RAPPORT POUR LA MILDT CONCERNANT LE PROBLEME DES ADDICTIONS AUX JEUX

Jean-Luc VENISSE

Avec la collaboration de
Jean ADES et Marc VALLEUR

Nos remerciements à M. GRALL-BRONNEC, G. BOUJU, M. GUILLOU-LANDREAT et B. ROCHER pour leur précieuse contribution à ce travail.

SOMMAIRE

PLAN :

I – Introduction p 4 à 6

II – Questions et perspectives épidémiologiques p 7 à 8

III – Questions et perspectives cliniques p 9 à 13

IV – Questions et perspectives thérapeutiques p 14 à 18

V – Questions et perspectives dans le champ de la prévention p 19 à 21

VI – Conclusion p 22

ANNEXES :

1. Lettre de mission. p 23 à 24

2. Editorial « Synapse ». « Le scandale des addictions sans drogue ». p 25 à 26

3. Données actuelles, cliniques et para-cliniques, de la littérature concernant le jeu pathologique (JHA). p 27 à 90

4. Le problème spécifique des jeux sur Internet et plus particulièrement des jeux vidéos. p 91 à 100

5. Etude descriptive réalisée au CHU de Nantes (PHRC inter-régional Ouest 2006) : présentation résumée et synthèse des premiers résultats. p 101 à 112

6. Projets de recherche multi-centriques récemment déposés sur le thème à l'appel d'offre MILDT et PHRC national 2007 : Présentation résumée. p 113 à 118

7. Programme d'évaluation et de traitement développé par le Centre Québécois d'excellence pour la prévention et le traitement du jeu : présentation brève. p 119 à 123

8. Données et références concernant la situation internationale et principalement européenne en matière de soins et de prévention des conduites de jeu pathologique. p 124 à 132

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

p 133 à 141

I – INTRODUCTION

Dans un texte intitulé "Le Scandale des Addictions sans Drogue", l'un d'entre nous écrivait il y a quelques mois que bien que le concept d'addictions se soit imposé depuis plusieurs années pour spécifier la dépendance problématique à un comportement répétitif, que celui-ci suppose ou non la consommation de substances psychoactives (SPA), le sort des addictions sans drogue restait un sujet plus ou moins tabou dans notre pays et de ce fait exclu des recommandations et dispositifs de soins et de prévention prévalant par ailleurs en la matière, avec des conséquences fort dommageables sur le plan sanitaire et social pour ceux de nos concitoyens qui s'y perdent (cf. annexe 2). C'est à partir d'un tel constat que le Président de la MILDT a souhaité peu avant l'été qu'une mission exploratoire soit menée sur cette question et notamment à propos des problèmes de jeux pathologiques (cf. lettre de mission – annexe 1).

Les auteurs de ce rapport ont souhaité centrer leurs réflexions sur les jeux de hasard et d'argent pour lesquels un corpus consistant de données scientifiques existe. Ils ne méconnaissent pas pour autant l'importance des autres addictions sans consommation de substance psychoactive, qu'il s'agisse des addictions alimentaires (conduites anorexiques – boulimiques) au sujet desquelles une audition publique de la Haute Autorité de Santé pourrait être organisée en 2008, ou encore d'autres addictions comportementales, telles que les achats pathologiques, les addictions sexuelles ou au travail par exemple.

Ils ont néanmoins décidé, compte-tenu de l'actualité de cette problématique, d'envisager au moins brièvement un certain nombre de questions liées à la pratique des jeux vidéo (au sein des pratiques de jeux sur Internet).

Depuis cette lettre de mission, il faut constater qu'un certain nombre d'évolutions notables ont eu lieu, témoignant d'une prise en compte sociétale et sanitaire du problème du jeu pathologique et conduisant à restreindre le cadre du présent rapport.

Il s'agit en particulier de l'inclusion du jeu pathologique au sein du Plan addictions présenté par le Ministre de la Santé le 15 novembre 2006.

