



LES HABITUDES DE JEU CHEZ
UNE POPULATION DE 50 ANS ET PLUS
DE LA RÉGION DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC

NADIA L'ESPÉRANCE
MAXIME GAGNON
JEAN-MARC MÉNARD

JUILLET 2010

TABLE DES MATIÈRES

	<i>page</i>
INTRODUCTION	4
1. Recension documentaire.....	5
1.1 Le jeu de hasard et d'argent	5
1.2 Prévalence	6
1.2.1 Chez les adultes	6
1.2.2 Chez les personnes de 50 ans et plus	7
1.3 Profil du joueur pathologique de 50 ans et plus.....	8
1.4 Raisons pour jouer et conséquences	10
2. Méthodologie.....	12
2.1 Échantillon	12
2.2 Déroulement.....	12
2.3 Instruments de mesure	13
3. Résultats et discussion	15
3.1 Les participants	15
3.2 Les habitudes de jeu	16
3.3 L'état de la santé	21
3.4 Les habitudes de consommation	22
3.5 La relation entre ces habitudes.....	27
CONCLUSION.....	28
RÉFÉRENCES	30

LISTE DES TABLEAUX

	<i>page</i>
Tableau 1	Prévalence du jeu à risque et du jeu pathologique pour chacune des provinces canadiennes6
Tableau 2	Prévalence des personnes qui ont joué une fois ou plus dans la dernière année, chez l'ensemble des participants 16
Tableau 3	Dépense moyenne annuelle investie dans les JHA, chez les personnes ayant joué une fois ou plus dans la dernière année 18
Tableau 4	Motivations, croyances et conséquences associées au jeu, chez l'ensemble des participants..... 19
Tableau 5	Prévalence des conduites associées au jeu, pour l'ensemble des participants20
Tableau 6	Perception de la santé en général, chez l'ensemble des participants21
Tableau 7	Prévalence de la détresse psychologique, chez l'ensemble des participants22
Tableau 8	Prévalence de la consommation de médicaments dans la dernière année, pour l'ensemble des participants.....23
Tableau 9	Comparaison des prévalences de la consommation de médicaments entre les participants de la région MCQ et ceux du Nouveau-Brunswick24
Tableau 10	Comparaison des prévalences de la consommation de médicaments entre les participants de la région MCQ et la population de 45 ans et plus du Québec24
Tableau 11	Prévalence des conduites liées à la consommation d'alcool, chez l'ensemble des participants25
Tableau 12	Prévalence de la consommation d'alcool à haut risque, chez l'ensemble des participants.....26
Tableau 13	Corrélation entre les variables mises à l'étude27

INTRODUCTION

Le nombre de personnes âgées au Québec et au Canada a considérablement augmenté depuis les 20 dernières années. À la fin des années 70, les individus âgés de plus de 65 ans représentaient 8,2% de la population alors qu'en 2001 ce taux était de 13,3% (Institut de la statistique du Québec, 2003). Ce changement démographique s'explique en grande partie par l'augmentation de l'espérance de vie à la naissance qui atteint 81,5 ans chez les femmes et 75,2 ans chez les hommes (Institut de la statistique du Québec, 2001). Quant aux baby-boomers, on en dénombre présentement 2 385 000 et ceux-ci représentent environ 31% de la population québécoise (Institut de la statistique du Québec, 2003). Au Canada, d'ici 2015, plus de 15 millions de canadiens âgés de plus de 50 ans seront prêts à prendre leur retraite (Statistique Canada, 2006) en étant plus jeunes, en meilleure santé, mieux éduqués et mieux nantis que les individus composant la génération précédente.

Cette nouvelle réalité, conjuguée à un accroissement de la pratique des jeux de hasard et d'argent qui semble être devenue une nouvelle forme de divertissement (CAMH, 2010), méritent qu'on s'y attarde. En effet, au Canada, entre 1 et 2% des personnes âgées présentent des problèmes de jeu pathologique (Cox, Yu, Afifi, & Ladouceur, 2005) alors que les données québécoises les plus récentes démontrent qu'en 2002, 0,8% de la population québécoise présentait des problèmes de jeu pathologiques probables, 0,9% des joueurs étaient considérés à risque (Ladouceur, Jacques, Chevalier, Sévigny, Hamel, & Allard, 2004).

Les conséquences liées au jeu pathologique sont nombreuses telles que vivre une détresse psychologique, intensifier des problèmes physiques, psychologiques (stress, symptômes dépressifs, etc.), sociaux (isolement, solitude, etc.) et financiers (faible revenu) (Petry & Kiluk, 2002). Il est donc nécessaire de mieux cerner cette problématique par mesure préventive et curative. Par ailleurs, les études réalisées auprès de cette population sont peu nombreuses. Ce projet permettra de répondre à un questionnement suscité par l'Agence de santé et des services sociaux de la Mauricie/Centre-du-Québec en regard de la prévalence du jeu excessif chez les personnes de 50 ans et plus de la région MCQ. De plus, il sera possible de connaître la relation pouvant exister entre le jeu, la consommation de médicaments, d'alcool et l'usage du tabac.

1. RECENSION DOCUMENTAIRE

1.1 LE JEU DE HASARD ET D'ARGENT

Lorsque l'on parle de jeu de hasard et d'argent (JHA), on fait référence aux billets de loterie, à la loterie instantanée, aux appareils de loterie vidéo (ALV) et tous les jeux disponibles au casino. Au Québec, on retrouve deux catégories: les jeux étatisés et les jeux privés (Chevalier, Hamel, Ladouceur, Jacques, Allard, & Sévigny, 2004). Les jeux étatisés réfèrent aux jeux régis par l'État : les jeux en casino, les loteries, les ALV, les bingos et les courses de chevaux. L'État, c'est-à-dire la société d'exploitation de loteries Loto-Québec, exploite les JHA à l'aide de ses différentes filiales (casino, réseau de loteries vidéo, bingo, courses de chevaux) et l'offre de jeu ne cesse de croître depuis sa création en 1969. Les revenus de Loto-Québec pour 2009-2010 sont de 3,810 milliards de dollars dont 48,6% sont attribuables aux loteries, 27,5% aux loteries vidéo, 23,2% aux casinos et 0,8% au bingo (Loto-Québec, rapport annuel, 2010). Devant ces bénéfices en constante augmentation, on peut conclure que la société a modifié sa façon de concevoir le divertissement, faisant maintenant place au JHA (CAMH, 2010). Enfin, les jeux privés réfèrent aux paris et « pools » sportifs, les paris sur des jeux d'habiletés, les tirages et campagnes de financement, les jeux de cartes en famille, entre amis, entre collègues ou de façon clandestine, les jeux sur Internet, les mises boursières réalisées dans le but de faire un gain immédiat et toute autre activité du genre (Chevalier et al., 2004).

Pour Ladouceur, Sylvain, Boutin et Doucet (2000), le JHA doit réunir trois conditions : 1. miser une somme d'argent ou un objet de valeur; 2. la mise est irréversible; 3. l'issue du jeu repose sur le hasard. Toutefois, les personnes qui s'adonnent au JHA ne glissent pas nécessairement vers un comportement problématique de jeu, tel que défini par le DSM-IV (1994). Ce dernier définit le jeu pathologique comme étant « une conduite de jeu répétée, persistante et inadaptée qui perturbe la vie personnelle, familiale ou professionnelle ». Parmi les dix critères diagnostiques, un individu doit répondre à au moins cinq critères. Cependant, un manque de consensus ressort quant au nombre de critères à retenir pour diagnostiquer un joueur « problématique » ou « à risque ». La pratique courante considère un joueur « problématique » ou « à risque » s'il présente entre 1 et 4 critères diagnostiques du DSM-IV (ACRDQ, 2009).

1.2 PRÉVALENCE

1.2.1 Chez les adultes

Wiebe et Volberg (2007) font ressortir que les taux de prévalence pour le jeu pathologique seraient de 0,2 % en Norvège et en Suède et 2,2 % à Hong-Kong. Aux États-Unis et au Canada, une méta-analyse portant sur 119 études de prévalence du jeu pathologique montre que la prévalence a augmenté au cours des 20 dernières années. Ce phénomène pourrait s'expliquer par une interaction entre les caractéristiques individuelles et le contexte social. La population en général a une perception négative à l'égard des comportements illicites (ce que le jeu était à une certaine époque). En contrepartie, le JHA est devenu, au cours des 20 dernières années, plus accessible et mieux accepté socialement, ce qui encourage un plus grand nombre d'individus à s'y adonner (Shaffer, Hall, & Vander Bilt, 1999).

