preventing smoking in young people. Cochrane Database of Systematic Reviews, 1, CD001291.
- Stockwell, T., Gruenewald, P. J., Toumbourou, J. W. & Loxley, W. (édité par). (2005).** Preventing Harmful Substance Use : The Evidence Base for Policy and Practice. Chichester, Angleterre : Wiley & Sons.
- Toumbourou, J. W., Stockwell, T., Neighbors, C., Marlatt, G. A., Sturge, J. & Rehm, J. (2007).** Interventions to reduce harm associated with adolescent substance use. Lancet, 369 (9570), 1391-401.
- Vitaro, F., Vachon, J., Wanner, B., Ladouceur, R., Roy, N., Paré, R., Paré, L. (2005).** Le jeu chez les jeunes : antécédents, corrélats et subséquents.

Merci!

elisabeth.papineau@inspq.qc.ca
fabienne.richer@inspq.qc.ca

*Institut national
de santé publique*
Québec 