

Les jeux de hasard et d'argent et le jeu problématique au Québec : constats et recommandations

Consultation nationale vers une vision renouvelée, intégrée et cohérente
en matière de santé mentale, itinérance et dépendance

Magaly Brodeur MD PhD

Professeure agrégée, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de
Sherbrooke, Chaire de recherche sur les dépendances comportementales

Catherine Hudon MD PhD

Professeure titulaire, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de
Sherbrooke, Chaire de recherche du Canada de niveau 1 sur la mise en œuvre de soins
intégrés pour les personnes avec des besoins complexes

Andrée-Anne Légaré PhD

Professeure agrégée, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de
Sherbrooke, Équipe de recherche sur la santé et le bien-être numérique



5 juin 2026
Mémoire public

Pour nous joindre

Magaly Brodeur MD PhD

Professeure agrégée, Faculté de médecine et des sciences de la santé

Département de médecine de famille et de médecine d'urgence

Chaire de recherche sur les dépendances comportementales, Université de Sherbrooke

Chercheuse, Centre de recherche du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Chercheuse, Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux

Chercheuse, Institut universitaire sur les dépendances

Téléphone : (819) 821-8000 poste 73349

Courriel : magaly.brodeur@usherbrooke.ca

Présentation

Ce mémoire est déposé par l'équipe de la Chaire de recherche du Centre de recherche médicale de l'Université de Sherbrooke sur les dépendances comportementales, la Chaire de recherche du Canada de niveau 1 sur la mise en œuvre de soins intégrés pour les personnes avec des besoins complexes et l'Équipe de recherche sur la santé et le bien-être numérique (SBEN).

La Chaire de recherche du Centre de recherche médicale de l'Université de Sherbrooke sur les dépendances comportementales est dirigée par Dre Magaly Brodeur, médecin de famille, professeure agrégée à la Faculté de médecine et des sciences de la santé (FMSS) de l'Université de Sherbrooke et boursière clinicienne-chercheuse Junior 2 du Fonds de recherche du Québec (FRQ). La mission principale de la Chaire est de contribuer à l'amélioration des soins de santé et des services sociaux destinés aux personnes présentant une dépendance comportementale et d'améliorer les politiques publiques dans le domaine dans une perspective de prévention et réduction des méfaits.

La Chaire de recherche du Canada de niveau 1 sur la mise en œuvre de soins intégrés pour les personnes avec des besoins complexes est dirigée par Dre Catherine Hudon, médecin de famille et professeure titulaire à la FMSS de l'Université de Sherbrooke. La mission principale de la Chaire est de favoriser une coordination optimale des soins prodigués aux personnes avec des besoins complexes, et améliorer les transitions entre les différent(e)s professionnel(le)s de la santé, des services sociaux et du réseau communautaire.

L'Équipe de recherche SBEN est dirigée par Pre Andrée-Anne Légaré, psychologue et professeure agrégée à la FMSS de l'Université de Sherbrooke. Les travaux de l'Équipe SBEN portent sur les impacts des activités en ligne sur le bien-être et la santé des jeunes adultes, incluant les dépendances comportementales telles que le trouble lié au jeu de hasard et d'argent et l'usage problématique des écrans. Ses travaux portent également sur les stratégies de promotion de la santé, de prévention et d'intervention visant à atténuer les effets des technologies numériques sur la santé mentale.

Objectif

Ce mémoire porte sur une dépendance comportementale qui représente un enjeu de santé publique majeur au Québec : le trouble lié au jeu de hasard et d'argent (TJHA). Dans le cadre de ce mémoire, cinq constats et recommandations relatifs au TJHA sont présentés de manière succincte.

Problématique

Les jeux de hasard et d'argent (JHA) (p. ex. loteries, billets à gratter, machines à sous, appareil de loterie vidéo, poker) représentent une activité populaire au Québec. Selon les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes réalisée en 2018, 69,1% des personnes de 15 ans et plus s'étaient adonnées à au moins un JHA au cours de l'année précédente dans la province [1]. Bien que la majorité des personnes qui s'adonnent

aux JHA adoptent des habitudes de jeu à faible risque et ne subissent pas de conséquences néfastes, certaines présentent un jeu problématique, c'est-à-dire qu'elles sont à risque de développer un TJHA ou présentent un TJHA [2]. Le jeu problématique peut avoir des conséquences considérables tant pour les personnes concernées que pour leurs proches (p. ex. difficultés financières, perte d'emploi, conflits familiaux, détresse psychologique, idées suicidaires et même, dans certains cas, le suicide) [3,4].