Dans les études plus récentes menées au Canada, on constate que le taux de prévalence varie de 0,8% à 1,6% et que le Québec présente le plus faible taux (Tableau 1). De plus, au Québec, nous avons observé une légère baisse du jeu pathologique entre 1996 (Ladouceur, Jacques, Ferland, & Giroux, 1999) et 2002 (Ladouceur et al., 2004), passant de 1% à 0,8%. Ces résultats indiquent que la problématique demeure relativement stable.

Tableau 1. Prévalence courante du jeu à risque et du jeu pathologique probable pour chacune des provinces canadiennes

Province	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.	Qc	N.-B.	N.-É.	I.P.E.	T.N.
Année du sondage	2007	2001	2001	2006	2005	2002	2001	2007	2005	2005
Nbre de répondants	3000	1804	1848	6007	3604	8842	800	2500	1000	2596
JAR (ICJE=3 à 7)	3,7	3,9	4,7	4,7	2,6	0,9	1,8	0,9	0,7	2,2
JPP (ICJE=8 +)	0,8	1,3	1,2	1,4	0,8	0,8	1,4	1,6	0,9	1,2

ACRDQ (2009) p.15

1.2.2 *Chez les personnes de 50 ans et plus*

Dans une recension documentaire, Clarke (2008) fait ressortir des taux de prévalence de jeu pathologique, chez les personnes de 50 ans et plus, de 0,4% en Nouvelle-Zélande et 1,2% aux États-Unis. Au Canada, on remarque également une variation des taux de joueurs à risque et pathologiques regroupés : 2,8% au Nouveau-Brunswick (Schellinck, Schrans, Walsh, & Grace, 2002); 2,8% au Manitoba (Wiebe & Cox, 2005); 1% à 3,3% en Ontario (Adlaf & Ialomiteanu, 2002); et 2,8% au Québec (Philippe & Vallerand, 2007). Ces variations pourraient s'expliquer par la méthodologie ainsi que les différentes tranches d'âge utilisées comme critère d'inclusion dans les études pour parler des personnes de 50 ans et plus. On peut toutefois dire que la prévalence du jeu pathologique est relativement comparable entre les adultes en général et les personnes de 50 ans et plus.

Quant aux jeux les plus populaires, les résultats d'une étude menée au Nouveau-Brunswick auprès d'une population âgée de 55 ans et plus montrent, en ordre décroissant, les préférences suivantes : l'achat de billets de loterie (65,9%), la loterie instantanée (32,5%), la participation à des tirages et campagnes de financement (21,7%), jouer au bingo (15,1%), jouer aux machines à sous au casino (6,2%) et jouer aux ALV (2,1%) (Schellinck et al., 2002). Chez la population adulte québécoise, les jeux les plus populaires sont l'achat de billets de loterie toute catégorie confondue (68,1%), la participation à des tirages et campagnes de financement (39,6%), la fréquentation des casinos (17,6%), les mises d'argent relatives aux jeux de carte en famille ou avec des amis (10,5%), jouer au bingo (9%) et jouer à la loterie vidéo (7,8%) (Ladouceur et al., 2004).

Bien que l'on observe une variabilité des taux de prévalence entre les types de jeu chez les deux populations, l'ordre des prévalences par type de jeu est similaire chez ces deux populations.

1.3 PROFIL DU JOUEUR PATHOLOGIQUE CHEZ LES 50 ANS ET PLUS

Le profil du joueur pathologique chez les personnes de 50 ans et plus semble présenter quelques différences entre les groupes d'âge et le type de jeu étudié (Pietrzak & Petry, 2006; Potenza, Steinberg, Rounsaville, & O'Malley, 2006; Schellinck et al., 2002).

Une étude menée au Nouveau-Brunswick auprès d'une population âgée de 55 ans et plus révèle que l'âge est la variable la plus importante dans les conduites de jeu et que le taux de participation au jeu diminue avec l'avancement en âge. Les auteurs observent également que les hommes et les personnes ayant un faible niveau de scolarité seraient plus enclins à participer de façon régulière à des activités de jeu (Schellinck et al., 2002).

Plus récemment, dans une étude menée auprès de personnes utilisant les lignes d'aide téléphonique pour les joueurs, les résultats montrent que les personnes plus âgées aux prises avec un problème de jeu (groupe de 55 à 78 ans) présentent un plus faible revenu, un intérêt pour le jeu de longue date, un problème de jeu à moins de catégories de jeu et ont moins tendance à rapporter des problèmes associés tels que de l'anxiété, des problèmes familiaux ou des comportements criminels. Elles seraient également moins endettées, rapporteraient moins faire l'usage du tabac, de drogues ou avoir des antécédents familiaux d'abus de drogues comparativement aux personnes plus jeunes (groupe 18 à 54 ans). En contrepartie, le groupe plus âgé est comparable au plus jeune en termes de niveau de dépression ou de risque suicidaire lié au problème de jeu, d'usage problématique d'alcool et de reconnaissance du problème d'endettement (Potenza et al., 2006).

Dans un autre effort de clarification, Desai, Desai et Potenza (2007) se sont intéressés à la relation entre les comportements de jeu et la santé selon l'âge (40 à 64 ans et 65 ans et plus). Ils ont comparé les non-joueurs aux joueurs récréatifs et les non-joueurs aux joueurs problématiques/pathologiques.

Chez tous les joueurs (récréatifs ou problématiques/pathologiques), toute catégorie d'âge confondue, on observe davantage d'obésité, de dépendance à la nicotine, de dépendance à l'alcool et de maladies chroniques que chez les non-joueurs. Les auteurs émettent plusieurs hypothèses pouvant expliquer ces résultats. Il est possible que les JHA attirent davantage des personnes qui présentent un style de vie sédentaire. Le croisement

simultané des JHA et de la consommation d'alcool, souvent accessible dans les lieux de jeu, pourrait multiplier les risques de développer un problème de consommation et de jeu. Finalement, des caractéristiques individuelles telles que l'impulsivité ou la recherche de sensations fortes pourraient expliquer la présence simultanée de comportements à risque tels que le jeu, la consommation d'alcool, etc.

Ce qui distingue les joueurs récréatifs des non-joueurs, peu importe l'âge, c'est la présence de dépendance à la nicotine, à l'alcool et l'obésité. On observe toutefois plus de problèmes de santé physique et mentale chez les joueurs récréatifs de 65 ans et plus.

Ce qui distingue les joueurs problématiques/pathologiques des non-joueurs varient selon l'âge. Chez les joueurs problématiques/pathologiques de 40 à 64 ans, on observe davantage de dépendance à la nicotine et à l'alcool, d'obésité et de problèmes de santé physique. Chez les joueurs problématiques/pathologiques de 65 ans et plus, on observe davantage de dépendance à l'alcool et de présence de maladies chroniques que chez les non-joueurs.

Il est donc possible de retenir que, chez les 40 à 64 ans, les comportements de jeu, qu'ils soient récréatifs ou problématiques/pathologiques, sont associés à des comportements de dépendance à la nicotine et à l'alcool ainsi qu'à l'obésité. Chez les 65 ans et plus, on observe toutefois quelques distinctions entre les comportements de jeu récréatif et problématiques/pathologiques. Chez les joueurs récréatifs, on note davantage de problèmes de dépendance (nicotine et alcool), d'obésité ainsi que de problèmes de santé physique et mentale alors que chez les joueurs problématiques/pathologiques, on observe davantage de dépendance à l'alcool et de maladies chroniques.

D'autres auteurs ont voulu connaître le profil des joueurs plus âgés selon le type de jeu (Dufour, Ferland, Fournier, Ladouceur, & Brochu, 2004 ; O'Brien Cousins & Witcher, 2006 ; Southwell, Boreham, & Laffan, 2008). Ainsi, dans les voyages organisés vers le casino, on retrouve généralement plus de femmes, d'ânés et de personnes à faible revenu (Dufour et al., 2004). Dans les salles de bingo, on retrouve davantage de femmes, de personnes âgées entre 70 et 74 ans, de personnes à faible revenu, veuf ou veuve et de personnes ayant une santé physique limitée qui éprouvent soit des problèmes d'articulation, des maladies cardiaques ou de l'arthrite (O'Brien Cousins & Witcher, 2006). Quant aux ALV, on retrouve davantage d'hommes, de personnes célibataires et de personnes croyant pouvoir influencer le hasard (Southwell et al., 2008). Ces résultats

indiquent que les hommes et les femmes ne sont pas attirés pas les même types de jeu. Par contre, un faible niveau socioéconomique et un état de santé relativement détérioré sont présents chez la plupart de ces joueurs.