Il s'agit également de la programmation concomitante pour 2007 d'une expertise collective de l'INSERM sur ce thème impliquant les auteurs de ce rapport, ainsi que plusieurs experts de différentes disciplines appartenant aux sciences humaines et sociales aussi bien que neurobiologiques.

On doit mentionner également la publication récente du rapport du Sénateur Trucy (2006), très documenté et auquel nous renvoyons pour tout ce qui concerne la description détaillée des différents jeux ainsi que des opérateurs, les enjeux socio-économiques de ces filières également.

Ce rapport souligne le régime juridique assez particulier des jeux de hasards et d'argent en France garant d'une place centrale de l'état en terme d'encadrement du fait d'une interdiction totale de ces jeux en dehors de certains cadres agréés définissant autant de monopoles qui font actuellement l'objet d'interpellations très vives de la part des instances européennes, ou tout au moins de certains de leurs représentants.

Il s'agit, écrit le rapporteur, d'un "droit touffu", un modèle qui se veut protecteur (des intérêts de la société, des joueurs et des opérateurs) mais qui est très vulnérable, confronté au défi actuel de l'offre de jeux à distance en ligne, et de l'unification européenne.

Parmi les problématiques actuelles, le rapport recense encore le développement des machines à sous clandestines, ainsi que l'option des machines récréatives à mises et gains limités, et également l'émergence de nouvelles offres plus ou moins légales, en particulier de poker, en clubs ou en ligne (qui n'est probablement pas sans lien avec le développement des émissions de télévision consacrées à ces jeux de poker).

La dépendance aux jeux occupe également une place significative dans le rapport du Sénateur Trucy, qui insiste à plusieurs reprises sur l'absence étonnante de données et de politique sanitaire concernant ce problème du jeu pathologique, à la différence de ce qui prévaut dans la plupart des pays occidentalisés, y compris voisins et francophones.

On notera enfin que dans la troisième partie intitulée "Que faire ?", le rapporteur avance un grand nombre de propositions dans les différents domaines explorés au préalable. Parmi celles-ci, le plaidoyer pour une nouvelle politique des jeux qui, s'appuyant sur l'encadrement consistant en place, d'une part régule mieux l'offre de jeux, (avec l'idée à laquelle il est difficile de ne pas souscrire, que l'augmentation de l'offre de jeux entraîne conformément à la loi de Lederman une croissance du taux de joueurs à risque et dépendants), et d'autre part garantissent mieux le respect de l'interdiction aux mineurs, en particulier pour les produits de la Française des Jeux (FDJ), ainsi qu'une promotion commerciale plus réfléchie des différents jeux.

Plus globalement, c'est la promotion de la notion de jeu responsable qui est fortement préconisée, dans la continuité des décrets et arrêtés des 17 et 22 février 2006 ayant amorcés la démarche, à travers notamment la mise en place d'un contrôle d'identité obligatoire à partir du 1er novembre 2006 à l'entrée des casinos (évitant que l'interdiction de casino puisse être facilement contournée). On ajoutera que la création d'un comité consultatif pour la mise en œuvre de la politique d'encadrement des jeux et du jeu responsable (COJER) composé de représentants de l'état et de personnalités qualifiées s'inscrit dans la même logique.

Une perspective transversale aux différents types de jeux et opérateurs (plutôt que des mesures spécifiques pour tels ou tels d'entre eux) apparaît grandement préférable aux rapporteurs, qui insistent vivement en conclusion sur la nécessité d'une autorité régulatrice unique transcendant les clivages entre les différents ministères concernés, et également d'un observatoire des jeux en France, indépendant et pluridisciplinaire, assurant une veille éclairée sur toutes les questions qui touchent aux pratiques de jeux.

II – QUESTIONS ET PERSPECTIVES EPIDEMIOLOGIQUES

En l'absence d'études épidémiologiques en population générale concernant la prévalence du jeu à risque et du jeu pathologique en France, il est impossible de préciser la réalité et l'ampleur du phénomène.