Une particularité importante du TJHA est qu'il se présente rarement seul. En effet, près de 96% des personnes qui présentent un TJHA présentent au moins un trouble de santé mentale concomitant et 64% au moins trois troubles de santé mentale concomitants tels qu'un trouble dépressif, un trouble anxieux ou une autre dépendance [3,5]. Les personnes qui présentent un TJHA sont aussi plus à risque de présenter des maladies chroniques telles que le diabète de type 2 ou l'hypertension artérielle [6]. Elles sont aussi plus à risque de présenter des difficultés financières et psychosociales pouvant mener à l'itinérance [7,8]. Entre 11,3% et 31,3% des personnes en situation d'itinérance présentent un jeu problématique ou un TJHA [9].

Le TJHA est une problématique complexe nécessitant une prise en charge adaptée. Voici cinq constats et recommandations visant à améliorer les soins de santé et les services sociaux offerts aux personnes présentant un TJHA.

Constats et recommandations

Constat 1 : Les personnes qui présentent un TJHA ont des besoins de santé et de services sociaux complexes (p.ex. troubles de santé mentale et/ou physique concomitants, difficultés psychosociales) [6,10]. Or, le système de santé et de services sociaux arrive difficilement à répondre à cette complexité de façon coordonnée et continue. Les trajectoires de soins de santé et de services sociaux des personnes qui présentent un TJHA sont parsemées d'embûches (p. ex. multiples professionnel(le)s de la santé et des services sociaux impliqués en « silo » sans coordination des soins et services, transition entre les soins et services difficile, temps d'attente prolongé) [11]. Dans la littérature, il est démontré que les personnes qui présentent un TJHA sont deux fois plus susceptibles de consulter leur médecin de famille et qu'ils sont cinq fois plus susceptibles d'être hospitalisés que les personnes qui ne présentent pas de TJHA [10], ce qui en fait des fréquents utilisateurs du système de santé et qui représente des coûts considérables pour la société [12,13].

Recommandation 1 : Adapter et déployer un programme de gestion de cas intégrée pour les personnes présentant un TJHA.

À l'heure actuelle, des programmes de gestion de cas, tels que l'approche VISAGES, sont utilisés dans le réseau de la santé et des services sociaux au Québec [14]. Une adaptation de cette approche permettrait la mise en œuvre d'un programme de gestion de cas éprouvé permettant de faciliter les trajectoires de soins de santé et de services sociaux, d'améliorer la coordination des soins et services offerts aux personnes qui présentent un TJHA ainsi que d'optimiser les coûts pour la société (p. ex. en évitant des consultations multiples, en orientant les personnes présentant un TJHA vers les ressources nécessaires au bon moment

et en réduisant les coûts) [15]. Pour plus d'information au sujet de l'approche VISAGES : <https://soinsintegres.ca/approche-visages/>

Constat 2 : Au Québec, l'organisme Jeu : Aide et Référence (JAR), qui est financé par le ministère de la Santé et des Services Sociaux, représente le premier point de contact de nombreuses personnes présentant un jeu problématique ainsi que pour leurs proches. JAR offre de nombreux services incluant une ligne d'aide et un service de clavardage bilingue accessible 24 heures par jour et 7 jours par semaine. Son mandat se décline en trois volets : soutien; information; et référence à toute personne préoccupée par ses comportements liés à la pratique des JHA, ou ceux d'une personne proche. À l'heure actuelle, l'organisme peut faire des références directement dans les Centres de réadaptation en dépendances. Cependant, JAR ne peut pas faire de référence directe en première ligne. Cela signifie que la personne présentant un jeu problématique doit effectuer l'ensemble des démarches à nouveau afin d'accéder à aux soins et services de santé en première ligne requis pour sa ou ses conditions de santé. En raison des nombreuses comorbidités souvent associées au jeu problématique, il serait important de reconnaître les évaluations de l'équipe de JAR et leur permettre de demander l'attribution de rendez-vous en première ligne pour les personnes présentant un jeu problématique, incluant les troubles concomitants associés (p. ex. via le Guichet d'accès à la première ligne (GAP) afin de faciliter les trajectoires de soins de santé et de services sociaux des personnes présentant un jeu problématique).