Pietrzak et Petry (2006), pour leur part, ont voulu connaître la relation entre la sévérité du problème de jeu et le fonctionnement psychosocial des personnes de 60 ans et plus. Les résultats montrent que la sévérité du problème de jeu est associée à une détresse psychosociale élevée et que cette tranche de la population, lorsque consciente du problème, se montre intéressée au traitement. En termes plus clair, les joueurs pathologiques présentent plus de problèmes familiaux, de symptômes psychiatriques (anxiété, dépression, comportements obsessifs-compulsifs), plus d'isolement et de solitude et davantage de problèmes relatifs au jeu dans le dernier mois (fréquence du jeu, préoccupations ou inquiétudes). D'autres facteurs contribueraient au risque de développer un problème de jeu chez cette population plus âgée : la fréquence de jeu, le temps consacré au jeu, la satisfaction retirée, le besoin de diminuer la tension ou les inquiétudes (Clarke, 2008), la présence de troubles mentaux et de dépendance à l'alcool (McCready, Mann, Zhao, & Eves, 2008) et le fait d'être âgé dans la jeune cinquantaine par rapport aux plus vieux (Schellinck et al., 2002).

On retient donc l'importance de facteurs sociodémographiques (âge, sexe, revenu, état matrimonial), l'état de la santé, la perception et les croyances à l'égard du jeu et les habitudes de consommation (alcool et tabac). En somme, on observe chez les personnes de 50 ans et plus un profil similaire à la population adulte en général. Le jeu pathologique est associé au fait d'être un homme, d'être célibataire, d'avoir un niveau de scolarité primaire ou secondaire, d'avoir un revenu familial annuel inférieur à 40 000\$ (Ladouceur et al., 2004), de consommer de l'alcool de façon excessive et de faire usage de tabac (Potenza et al., 2006).

1.4 RAISONS POUR JOUER ET CONSÉQUENCES

Plusieurs personnes âgées considèrent le jeu comme étant un moyen de socialiser, de soutenir un organisme de bienfaisance, de sortir de l'isolement, de se désennuyer, d'oublier ses problèmes ou de gagner de l'argent (CAMH, 2006; Southwell et al., 2008). Il faut également rappeler, qu'à la retraite, la disponibilité et les occasions de jouer sont

parfois fréquentes particulièrement lorsque le transport vers le casino est gratuit et que d'autres incitatifs sont offerts (Florida Council on Compulsive Gambling, 2003).

Les conséquences du jeu pathologique sont toutefois nombreuses et certains types de jeu entraînent des conséquences plus graves. Par exemple, dans la population adulte québécoise, les joueurs d'ALV semblent davantage glisser vers le jeu pathologique que les joueurs d'autres types de jeu. En effet, 80% des utilisateurs de ligne téléphonique d'aide pour joueurs et 81% des personnes qui s'inscrivent à un traitement de jeu pathologique seraient des joueurs d'ALV (Chevalier et al., 2004). Chez les personnes âgées, les pertes financières sont difficilement récupérables car en raison de la retraite, le revenu est généralement fixe. Le joueur peut également ne plus avoir assez d'argent pour se nourrir ou payer ses dettes, se sentir coupable, avoir honte, se replier sur lui-même, s'isoler, être angoissé et se sentir déprimé. Le jeu peut aussi contribuer à l'aggravation de certains problèmes de santé physique en raison des longues heures passées à jouer aux machines à sous, entre autres (CAMH, 2006). En considérant le fait que les personnes âgées accordent de plus en plus d'importance au JHA (Gerstein, 1999, cité dans Dufour et al., 2004), parce que le jeu est de plus en plus considéré comme une activité de socialisation plutôt qu'un vice ou un péché (McNeilly & Burke, 2001, cité dans Dufour et al., 2004), et que plusieurs personnes commencent à jouer à leur retraite pour contrer l'ennui, la solitude et les problèmes quotidiens (Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission, 2000), il apparaît justifié de poursuivre les recherches en la matière.

Peu d'études se sont intéressées aux habitudes de jeu d'une population francophone de 50 ans et plus. De plus, la relation équivoque qui existe entre le jeu et certaines dépendances (alcool, tabac) ou l'état de santé, nous incite à accorder une attention plus grande à ces dimensions. Le projet actuel vise à tracer un portrait des habitudes de jeu, de consommation de médicaments, d'alcool, de tabac, de l'état de santé physique et psychologique chez des personnes de 50 ans et plus résidant dans la région de la Mauricie/Centre-du-Québec.

2. MÉTHODOLOGIE

2.1 ÉCHANTILLON

La collecte de données s'est déroulée de novembre 2007 à avril 2008 et plusieurs stratégies de recrutement ont été déployées. Premièrement, une firme de sondage a fourni une liste de 3193 noms de personnes choisies aléatoirement, dans la région de la Mauricie/Centre-du-Québec, sans toutefois pouvoir garantir que les ménages rejoints incluait une personne de 50 ans et plus. Parmi cet échantillon, 221 personnes ont accepté de participer. Deuxièmement, une annonce a été distribuée dans 17 560 foyers à l'aide du distributeur publicitaire Publi-sac sur les territoires de Shawinigan et Trois-Rivières. Cette seconde stratégie a permis de recruter 137 personnes additionnelles. Troisièmement, le projet a été présenté à la Fédération de l'âge d'or du Québec des régions de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Ainsi, 36 personnes du Centre-du-Québec se sont portées volontaire pour participer au projet. Enfin, à travers l'ensemble de ces stratégies de recrutement, l'effet « boule de neige », soit la participation de certaines personnes grâce aux bons mots d'autres participants, a permis d'ajouter 33 personnes à l'étude. Un grand total de 427 personnes ont participé au projet dont 4 ont dû être retirées en raison d'incapacités cognitives, 423 personnes composent donc l'échantillon final.

2.2 DÉROULEMENT

La collecte de données comportait quatre étapes : (1) la stratégie de recrutement encourageait les personnes intéressées à contacter la coordonnatrice de recherche. Cette façon de faire a permis d'expliquer le projet en détail et répondre aux questions des participants potentiels; (2) lorsqu'il y avait acceptation, les coordonnées des participants étaient transmises aux assistants de recherche qui avaient été préalablement formés; (3) les assistants de recherche contactaient par la suite les participants pour convenir d'un rendez-vous permettant de remplir le questionnaire d'une durée approximative de 30 à 60 minutes; et (4) les assistants de recherche se rendaient à domicile pour procéder à la passation des questionnaires auprès des participants.

2.3 INSTRUMENTS DE MESURE

Le choix des instruments de mesure a été largement inspiré par le *Sondage 2002 auprès des personnes âgées – Prévalence de la consommation d'alcool, de drogues et du jeu chez les adultes âgés de 55 ans et plus au Nouveau-Brunswick*. Pour chacun des instruments utilisés, les données en regard de leurs qualités psychométriques vous sont présentées lorsqu'elles sont accessibles.

Participation au jeu

Les données ont été recueillies à l'aide d'un tableau dont l'axe vertical est composé de 11 types de jeu : loterie, loterie instantanée, jeu par internet, appareil de loterie vidéo, bingo, machines à sous, jeu de dés ou de cartes au casino, pari sportif, courses de chevaux, jeu de cartes hors casino et tout autre type de pari. L'axe horizontal permet de codifier si la personne a déjà joué (essai du jeu), la fréquence de jeu, la dépense moyenne et s'il y a eu participation à des jeux de hasard et d'argent au cours de la dernière année et/ou du dernier mois.

Affirmations liées au jeu compulsif

Ce questionnaire contient 11 items et porte sur les comportements, motivations et opinions liés au jeu de même que sur les répercussions personnelles et sociales. Il est demandé le niveau d'accord à l'aide d'une échelle de type Likert où 1 signifie « pas du tout d'accord » à 4 qui signifie « entièrement d'accord ».

Indice canadien du jeu excessif (ICJE)

Ce questionnaire comporte neuf items et permet d'obtenir le taux de prévalence du jeu excessif en mettant l'accent sur les facteurs sociaux et environnementaux associés au jeu excessif. Parmi les neuf items, cinq portent sur les comportements du joueur (jouer de plus grosses mises pour ressentir le même enthousiasme, emprunter de l'argent ou vendre des biens...) et quatre portent sur les conséquences (problèmes de santé, problèmes financiers...). Sur une échelle de type Likert, quatre réponses sont possibles allant de 0 qui signifie « jamais » à 3 qui signifie « presque toujours », ce qui permet d'obtenir un pointage de 0 à 27. Ce questionnaire présente une bonne cohérence interne avec un alpha de Cronbach de 0,84 ainsi qu'une fiabilité test-retest relativement bonne avec un coefficient de corrélation 0,78. Enfin, par considération pour l'idée de l'auteur, la même terminologie sera utilisée pour parler des joueurs ayant un problème lié au jeu, soit joueur excessif plutôt que joueur pathologique probable.

Jeu compulsif à vie, jeu compulsif déclaré volontairement et résolution de problème

Ce questionnaire contient quatre items et porte sur la perception de son problème de jeu, la résolution de ce dernier ainsi que l'évaluation de ses habitudes de jeu à l'heure actuelle.

Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)

Ce questionnaire permet de repérer les buveurs qui risquent d'éprouver des problèmes dans l'avenir, mais qui ne répondent pas à des critères diagnostic clinique rigoureux. Il comporte donc dix items et permet de dépister les signes de dépendance, les réactions et conséquences liés à la consommation d'alcool. Le score total s'obtient par la sommation des items et un score de huit et plus indique une consommation à haut risque. Les qualités psychométriques de l'AUDIT sont rapportées dans plusieurs études et auprès de différentes population. Le seuil d'inclusion à huit permet d'obtenir une sensibilité de 0,90 et une spécificité de 0,80. Enfin, ce questionnaire présente une fiabilité test-retest de 0,86.

Consommation de tabac

Il s'agit d'un questionnaire composé de sept items portant sur la consommation de tabac passée et actuelle.

General Health Questionnaire-12 (GHQ-12)

Il s'agit d'une échelle d'autoévaluation permettant d'évaluer la santé mentale. Elle ne détermine pas les troubles mentaux, mais fournit plutôt des indications sur les risques de problèmes futurs auxquels s'expose l'individu, plus particulièrement la présence de détresse psychologique (symptôme somatique, anxiété, dépression et fonctionnement social). L'échelle comporte 12 items offrant quatre réponses possibles allant de « moins que d'habitude » à « beaucoup plus que d'habitude ». L'existence de trois symptômes ou plus indique la présence d'une détresse psychologique. Bien qu'il n'existe pas de validation de la version française du GHQ-12, Hu, Stewart-Brown, Twigg et Weich (2007) ont analysé la structure factorielle du questionnaire. Les auteurs concluent que le questionnaire présente une structure à deux facteurs, soit des items à connotation positive et négative relatifs à la perception de sa santé mentale, et permet d'expliquer 95% de la variance totale.

Consommation de médicaments d'ordonnance

Ce questionnaire porte sur la prise de médicaments d'ordonnance au cours de la dernière année. Il comprend neuf items relatifs à la consommation de somnifères, d'analgésiques, d'anxiolytiques, d'antidépresseurs. Il s'agit également d'identifier, par les répondants, leur dépendance à ces types de médicaments, le besoin de réduction et les symptômes de privation.

Données sociodémographiques

Il s'agit d'un questionnaire incluant neuf items soit, l'âge, le sexe, l'état matrimonial actuel, le niveau de scolarité, la situation d'emploi actuelle, la profession actuelle, le revenu total du ménage, le nombre de personnes contribuant au revenu du ménage et la fréquence de JHA des autres membres composant le ménage.

3. RÉSULTATS ET DISCUSSION

Afin de tracer un portrait de notre échantillon, plusieurs analyses ont été utilisées. D'abord, des analyses descriptives permettront de connaître la prévalence des habitudes de jeu, des habitudes de consommation et de l'état de santé générale des participants. Deuxièmement, des analyses comparatives permettront de voir la présence ou non de différences entre les groupes, soit entre les hommes et les femmes ainsi qu'entre les personnes de 50 à 64 ans et les personnes de 65 ans et plus. Troisièmement, des analyses corrélationnelles permettront de connaître l'existence ou non de relation entre l'ensemble de ces habitudes. Enfin, une attention particulière sera accordée aux caractéristiques des joueurs à risque et excessifs comparativement aux joueurs sans problème. Notez que nous avons choisi de discuter les résultats à même leur présentation dans le but d'en faciliter leur lecture et leur mise en perspective.

3.1 LES PARTICIPANTS

L'échantillon est composé de 423 personnes dont 64,8% sont des femmes, 35,2% sont des hommes. L'âge moyen est de 65,58 ans ($\text{É.T.} = 9,66$) et la moitié des répondants sont mariés ou ont un conjoint de fait (51,8%). Quant au niveau de scolarité, les participants sont relativement bien scolarisés, 33,1% possèdent une scolarité de niveau secondaire, 42,1% de niveau collégial et 24,9% de niveau universitaire. Les deux tiers sont à la

retraite (65%), 38,5% possèdent un revenu de moins de 25 000\$, 30% entre 25 000 et 50 000\$ et 25,4% de plus de 50 000\$.

3.2 LES HABITUDES DE JEU

La section suivante présentera la prévalence des jeux les plus populaires, les montants moyens annuellement investis, les motivations sous-jacentes au jeu, la prévalence des comportements excessifs liés au jeu et le profil des joueurs à risque modéré et excessifs.

La prévalence par type de jeu

Tableau 2. Prévalence des personnes qui ont joué une fois ou plus dans la dernière année selon le type de JHA, chez l'ensemble des participants

Type de Jeu	Total	Hommes	Femmes	50-64 ans	65 +
Loterie	74,5%	76,5%	73,4%	78,4%	70,7%
Loterie inst.	44,9%	42,3%	46,4%	49,5%	40,5%
Internet	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
ALV	3,5%	3,4%	3,6%	4,8%	2,3%
Bingo	10,2%	4,0%	13,5%	9,1%	11,2%
Machine à sous	15,6%	13,4%	16,8%	15,4%	15,8%
Dés/Carte au casino	0,5%	0,7%	0,4%	0,5%	0,5%
Paris sportif	0,5%	0,7%	0,4%	1,0%	0,0%
Courses de chevaux	0,9%	1,3%	0,7%	1,0%	0,9%
Cartes hors casino	6,6%	6,0%	6,9%	6,3%	7,0%
Autres paris	0,5%	0,7%	0,4%	0,5%	0,5%

Parmi les participants de l'étude, 81,5% se sont adonnés à au moins un type de jeu dans la dernière année. Le Tableau 2 présente la prévalence selon les types de jeu et il est

possible de voir que la loterie (74,5%), la loterie instantanée (44,9%), les MAS (15,6%) et le bingo (10,2%) sont les jeux les plus populaires.

Les analyses comparatives permettent d'ajouter qu'il existe une différence significative entre les hommes et les femmes concernant la prévalence associée au bingo ($df = 1, \chi^2 = 9,49, p < 0,01$). Les femmes étant plus nombreuses dans cette catégories de jeu. Enfin, bien que nous n'observions aucune différence statistiquement significative entre les personnes de 50 à 64 ans et les personnes de 65 ans et plus, on note une tendance chez les personnes de 50 à 64 ans à jouer davantage à la loterie et la loterie instantanée.

Comparativement à d'autres études, la popularité de la loterie, de la loterie instantanée et du bingo se reflète tant dans la population adulte en général (Ladouceur et al., 2004) qu'auprès des personnes de 55 ans et plus (Schellinck et al., 2002). On observe cependant quelques différences dans la prévalence des joueurs de MAS et d'ALV. Moins de personnes de 50 ans et plus de notre étude jouent aux ALV (3,5%) comparativement à la population de 55 ans et plus du Nouveau-Brunswick (15,1%) (Schellinck et al., 2002) et que la population adulte québécoise (7,8%) (Chevalier et al., 2004). La proportion de personnes de notre étude s'adonnant aux MAS (15,6%) est similaire à la population adulte québécoise (16,3%) (Chevalier et al., 2004), mais nettement supérieure à celle de la population de 55 ans et plus du Nouveau-Brunswick (2,1%) (Schellinck et al., 2002). Cette différence marquante entre les deux échantillons pourrait s'expliquer, entre autres, par des caractéristiques régionales (disponibilité ou proximité du jeu) ou par des différences méthodologiques (mesure des types de jeu, définition de ce qu'est une MAS et ALV).

Quant à la dépense associée au jeu, celle-ci a été calculée à partir d'une estimation, par les répondants, de la dépense moyenne mensuelle. Nous avons donc rapporté ces montants sur une année. Les résultats montrent que le montant annuel moyen octroyé pour le jeu est de 356,27\$ et celui-ci est comparable entre les hommes et les femmes (357,42\$ et 355,57\$). Les personnes de 50 à 64 ans dépensent plus que les personnes de 65 ans et plus (395,44\$ vs 317,68\$). Lorsque les jeux sont considérés individuellement (Tableau 3), les analyses comparatives, par type de jeu, ne montrent aucune différence significative entre les hommes et les femmes ni entre les personnes de 50 à 64 ans et les personnes de 65 ans et plus. Ces résultats s'expliquent par le faible nombre, voire l'absence dans certains cas, de personnes dans quelques catégories de jeu. Enfin, lorsque l'on s'intéresse uniquement aux joueurs à risque et excessifs de notre étude, on observe,

dans une suite logique, qu'ils dépensent environ trois fois plus que la moyenne, soit 988,62\$ annuellement.