On peut néanmoins à partir d'un certain nombre de données, et notamment du récent rapport Trucy, affirmer que si les jeux de hasard et d'argent sont plutôt légèrement moins pratiqués dans notre pays que dans le reste de l'Europe, ils connaissent cependant un succès considérable dont témoigne l'évolution des dépenses des Français dans ce domaine (en augmentation de 148 % en 45 ans, soit de 1960 à 2005, c'est-à-dire bien supérieure à ce qui concerne l'ensemble des activités de loisir et de culture). En 2005, près de 30 Millions de Français, soit trois adultes sur cinq, ont joué au moins une fois à un jeu de hasard et d'argent.

Le fait que le profil des joueurs ait parallèlement beaucoup évolué, à la mesure de l'évolution de l'offre de jeux, de sa diversification et son accessibilité, est également un élément à prendre en compte. Loin de l'image d'Epinal du flambeur de jeux de tables de casino, fortuné, la clientèle s'est progressivement beaucoup démocratisée touchant toutes les catégories socioprofessionnelles dont beaucoup d'inactifs : retraités, mais aussi RMIstes et chômeurs qui apparaissent comme des populations vulnérables vis-à-vis desquelles des mesures de protections spécifiques auraient sans doute intérêt à être réfléchies et promues (sans parler des malades mentaux détenteurs de l'Allocation Adulte Handicapée – AAH).

Pour autant, la grande majorité des joueurs ne perdent pas le contrôle de leur pratique de jeu ; et comme pour toute conduite addictive il est possible de distinguer l'usage simple, l'usage nocif ou abus et la dépendance, ce qui recouvre grossièrement les notions de jeu récréatif, à risque, et pathologique. D'autre part, il apparaît que si une grande partie de la population joue, un pourcentage bien plus faible de celle-ci est à l'origine d'une majorité des enjeux.

Dès lors que les taux de prévalence se situent dans les nombreux pays où les études bien menées ont été réalisées, en particulier en Amérique du Nord, de façon assez stable dans le temps (Chevalier et al., 2002 ; Ladouceur et al., 2002, 2005), entre 1 et 3 % de la population générale, selon que l'évaluation réalisée se limite à dépister les joueurs pathologiques ou inclut également les joueurs à risque (cf. critères diagnostiques dans l'annexe 3), il y a fort à parier que des taux du même ordre seraient retrouvés en France (ce qui définit une fourchette de 600 000 à 1 800 000 joueurs à problème !).

Il est éminemment souhaitable, en terme de sources d'informations, que l'Office Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT) puisse élargir son champ d'investigations au-delà des addictions aux SPA. L'adjonction dans diverses enquêtes, dont certaines sont « greffées » sur des enquêtes de l'INSEE, sur la consommation des ménages, d'items concernant diverses pratiques addictives purement comportementales et en particulier de jeu pathologique, apporterait en effet de précieux indicateurs.

Le COJER mis en place par l'arrêté du 22 février 2006 doit également pouvoir inclure dans ses attributions, à partir des moyens dont il dispose, des projets de financement d'enquêtes épidémiologiques qui font cruellement défaut dans notre pays et apparaissent comme un préalable, ou à tout le moins un complément indispensable, aux mesures destinées à promouvoir une politique de jeu responsable ; ces enquêtes devraient s'adresser à l'ensemble de la population, y compris les mineurs et également relever des caractéristiques socio-démographiques et économiques afin d'établir les profils des personnes les plus touchées. La prise en compte des jeunes est essentielle dans la mesure où il semble que (comme pour la plupart des addictions) l'accrochage à la conduite se produit dans la majorité des cas durant l'adolescence (entre 14 et 18 ans au vu de plusieurs études épidémiologiques bien menées).

III – QUESTIONS ET PERSPECTIVES CLINIQUES

La réalité et la gravité des problèmes de dépendance au jeu de hasard et d'argent (JHA) sont indiscutables, attestées par une littérature internationale abondante **(pour des données plus complètes, cf. annexe 3)**.