Recommandation 2 : Faciliter les trajectoires de soins de santé et de services sociaux des personnes présentant un jeu problématique en attribuant à l'organisme JAR la possibilité de faire des références directes, sans intermédiaire, en première ligne.

Constat 3 : La vulnérabilité des personnes présentant un TJHA n'est pas officiellement reconnue par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Ceci fait en sorte que les personnes présentant un TJHA ne sont pas priorisées lorsqu'elles sont en attente pour avoir un médecin de famille, une infirmière praticienne spécialisée (IPS) ou être inscrits à un groupe de médecine de famille (GMF). Cette absence de reconnaissance officielle de leur vulnérabilité allonge considérablement leur délai de prise en charge, alors que la complexité de leurs besoins de santé et de services sociaux nécessite une prise en charge prioritaire.

Recommandation 3 : Créer un code de vulnérabilité pour les personnes présentant une dépendance avec ou sans substance, incluant le TJHA.

À l'heure actuelle, le seul code de vulnérabilité officiel de la RAMQ pour les dépendances est le code 6 « Toxicomanie ou alcoolisme en cours de sevrage ou ayant donné lieu à une cure de désintoxication de drogues dures ou d'alcool au cours des cinq dernières années, toxicomanie sous traitement de méthadone ou de buprénorphine ». Ce code devrait être modifié afin d'intégrer les personnes présentant une dépendance avec ou sans substance avec ou sans traitement afin de refléter la complexité et la vulnérabilité des personnes présentant une dépendance avec ou sans substance avec ou sans traitement.

Constat 4 : Les dépendances comportementales, en particulier le TJHA sont méconnues du public et des professionnel(le)s de la santé. Du côté des personnes concernées et du public, cette méconnaissance se traduit par une faible reconnaissance des méfaits associés aux JHA, une hésitation à consulter et une difficulté à identifier les ressources disponibles. Du côté des professionnel(le)s de la santé et des services sociaux œuvrant à l'extérieur des milieux spécialisés en dépendance, elle se manifeste par un manque de repères pour reconnaître et prendre en charge adéquatement ces individus.

Recommandation 4 : Développer des campagnes de sensibilisation visant à mieux faire connaître les méfaits qui peuvent être associés à la pratique des JHA ainsi que faire connaître les soins de santé et les services sociaux offerts aux personnes présentant un jeu problématique ainsi qu'aux professionnel(le)s œuvrant dans le réseau de la santé et des services sociaux.

Constat 5 : Les répercussions du jeu problématique sont considérables et touchent non seulement les personnes concernées, mais aussi leurs proches et l'ensemble de la société [3,4]. Malheureusement, le financement de la recherche sur les JHA et le jeu problématique demeure limité au Québec, affectant la capacité à s'appuyer sur des données probantes locales et contextualisées pour soutenir la prise de décision et contribuer à l'avancement des connaissances.

Recommandation 5 : Augmenter le financement de la recherche sur les JHA et le jeu problématique au Québec et encourager le développement de travaux originaux et innovants.

Au cours des prochaines années, de nombreuses pistes de recherche prometteuses devront être explorées afin d'améliorer les connaissances ainsi que les soins de santé et les services sociaux offerts aux personnes présentant un jeu problématique (p. ex. le traitement (en particulier, le traitement pharmacologique), les trajectoires de soins de santé et de services sociaux (en particulier, la prise en charge en première ligne et les soins intégrés), les troubles concomitants (en particulier, les troubles de santé physique incluant les maladies chroniques chez les personnes qui présentent un TJHA), les nouvelles formes de JHA (p. ex. les jeux hybrides) ainsi que l'étude des populations jusqu'ici peu étudiées au Québec (p.ex. personnes adolescentes et jeunes adultes, personnes en situation d'itinérance ou à risque de se retrouver en situation d'itinérance, personnes appartenant à la diversité sexuelle et de genre, les hommes, les femmes).

Il est aussi essentiel d'adapter les mécanismes de financement actuels (p. ex. Actions concertées du FRQ) qui tendent à cibler uniquement des projets prédéfinis, laissant peu de place à la recherche exploratoire et émergente. Une place devrait être accordée à ces projets afin de stimuler les travaux originaux et l'innovation et ce, tout en laissant une place aux projets visant à répondre à des besoins ciblés et prédéfinis. Les appels à projets lancés dans le cadre des Actions concertées du FRQ devraient aussi viser, à l'instar du Programme de recherche sur les impacts du cannabis à des fins non médicales, à solliciter des secteurs variés du FRQ (p. ex. santé, société et culture) et non, uniquement un seul secteur.