Ceci dit, les joueurs de notre étude allouent moins d'argent pour les JHA que la population âgée du Nouveau-Brunswick (382,89\$) (Schellinck et al., 2002) et que la population adulte québécoise (870,00\$) (Chevalier et al., 2004). Toutefois, les résultats corroborent le fait que, chez les personnes de 50 ans et plus, les participants plus jeunes dépensent plus pour le jeu (Schellinck et al., 2002). On constate que les joueurs de notre échantillon dépensent plus que la population adulte québécoise pour certains types de jeu dont, la loterie (varie de 127\$ à 242\$ comparativement à 98\$ et 176\$), les MAS (244\$ comparativement à 210\$) et les ALV (1820\$ comparativement à 884\$) (Chevalier et al., 2004). Enfin, compte tenu des méthodes variées utilisées par ces différentes études pour estimer le montant octroyé au jeu, ces comparaisons doivent être interprétées avec prudence.

Tableau 3. Dépense moyenne annuelle investie dans le JHA, chez les personnes ayant joué une fois ou plus dans la dernière année

Type de Jeu	Total	Hommes	Femmes	50-64 ans	65 +
Loterie	242,81 \$	232,57 \$	249,20 \$	242,31 \$	243,32 \$
Loterie inst.	127,92 \$	131,31 \$	126,25 \$	123,40 \$	132,45 \$
Internet	∞	∞	∞	∞	∞
ALV	1 820,00 \$	3 240,00 \$	1 110,00 \$	2 550,00 \$	360,00 \$
Bingo	324,82 \$	162,00 \$	355,83 \$	399,60 \$	282,75 \$
Machine à sous	244,00 \$	270,00 \$	231,00 \$	333,60 \$	180,00 \$
Dés/Carte au casino	240,00 \$	∞	240,00 \$	240,00 \$	∞
Paris sportif	840,00 \$	1 200,00 \$	480,00 \$	840,00 \$	∞
Courses de chevaux	480,00 \$	960,00 \$	∞	∞	960,00 \$
Cartes hors casino	48,88 \$	64,00 \$	44,34 \$	68,00 \$	32,50 \$
Autres paris	120,00 \$	120,00 \$	∞	∞	120,00 \$

Ces montants ont été calculés à partir d'une estimation de la dépense moyenne mensuelle par les répondants. Ils ont été rapportés sur une année.

∞ Absence de participants dans ces catégories

Les motivations, croyances et conséquences associées au jeu

Tableau 4. Motivations, croyances et conséquences associées au jeu, chez l'ensemble des participants

	Total	Hommes	Femmes	50-64ans	65 +
Motivations					
Pour s'amuser	53,4%	53,0%	53,6%	52,9%	54,0%
Pour socialiser	21,7%	18,7%	23,3%	24,1%	19,5%
Pour payer ses dettes	10,4%	11,4%	9,8%	15,9%	5,1%
Pour oublier ses ennuis	4,0%	3,4%	4,4%	3,3%	4,7%
Croyance					
Avoir plus de chance de gagner après un certain temps	7,4%	6,7%	7,7%	7,2%	7,4%
Conséquences					
Coupable d'avoir dépensé autant	10,2%	6,7%	12,1%	10,6%	9,8%
Mentir au sujet de ses habitudes	2,6%	5,4%	1,1%	4,3%	0,5%
Coupable de passer autant de temps à jouer	1,4%	1,3%	1,5%	2,4%	0,5%
Amis ou parent inquiet car joue trop	1,0%	1,3%	0,7%	1,5%	0,5%
Problème avec famille/entourage	0,7%	1,3%	0,4%	1,5%	0,0%
Contrôle du comportement					
Arrêter si le désir	81,1%	83,9%	79,6%	81,2%	80,9%

Les comportements de jeu reposent sur différentes motivations, croyances et les conséquences sont nombreuses. Le Tableau 4 montre que la majorité des participants joue pour s'amuser, près du quart le fait pour socialiser alors qu'une plus faible proportion joue pour payer leurs dettes. Toutefois, les personnes de 50 à 64 ans sont celles qui souhaitent le plus payer leurs dettes grâce à ces gains. Ces résultats sont similaires aux résultats d'autres études suggérant les mêmes raisons (CAMH, 2006; Southwell et al., 2008).

Nous avons également questionné le niveau d'accord des répondants concernant les chances de gagner après avoir perdu pendant un certain temps, sans toutefois préciser le type de JHA concerné. Seulement 7,4% pensent avoir plus de chance de gagner après avoir perdu pendant un certain temps. Quant aux conséquences, 10,2% se sont sentis coupables d'avoir dépensé autant d'argent dans le jeu et ce sont surtout les femmes qui ont éprouvé ce malaise. Enfin, 0,7% ont rencontré des problèmes avec leur famille ou l'entourage en raison de leurs habitudes de jeu. Ceci dit, au-delà de ces motivations et croyances, 81,1% considèrent qu'ils pourraient arrêter de jouer s'ils le désiraient.

Lorsqu'on demande aux personnes d'évaluer leurs habitudes de jeu sur une échelle de 0 à 10 (pas du tout un problème à problème grave), 79,4% considèrent ne pas avoir de problèmes du tout et 0,2% considèrent avoir des problèmes graves. Tel que le montre le

Tableau 5, leur perception d'elles-mêmes est relativement juste. On constate que très peu de personnes de 50 ans et plus de notre échantillon ne présentent une problématique liée au jeu. La prévalence du jeu excessif est de 0,7%, rendant ainsi nos participants comparables au reste de la population adulte québécoise (Ladouceur et al., 2004). Les hommes ainsi que les personnes de 50 à 64 ans sont les groupes les plus touchés par cette problématique. Toutefois, les analyses comparatives ne montrent aucune différence significative entre les hommes et les femmes ni entre les personnes de 50 à 64 ans et 65 ans et plus.

Tableau 5. Prévalence des conduites associées au jeu, pour l'ensemble des participants

Score	Total	Homme	Femme	50-64 ans	65 +
0-2 sans problème	78,2%	80,5%	77,8%	79,8%	77,8%
3-7 risque modéré	2,6%	4,0%	1,9%	3,9%	1,4%
8+ excessif	0,7%	1,3%	0,4%	1,5%	0,0%

18,5% n'ont pas joué dans la dernière année

Le profil des joueurs à risque modéré et excessifs

Lorsqu'on regroupe les joueurs à risque modéré et excessifs (3,3%), ils sont âgés en moyenne de 59,9 ans ($\bar{E.T.} = 6,84$), 57,1% sont des hommes, 78,6% vivent seuls (célibataires, séparés, divorcés veufs ou veuves), avec une scolarité de niveau secondaire ou collégial pour la plupart (57,2%), retraité ou à l'emploi dans la même proportion (35,7%) et avec un revenu inférieur à 25 000\$ pour 64,3% de ces joueurs. Les analyses descriptives montrent que 35,7% font l'usage du tabac (en moyenne 17 cigarettes par jour) et ne présentent aucune consommation à haut risque d'alcool. En contrepartie, 92,9% ont consommé des médicaments dans la dernière année, 57,1% ont consommé des médicaments pour dormir ou traiter une dépression, 50% pour contrer de la douleur et 42,9% pour prévenir des crises d'angoisse ou de panique. On observe également, et dans une suite logique, que 42,8% présentent des symptômes de détresse psychologique. Quant aux jeux les plus populaires, la loterie (92,9%) et la loterie instantanée (85,7%) ont la faveur des participants alors que les ALV, les MAS et le bingo ont la même proportion de joueurs (14,3%). Enfin, tel que mentionné précédemment, la dépense moyenne annuelle est de 988,62\$.

Les analyses comparatives (joueurs sans problème vs joueurs à risque modéré et excessifs), quant à elles, montrent que les conduites de jeu à risque modéré et excessifs touchent significativement plus les personnes de 50 à 64 ans que les personnes de 65 ans et plus ($dl = 1$, $\chi^2 = 4,44$, $p < 0,05$), mais pas plus d'hommes ou de femmes, ni de

personnes en couple ou célibataires (séparés, divorcés, veufs ou veuves). Également, les résultats n'indiquent aucune différence significative entre les joueurs à risque modéré / excessifs et les joueurs sans problème concernant la détresse psychologique, les conduites liées à la consommation d'alcool, la consommation de médicaments et l'usage du tabac. Toutefois, malgré cette absence de différence statistiquement significative, les joueurs à risque modéré et excessifs tendent à présenter davantage de détresse psychologique et à faire l'usage du tabac. Ces résultats doivent cependant être interprétés avec prudence en raison de la faible taille de l'échantillon des joueurs à risque modéré et excessifs.

Enfin, bien que les résultats obtenus exigent une prudence dans leur interprétation, on retient que les personnes de 50 à 64 ans sont les plus touchées par les conduites de jeu, nous devrions donc leur porter une attention particulière lors de l'élaboration de mesures préventives contre le jeu pathologique.