Le jeu pathologique est défini dans la quatrième édition du Manuel Diagnostic et Statistiques (DSM) des troubles mentaux (American Psychiatric Association (APA), 1994) comme une "pratique inadaptée, persistante et répétée du jeu, comme en témoignent au moins cinq manifestations sur les dix proposées, et à condition que la pratique du jeu ne soit pas mieux expliquée par un épisode maniaque". Chez les joueurs pathologiques, le jeu devient progressivement le centre de l'existence, au détriment de tous les autres investissements affectifs et sociaux, exposant le sujet à de graves conséquences sociales, professionnelles et personnelles. Il est important de souligner que les conséquences du jeu renforcent le comportement et que la connaissance de celles-ci n'empêche pas le joueur de poursuivre cette activité, avec l'espoir irrationnel d'un gain important, défiant les lois du hasard.

Le jeu pathologique a été introduit en 1980 dans la troisième version du DSM (APA, 1980), à la rubrique des "troubles du contrôle des impulsions non classés ailleurs". Il a alors commencé à être considéré dans la communauté scientifique comme un trouble mental à part entière. Pour beaucoup, le jeu pathologique représente aujourd'hui un modèle d'addiction comportementale, c'est-à-dire sans substance psychoactive. Les dix critères retenus pour établir le diagnostic de jeu pathologique selon le DSM-IV témoignent de son appartenance au champ des addictions. En effet, ils reprennent en grande partie ceux qui ont été proposés pour la définition du syndrome de dépendance aux substances psychoactives.

Au-delà de quelques spécificités culturelles, il ne fait pas de doute que le profil des joueurs pathologiques français ne diffère guère de celui que reflète la littérature internationale ; c'est d'ailleurs ce que constatent les quelques équipes habituées à suivre ces patients sur notre territoire et ce que reflètent également les résultats d'une étude descriptive menée récemment sur un petit échantillon au CHU de NANTES (cf. annexe 4).

Les dommages, dont la présence est un des critères majeurs d'abus et de dépendance, associent des états dépressifs sévères et des conduites suicidaires et de consommation de substances, notamment d'alcool, ainsi que des conséquences financières majeures (endettement croissant et dans certains cas, vente de biens et de domicile, interdit bancaire).

Ces dommages participent à la dégradation progressive du climat conjugal et familial autour du joueur pathologique à l'origine de ruptures et divorces.
Dans certains cas, des conduites délictueuses et médico-légales viennent ponctuer ces parcours (vols et malversations financières diverses, en règle sans violence).

Les comorbidités psychiatriques et addictives, sont fréquentes ; elles concernent principalement les troubles de l'humeur (Lesieur et Rosenthal, 1991 ; Petry et al., 2005) et les troubles anxieux, ainsi que les différentes conduites addictives (purement comportementales : principalement achats compulsifs et sexualité compulsive, ou de consommation de substances psycho-actives : alcool et opiacés ayant été les plus étudiés [Blumes, 1997 ; Lejoyeux et al., 1998]).
La question des comorbidités psychiatriques et addictives, et de leurs liens avec la conduite de jeu pathologique permet d'évoquer, comme vis à vis d'autres conduites addictives, aussi bien des troubles induits ou aggravés par le jeu, que des troubles précédant et déterminant plus ou moins le recours à la conduite, qu'enfin des troubles coexistant, sans lien de causalité entre les deux ordres de phénomène (autre qu'une possible causalité commune).

De nombreux auteurs se sont attachés à l'étude de la personnalité des joueurs pathologiques. D'un point de vue catégoriel, la personnalité anti-sociale est fréquemment associée au jeu pathologique (Pietrzak et Petry, 2005), de même que la personnalité obsessionnelle-compulsive (Blumes, 1997).
D'un point de vue dimensionnel, les dimensions « psychopathie », « impulsivité », et « recherche de sensations » sont le plus souvent associées au jeu pathologique (Steel et Blaszczynski, 1998 ; Grant et Kim, 2003). La recherche de sensations apparaît même assez spécifique du jeu pathologique au sein des différentes conduites addictives (Zuckerman, 1999 ; Corcos et al., 2003).