Tableau récapitulatif

Recommandation 1 : Adapter et déployer un programme de gestion de cas intégrée pour les personnes présentant un TJHA.

Recommandation 2 : Faciliter les trajectoires de soins de santé et de services sociaux des personnes présentant un jeu problématique en attribuant à l'organisme JAR la possibilité de faire des références directes, sans intermédiaire, en première ligne.

Recommandation 3 : Créer un code de vulnérabilité pour les personnes présentant une dépendance avec ou sans substance, incluant le TJHA.

Recommandation 4 : Développer des campagnes de sensibilisation visant à mieux faire connaître les méfaits qui peuvent être associés à la pratique des JHA ainsi que faire connaître les soins de santé et les services sociaux offerts aux personnes présentant un jeu problématique ainsi qu'aux professionnel(le)s œuvrant dans le réseau de la santé et des services sociaux.

Recommandation 5 : Augmenter le financement de la recherche sur les JHA et le jeu problématique au Québec et encourager le développement de travaux originaux et innovants.

Bibliographie

- 1 Rotermann M, Gilmour H. Qui joue à des jeux de hasard et qui éprouve des problèmes de jeu au Canada. Statistique Canada 2022.
- 2 Collège des médecins de famille du Canada. Approche pratique des troubles liés à l'usage de substances à l'intention des médecins de famille. 2021.
- 3 Potenza MN, Balodis IM, Derevensky J, *et al.* Gambling disorder. *Nat Rev Dis Primers*. 2019;5:51. doi: 10.1038/s41572-019-0099-7
- 4 Wardle H, Reith G, Best D, *et al.* Measuring gambling-related harms: a framework for action - LSE Research Online. 2018.
- 5 Kessler RC, Hwang I, LaBrie R, *et al.* DSM-IV pathological gambling in the National Comorbidity Survey Replication. *Psychol Med*. 2008;38:1351–60. doi: 10.1017/s0033291708002900
- 6 Stevens H, Cooper L, Agroia H. How Does Gambling Correlate with Chronic Health Conditions? *Mo Med*. 2025;122:144–9.
- 7 Matheson FI, Devotta K, Wendaferew A, *et al.* Prevalence of Gambling Problems Among the Clients of a Toronto Homeless Shelter. *J Gambl Stud*. 2014;30:537–46. doi: 10.1007/s10899-014-9452-7
- 8 Sharman S. Gambling and Homelessness: Prevalence and Pathways. *Curr Addict Rep*. 2019;6:57–64. doi: 10.1007/s40429-019-00242-6
- 9 Deutscher K, Gutwinski S, Bermpohl F, *et al.* The Prevalence of Problem Gambling and Gambling Disorder Among Homeless People: A Systematic Review And Meta-Analysis. *J Gambl Stud*. 2023;39:467–82. doi: 10.1007/s10899-022-10140-8
- 10 Cowlshaw S, Kessler D. Problem Gambling in the UK: Implications for Health, Psychosocial Adjustment and Health Care Utilization. *Eur Addict Res*. 2016;22:90–8. doi: 10.1159/000437260
- 11 Brodeur M, Hudon C, Girard A, *et al.* Trajectoire de soins de santé et de services sociaux et jeu problématique au Québec. 2023. <https://frq.gouv.qc.ca/projet/trajectoire-de-soins-de-sante-et-de-services-sociaux-et-jeu-problematique-au-quebec/>
- 12 Wammes JJG, Wees PJ van der, Tanke MAC, *et al.* Systematic review of high-cost patients' characteristics and healthcare utilisation. *BMJ Open*. 2018;8:e023113. doi: 10.1136/bmjopen-2018-023113

- 13 Soril LJJ, Leggett LE, Lorenzetti DL, *et al.* Characteristics of frequent users of the emergency department in the general adult population: A systematic review of international healthcare systems. *Heal Polic.* 2016;120:452–61. doi: 10.1016/j.healthpol.2016.02.006
- 14 Hudon C, Choinard M-C, Lambert M, *et al.* "Integrated care around people with complex needs' life project: the VISAGES Approach". *International Journal of Integrated Care*. Published Online First: 2025.
- 15 Malebranche M, Grazioli VS, Kasztura M, *et al.* Case management for frequent emergency department users: no longer a question of if but when, where and how. *Can J Emerg Med.* 2021;23:12–4. doi: 10.1007/s43678-020-00024-4