3.3 L'ÉTAT DE LA SANTÉ

Nous avons voulu connaître la perception que les personnes de notre échantillon avaient de leur santé en général et si elles présentaient des signes de détresse psychologique.

Tableau 6. Perception de la santé en général, chez l'ensemble des participants

Perception	Prévalence
Santé très bonne à excellente	55,6%
Généralement heureux	63,4%
Généralement capable de se souvenir d'à peu près tout	49,6%
Capacité à résoudre des problèmes	79,2%

De façon générale, les participants de notre échantillon se portent bien. La majorité perçoit sa santé de très bonne à excellente, se dit généralement heureuse ainsi que capable de se souvenir d'à peu près tout et de résoudre les problèmes du quotidien (Tableau 6). Malgré cette majorité, le Tableau 7 montre que la prévalence des personnes présentant une détresse psychologique, soit un score de 3 et plus sur 12, est de 21,7%. Ces résultats sont équivalents à une étude menée au Nouveau-Brunswick par Schellinck et al., (2002) auprès d'une population de personnes de 55 ans et plus (20,8%) et un peu plus faibles que le résultat obtenu par l'ISQ (2008) auprès de la population québécoise âgée de 15 ans plus (26%). Toutefois, toujours en comparaison avec les résultats obtenus par l'ISQ (2008), bien qu'un outil de mesure différent ait été utilisé, on observe que les participants de 50 à 64 ans de notre étude sont plus nombreux à présenter de la détresse

psychologique (24%) que les personnes de 45 à 64 ans du Québec (19,5%) de même que les personnes de 65 ans et plus (19,5% vs 13,7%). Enfin, bien qu'on observe des taux plus élevés chez les femmes et les personnes de 50 à 64 ans de notre étude, les analyses comparatives avec les hommes et les plus âgés ne révèlent aucune différence significative.

Tableau 7. Prévalence de la détresse psychologique chez l'ensemble des participants

Score	Total	Homme	Femme	50-64 ans	65 +
Score 0-2	78,3%	81,9%	76,2%	76,0%	80,5%
Score 3 et +	21,7%	18,1%	23,8%	24,0%	19,5%

3.4 LES HABITUDES DE CONSOMMATION

Les habitudes de consommation investiguées portaient sur l'usage actuel du tabac, la consommation de médicaments (pour dormir, pour soulager de la douleur, pour traiter des crises d'angoisse ou de panique et pour traiter une dépression) ainsi que la consommation d'alcool.

Tabac

Lors de la cueillette de données, 13% de notre échantillon avaient recours au tabac de façon quotidienne (10,2%) ou occasionnelle (2,8%). Ces fumeurs consommaient en moyenne 20 cigarettes par jour. Ces résultats permettent de constater que la prévalence de fumeurs dans cette tranche d'âge est nettement inférieure à la prévalence québécoise qui est de 25,1% (Institut de la statistique du Québec, 2007), mais rejoint ceux obtenus auprès d'une population équivalente du Nouveau-Brunswick avec une prévalence de 13,6% (Schellinck et al., 2002). L'espérance de vie plus courte des fumeurs réguliers, l'avancement en âge et les nombreuses campagnes de sensibilisation sur les dangers associés à l'usage du tabac peuvent sans doute expliquer cette prévalence plus faible chez les personnes plus âgées.

Médicaments

Le Tableau 8 permet de constater que 85,6% des personnes composant notre échantillon ont consommé des médicaments d'ordonnance, toutes catégories confondues, dans l'année précédant l'étude. Parmi les quatre catégories pour lesquelles nous avons questionné, ce sont principalement des médicaments pour traiter de la douleur (34,5%) ou pour dormir (27,2%) qui ont été consommés.

Tableau 8. Prévalence de la consommation de médicaments dans la dernière année, pour l'ensemble des participants

	Total	Homme	Femme	50-64 ans	65 +
Consommation dans la dernière année	85,6%	83,2%	86,9%	82,2%	88,8%
Médicaments pour dormir	27,2%	28,2%	26,6%	21,2%	33,0%
Médicaments contre la douleur	34,5%	31,5%	36,1%	33,7%	35,3%
Médicaments contre les crises d'angoisse ou de panique	11,8%	10,7%	12,4%	13,5%	10,2%
Médicaments contre la dépression	9,0%	8,1%	9,5%	13,0%	5,1%

Les analyses comparatives, quant à elles, montrent que les personnes de 65 ans et plus consomment significativement plus de médicaments ($dl = 1, \chi^2 = 3,76, p < 0,05$) et plus particulièrement, des médicaments pour dormir ($dl = 1, \chi^2 = 7,52, p < 0,05$) que les personnes de 50 à 64 ans. Les personnes de 50 à 64 ans, pour leur part, consomment significativement plus de médicaments pour traiter une dépression ($dl = 1, \chi^2 = 7,99, p < 0,01$) que les personnes de 65 ans et plus. Enfin, aucune différence significative ne ressort entre les hommes et les femmes.

Ces résultats suivent la tendance voulant qu'avec l'avancement en âge, la consommation de médicaments augmente. Bien que nous ne disposions pas de données parfaitement comparables, les résultats obtenus par Schellinck et al. (2002) au Nouveau-Brunswick et Statistique Canada (Cycle 1,2, 2002) sur la consommation de médicaments laissent présager une consommation de médicaments supérieure chez les personnes de notre échantillon.

Afin de rendre plus conviviale la comparaison de notre échantillon à celle du Nouveau-Brunswick, le Tableau 9 présente les prévalences de la consommation de médicaments

des participants concernés. Bien que les résultats soient relativement équivalents, on observe une différence importante entre les deux échantillons quant à la consommation de médicaments pour dormir.

Tableau 9. Comparaison des prévalences de consommation de médicaments entre les participants de la région MCQ et ceux du NB

	MCQ	NB
Consommation dans la dernière année	85,6%	85,0%
Médicaments pour dormir	27,2%	17,1%
Médicaments contre la douleur	34,5%	34,1%
Médicaments contre les crises d'angoisse ou de panique	11,8%	9,4%
Médicaments contre la dépression	9,0%	9,5%

Toutefois, lorsque les résultats de notre étude sont comparés à ceux de Statistique Canada, auprès de la population âgée de 45 ans et plus ayant consommé des médicaments (prescrits ou non) en 2002, les résultats portent à réflexion.

Tableau 10. Comparaison des prévalences de la consommation de médicaments entre les participants de la région MCQ et la population de 45 ans et plus du Québec

	Québec 45-64 ans	MCQ 50-64 ans	Québec 65 et +	MCQ 65 et +
Consommation dans la dernière année	19,4%	82,2%	26,0%	88,8%
Médicaments pour dormir	10,7%	21,2%	17,4%	33,0%
Médicaments contre les crises d'angoisse ou de panique	9,6%	13,5%	11,5%	10,2%
Médicaments contre la dépression	7,6%	13,0%	3,3%	5,1%

En effet, le Tableau 10 indique que peu importe l'âge et peu importe la catégorie de médicaments, les participants de notre étude consomment davantage de médicaments, sauf ceux pour contrer les crises d'angoisse ou de panique chez les personnes de 65 ans et plus. Enfin, le plus marquant est la consommation de médicament pour dormir qui est nettement supérieure chez notre échantillon, comparativement à la population du Québec et du Nouveau-Brunswick.

On pourrait donc se questionner quant aux pratiques médicales relativement à l'émission d'ordonnances de médicaments. La surcharge de travail des médecins pourrait limiter le temps consacré aux usagers et donc ne pas permettre d'approfondir suffisamment le réel besoin de médicament pour traiter un problème. Il est possible de se questionner sur l'effet du stade développemental. Dans la cinquantaine, la présence d'enjeux, tels que l'approche de la retraite ou l'arrivée de certains changements physiques et cognitifs peuvent contribuer à augmenter le stress, donc à consommer davantage de médicaments pour contrecarrer son impact. Il est également possible de se questionner quant à notre méthodologie de recherche. La cueillette de données s'étant déroulée en face à face, elle a pu favoriser le lien de confiance, permettant ainsi aux participants de se confier davantage. Enfin, des recherches ultérieures seraient requises pour mieux comprendre ces différences.

Alcool

Le Tableau 11 présente la prévalence de la consommation d'alcool dans la dernière année, la fréquence de consommation, la prévalence de la consommation excessive (5 verres ou plus par occasion) et la fréquence de consommation excessive telles que rapportées par l'ensemble des participants.

Tableau 11. Prévalence des conduites liées à la consommation d'alcool, chez l'ensemble des participants

		Total	Homme	Femme	50-64 ans	65 +
Consommation d'alcool dans la dernière année.	Oui	82,3%	85,9%	80,3%	88,5%	76,3%
Fréquence de la consommation.	Presque tous les jours	9,2%	16,8%	5,1%	10,1%	8,4%
	Une fois ou + par sem	31,9%	41,6%	26,6%	38,0%	26,0%
	Une fois ou + par mois	19,1%	18,8%	19,3%	20,2%	18,1%
	Moins d'une fois par mois	22,0%	8,7%	29,2%	20,2%	23,7%
Nombre de verres consommés à chaque occasion.	1 à 2 verres	66,2%	62,4%	68,2%	66,8%	65,6%
	3 à 5 verres	14,7%	19,5%	12,0%	19,2%	10,2%
	6 à 8 verres	0,5%	1,3%	0,0%	1,0%	0,0%
	9 verres et plus	0,7%	2,0%	0,0%	1,0%	0,5%
Consommation de 5 verres et plus dans la dernière année.	Oui	10,6%	20,8%	5,1%	16,8%	4,7%
Fréquence de la consommation de 5 verres ou plus dans la dernière année.	Presque tous les jours	0,5%	1,3%	0,0%	0,5%	0,5%
	Une fois ou + par sem	1,2%	2,7%	0,4%	1,9%	0,5%
	Une fois ou + par mois	2,3%	5,4%	0,7%	3,8%	0,9%
	Moins d'une fois par mois	6,6%	11,4%	4,0%	10,6%	2,8%

Notons que les différentes catégories de consommation sont mutuellement exclusives :

- ✓ 82,3% ont consommé de l'alcool dans l'année précédant l'enquête;
- ✓ Près de la moitié (41,1%) consomme de façon régulière soit, toutes les semaines;
- ✓ Lors des épisodes de consommation, 66,2% prennent 1 ou 2 verres;
- ✓ Quant à la consommation excessive, 10,6% ont bu 5 verres ou plus lors d'un même épisode de consommation dans l'année précédant l'enquête et 4% l'ont fait une fois ou plus par mois;
- ✓ Enfin, plus d'hommes et de personnes de 50 à 64 ans présentent une consommation excessive.

On observe que les participants du projet actuel sont plus nombreux à consommer de l'alcool comparativement aux québécois de groupe d'âge similaire (81,3% vs 70%) selon l'Enquête sur les toxicomanies au Canada (2005). Lorsque l'on considère chaque tranche d'âge, les participants de notre étude sont également plus nombreux à consommer de l'alcool comparativement à nos voisins ontariens. On note des prévalences de 88,5% vs 77,8% chez les personnes âgées de 50 à 64 ans et des prévalences de 76,3% vs 67,6% chez les personnes âgées de 65 ans et plus (Adlaf, Ialomiteanu, & Rehm, 2008).

Tableau 12. Prévalence de la consommation d'alcool à haut risque, chez l'ensemble des participants

Score	Total	Homme	Femme	50-64 ans	65 +
Score 8 et +	2,6%	7,5%	0,4%	4,4%	1,4%

Nous avons voulu aller plus loin en utilisant l'AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test), un test validé qui permet de détecter la présence d'une consommation à haut risque. Le Tableau 12 permet de constater que la prévalence de la consommation d'alcool à haut risque, soit un score de 8 et plus à l'AUDIT, est de 2,6%. Cette prévalence est équivalente (2,8%) à celle obtenue auprès d'une population de 55 ans et plus du Nouveau-Brunswick (Schellinck et al., 2002), et peu élevé comparativement à celle obtenue par Adlaf et al. (2008) auprès d'une population de 55 ans et plus de l'Ontario (4,9%), et celle obtenue par l'Enquête sur les toxicomanies au Canada (2005) auprès de la population québécoise de 55 ans et plus (7,7%). Par ailleurs, bien que la grande majorité des personnes de notre échantillon ne présente pas de consommation d'alcool à haut risque, les analyses comparatives mettent en évidence des différences entre les hommes et les femmes ($t(194,45) = 6,19, p < 0,000$) ainsi qu'entre

les personnes de 50 à 64 ans et 65 ans et plus ($t(340,19) = 4,03, p < 0,000$); les hommes et les personnes de 50 à 64 ans étant significativement plus nombreux à avoir une consommation d'alcool à haut risque. Enfin, à la lumière de l'ensemble des résultats précédents, on peut conclure que les participants de notre étude sont plus nombreux à consommer de l'alcool sans nécessairement le faire de façon excessive.

3.5 LA RELATION ENTRE CES HABITUDES

Enfin, quelle relation existe-t-il entre ces habitudes de consommation? Le Tableau 13 montre que la consommation de médicaments est associée à l'avancement en âge. La consommation d'alcool est associée au fait d'être plus jeune, au fait d'être un homme et de faire l'usage du tabac. Les comportements de jeu, quant à eux, sont associés au fait d'être plus jeune. La détresse psychologique, pour sa part, est en lien avec le fait de faire l'usage des médicaments, du tabac et d'avoir des comportements de jeu sans que ces trois conduites ne soient associées entre elles. Enfin, contrairement aux résultats obtenus dans le cadre d'autres études (Desai et al., 2007 ; Potenza et al., 2006), nous n'avons pas observé de relation entre la consommation d'alcool et le comportement de jeu chez notre échantillon. On retient donc que le groupe le plus à risque de développer un problème de jeu excessif est la population plus jeune et que la présence de détresse psychologique semble jouer un rôle non négligeable dans certains comportements de dépendance, plus particulièrement le jeu.

Tableau 13 : Corrélation entre les variables mises à l'étude

Variables	Âge	Sexe	Médicament	Tabac	AUDIT	ICJE	GHQ12
Âge	1	-0,05	0,10*	-0,09	-0,20**	-0,15**	0,09
Sexe		1	0,05	0,05	-0,31**	-0,05	0,05
Médicament			1	0,01	0,00	0,04	0,12*
Tabac				1	0,18**	0,05	0,15*
AUDIT					1	0,00	0,04
ICJE						1	0,23**
GHQ12							1

$p < 0,05^*$, $p < 0,01^{**}$, $p < 0,001^{***}$

CONCLUSION

L'objectif de cette étude était de répondre à un questionnement soulevé par l'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec, soit de connaître la prévalence du jeu excessif chez les personnes de 50 ans et plus de la région.

Les résultats liés au jeu excessif indiquent que la prévalence se rapproche d'autres études réalisées auprès des aînés (Clarke, 2008; Schellinck et al., 2003) ainsi que de la population en général (Ladouceur et al., 2004) avec un taux de 0,7%. Les jeux les plus populaires sont la loterie, la loterie instantanée, les MAS et le bingo. La dépense moyenne annuelle pour le jeu, bien qu'elle varie d'un jeu à l'autre, est de 356,27\$. Les ALV, bien qu'ils ne figurent pas parmi les jeux les plus populaires, sont les jeux qui demandent le plus grand investissement, soit en moyenne 1820,00\$ annuellement. Les joueurs de notre échantillon dépenseraient plus que ce qui est rapporté dans d'autres études (Chevalier et al., 2004; Schellinck et al., 2003).

Il est à rappeler qu'une attention particulière a été portée à la proportion de joueurs à risque modéré et excessifs et que les résultats doivent être interprétés avec prudence. On peut quand même retenir que les comportements de jeu à risque modéré et excessifs, bien qu'ils soient peu fréquents, touchent davantage les personnes plus jeunes et, malgré l'absence de différences entre les groupes (hommes / femmes et 50 à 64 ans/65 ans et plus), une proportion non négligeable de joueurs à risque modéré et excessifs consomme des médicaments et présente de la détresse psychologique.

Concernant les mesures liées à la santé et aux habitudes de consommation, les résultats montrent que les participants à l'étude se portent bien, qu'ils perçoivent leur santé de bonne à excellente et se disent généralement heureux. Près de 22% présentent des signes de détresse psychologique; cette prévalence est comparable à la population de 55 ans et plus du Nouveau-Brunswick, 20,8% (Schellinck et al., 2002). L'usage du tabac reflète bien la tendance générale, soit que la prévalence de fumeurs diminue avec l'avancement en âge. La consommation d'alcool, pour sa part, est aussi plus élevée dans notre échantillon sans toutefois être à haut risque. En effet, la prévalence de la consommation d'alcool à haut risque est inférieure à celle d'autres études québécoises (Étude sur les toxicomanies au Canada, 2005).

Concernant les analyses comparatives pour l'ensemble des participants, bien que celles-ci ne soient pas toutes significatives, il importe de rappeler que les personnes de 50 à 64 ans consomment davantage de médicaments pour traiter une dépression, elles sont plus nombreuses à consommer de l'alcool de façon excessive et elles sont également plus nombreuses à être touchées par le jeu excessif. Ces résultats permettent de penser que des interventions devraient être effectuées auprès de cette population. C'est souvent dans cette tranche d'âge qu'on observe les premiers signes de changements physiques, psychologiques ou encore l'apparition d'événements porteurs de stress tels que la prise de la retraite, la perte d'amis ou de parents (CAMH, 2006). Il est important de porter une attention au fait que cette tranche de la population sera nos aînés de demain et que leurs habitudes de vie actuelles viendront nuancer leur qualité de vie plus tard.

Ultérieurement, afin de mieux comprendre le phénomène du jeu excessif chez les personnes de 50 ans et plus, il serait souhaitable de sonder spécifiquement des joueurs excessifs de cette tranche d'âge. Ainsi, il serait possible de dresser le profil plus juste du joueur excessif de même que les relations pouvant exister entre les différentes habitudes de consommation, soit de médicaments, d'alcool et l'usage du tabac.

Enfin, cette étude met en évidence l'importance de porter un intérêt particulier aux personnes de 50 à 64 ans, aux hommes, aux personnes aux prises avec une détresse psychologique et consommant des médicaments pour dormir ou traiter une dépression lors de la mise en place d'actions préventives ou de services contre le jeu pathologique.

RÉFÉRENCES

- Adlaf, E. M., Begin, P., & Sawka, E. (2005). *Enquête sur les toxicomanies au Canada (ETC). Une enquête nationale sur la consommation d'alcool et d'autres drogues par les Canadiens; la prévalence de l'usage et les méfaits : Rapport détaillé*. Ottawa : Centre Canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.
- Adlaf, E. M., & Ialomiteanu, A. (2002). *CAMH Monitor eReport: Addiction & mental health indicators among Ontario adults in 2001, and changes since 1977*. Ontario: Centre for Addiction and Mental Health.
- Adlaf, E. M., Ialomiteanu, A., & Rehm, J. (2008). *CAMH Monitor eReport: Addiction and mental health indicators among Ontario adults 1977-2005*. Ontario: Centre for Addiction and Mental Health.
- Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission. (2000). *Seniors and gambling: exploring the issues. Summary Report*. Edmonton: AADAC.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (fourth ed.). Washington, DC, Author.
- Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec. (2009). *Guide de bonnes pratiques et offre de services de base. Les services en jeu pathologique dans les centres de réadaptation en dépendance*. Montréal : Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec.
- Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B., & Monteiro, M. G. (2001). *The alcohol use disorders test (AUDIT). Guidelines for use in primary care* (second ed.). World Health Organization: Department of mental health and substance dependence.
- Centre de toxicomanie et de santé mentale. (2006). *Quelle approche adopter envers les personnes âgées confrontées à des problèmes de toxicomanie, de santé mentale et de jeu. Guide à l'intention des intervenants et des bénévoles*. Toronto : Centre de toxicomanie et de santé mentale.
- Centre de toxicomanie et de santé mentale. (2010). *Partager les solutions. Changer des vies*. Document internet : www.problemgambling.ca
- Comité permanent de lutte à la toxicomanie. (2003). *La consommation de psychotropes. Portrait et tendances au Québec*. Montréal : Comité permanent de lutte à la toxicomanie.
- Chevalier, S., Hamel, D., Ladouceur, R., Jacques, C., Allard, D., & Sévigny, S. (2004). *Comportements de jeu et jeu pathologique selon le type de jeu au Québec en 2002*.

Montréal et Québec : Institut national de santé publique du Québec et Université Laval.

- Clarke, D. (2008). Older adults' gambling motivation and problem gambling: A comparative study. *Journal of Gambling Studies*, 24, 175-192.
- Desai, R. A., Desai, M. M., & Potenza, M. N. (2007). Gambling, health, and age: Data from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Psychology of Addictive Behaviors*, 21(4), 431-440.
- Dufour, J., Ferland, F., Fournier, P. M., Ladouceur, R., & Brochu, P. (2004). *Influence de la participation à des voyages organisés au casino sur les habitudes de jeu*. Communication par affiche. Québec : Université Laval.
- Ferris, J., & Wynne, H. (2001). *L'indice canadien du jeu excessif. Rapport final*. Ottawa: Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.
- Florida Council on Compulsive Gambling (2003). *Gambling and problem gambling among seniors in Florida*. Florida: Report to the Florida council on compulsive gambling.
- Hu, Y., Stewart-Brown, S., Twigg, L., & Weich, S. (2007). Can the 12-item General Health Questionnaire be used to measure positive mental health. *Psychological Medicine*, 37, 1005-1013.
- Institut de la statistique du Québec. (2001). *Enquête sociale et de santé*. Québec : Institut de la statistique du Québec.
- Institut de la statistique du Québec. (2002). *Troubles mentaux, toxicomanie et autres problèmes liés à la santé mentale chez les adultes québécois. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 1,2*. Québec: Institut de la statistique du Québec.
- Institut de la statistique du Québec. (2003). *Population selon le groupe d'âge, régions administratives du Québec*. Québec: Institut de la statistique du Québec.
- Institut de la statistique du Québec. (2007). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 4,1. Données provinciales et régionales*. Québec: Institut de la statistique du Québec.
- Institut de la statistique du Québec. (2008, septembre). La détresse psychologique chez les québécois en 2005. Série enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. *Zoom santé, santé et bien-être*.
- Institut de la statistique du Québec. (2009). *Utilisation des services et consommation de médicaments liées aux problèmes de santé mentale chez les adultes québécois*.

Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 1,2. Québec: Institut de la statistique du Québec.

- Ladouceur, R., Jacques, C., Ferland, F., & Giroux, I. (1999). Prevalence of problem gambling : A replication study 7 years later. *Canadian Journal of Psychiatry, 44*, 802-804.
- Ladouceur, R., Jacques, C., Chevalier, S., Sévigny, S., Hamel, D., & Allard, D. (2004). *Prévalence des habitudes de jeu et du jeu pathologique au Québec en 2002.* Université Laval et Institut national de santé publique Québec.
- Ladouceur, R., Sylvain, C., Boutin, C., & Doucet, C. (2000). *Le jeu excessif : Comprendre et vaincre le gambling.* Québec : Les éditions de l'Homme.
- Loto-Québec (2010). *Rapport annuel. 40 ans, une histoire de jeux et d'émotions.*
- McCready, J., Mann, R. E., Zhao, J., & Eves, R. (2008). Corrolates of gambling-related problem among older adults in Ontario. *Journal of Gambling Issues, 22*, 174-194.
- O'Brien Cousins, S., & Witcher, C. S. G. (2006). Who plays bingo in later life? The sedentary lifestyle of "little old ladies". *Journal of Gambling Studies, 23*(1), 95-112.
- Petry, N. M., & Kiluk, B. D. (2002). Suicidal ideation and suicide attempts in treatment-seeking pathological gamblers. *Journal of Nervous and Mental Disease, 190*(7), 462-469.
- Philippe, F., & Vallerand, R. J. (2007). Prevalence rates of gambling problems in Montreal, Canada : A look at old adults and the role of passion. *Journal of Gambling Studies, 23*, 275-283.
- Pietrzack, R. H., & Petry, N. M. (2006). Severity of gambling problems and psychosocial functioning in older adults. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology, 19*(2), 106-113.
- Potenza, M. N., Steinberg, M. A., Wu, R., Rounsaville, B. J., & O'Malley, S. (2006). Characteristics of older adult problem gamblers calling a gambling helpline. *Journal of Gambling Studies, 22*, 241-254.
- Schellinck, T., Schrans, T., Walsh, G., & Grace, J. (2002). *Sondage 2002 auprès des personnes âgées. Prévalence de la consommation d'alcool, de drogues et du jeu chez les adultes âgés de 55 ans et plus au Nouveau-Brunswick.* Nouveau-Brunswick: Ministère de la Santé et du Mieux-Être du Nouveau-Brunswick.
- Shaffer, H. J., Hall, M. N., & Vander Bilt, J. (1999). Estimating the prevalence of disordered gambling behavior in the United States and Canada: A research synthesis. *American Journal of Public Health, 89*(9), 1369-1376.

Southwell, J., Boreham, P., & Laffan, W. (2008). Problem gambling and the circumstances facing older people. A study of gaming machine players aged 60+ in licensed clubs. *Journal of Gambling Studies*, 24, 151-174.

Statistiques Canada. (2006). *Population projetée par groupe d'âge et sexe selon un scénario de croissance moyenne au 1er juillet pour les années 2006, 2011, 2016, 2021, 2026 et 2031. Estimations et projections démographiques. Tableaux sommaires dans le Canada en statistiques*. Document Internet : <http://cansim2.statcan.ca/>

Weibe, J. M. D., & Cox., B. J. (2005). Problem and probable pathological gambling among older adults assessed by the SOGS-R. *Journal of Gambling Studies*, 21(2), 205-221.

Wiebe, J., & Volberg, R. A. (2007). Problem gambling prevalence research: A critical overview. A report to the Canadian gaming. Toronto: Canadian Gaming Association.