Ceci posé, **les questions les plus actuelles concernent** dans ce champ comme plus globalement dans celui des conduites addictives, **la définition d'une typologie de ces joueurs pathologiques**, au-delà des éléments les plus communs, susceptible de caractériser des sous-groupes pertinents, aussi bien d'un point de vue clinique qu'en terme de déterminants neurobiologiques voire génétiques, permettant consécutivement la définition d'indications thérapeutiques plus ciblées et efficaces.

La nécessité de prendre en compte les différents types de JHA, en particulier au niveau des distorsions cognitives, mais également en terme de comorbidités et d'éléments de personnalité, associés, s'est affirmée au cours des dernières années :

Beaucoup d'auteurs ont insisté, notamment à propos du choix du jeu de prédilection et donc du type de jeu pratiqué, sur le facteur lié au délai du gain attendu, avec l'hypothèse que les jeux dans lesquels ce délai est le plus court, du type des machines à sous et plus largement électroniques (mais aussi des loteries immédiates), seraient les plus à risques (par rapport aux paris sportifs et aux loteries classiques par exemple) et les plus à même d'entretenir l'envie du joueur de se refaire (le "chasing" anglo-saxon) qui apparaît comme un facteur important de l'engrenage addictif (Breen et Zuckerman, 1999).

L'importance et la spécificité des troubles cognitifs retrouvés chez les joueurs pathologiques représentent également un enjeu clinique et thérapeutique très actuel. Ladouceur et Gaboury (1988) ont été les premiers à étudier les pensées dysfonctionnelles des joueurs par la méthode de « verbalisation », dans laquelle le joueur exprime à haute voix toutes les pensées qui lui viennent à l'esprit lorsqu'il joue. En se basant sur la classification des pensées irrationnelles proposée par Ladouceur et al (1988), plusieurs auteurs, comme Walker (1992), Griffiths (1994), Coventry et Norman (1998), ainsi que Delfabbro et Winefield (2000), ont retrouvé plus de 70 % de pensées irrationnelles. Parmi celles-ci, on note certaines superstitions ou certains rituels sensés augmenter les chances de gagner (comme frotter la machine ou souffler sur les dés), l'attribution erronée d'une relation de « cause à effet » entre deux évènements indépendants survenant au hasard (Walker, 1992 ; Ladouceur et Walker, 1996 ; Toneatto et al., 1997 ; Joukhador et al., 2004), l'illusion de contrôle (c'est-à-dire une surestimation du degré de contingence entre des actions et leurs résultats) (Langer, 1975 ; Langer et Roth, 1975 ; Ladouceur et al., 1988 ; Delfabbro, 2004), la minimisation du hasard, la certitude de gagner de l'argent sans tenir compte des pertes, la certitude que la poursuite du jeu augmente les chances de gagner, etc.

On avance l'hypothèse qu'un joueur peu envahi par ces croyances irrationnelles aura tendance à s'orienter plutôt vers un jeu comme le PMU (Pari Mutuel Urbain), ayant conscience que les lois du hasard interviennent moins dans ce jeu que dans d'autres. De plus, il acquérra une certaine connaissance des chevaux, des jockeys, des entraîneurs, des antécédents de courses, et fera ainsi son pari en tenant compte de tous ces éléments. Un joueur possédant un niveau préalable de croyances irrationnelles plus élevé, pensera qu'il peut contrôler le hasard et aura ainsi tendance à choisir son jeu de prédilection parmi les plus

aléatoires, comme les machines à sous. Il développera ensuite, pour justifier la poursuite du jeu malgré ses pertes, des stratégies ou raisonnements aberrants. Ces distorsions cognitives sont d'autant plus importantes à étudier qu'elles semblent se transmettre de génération en génération, entretenant ainsi au sein d'une même famille la pratique pathologique du jeu (Oei et Raylu, 2004).

Sur le plan international, plusieurs outils ont été élaborés pour l'évaluation des distorsions cognitives des joueurs ; deux de ces outils méritent tout particulièrement d'être mentionnés.

Le GABS est l'un des premiers outils, proposé par Robert Breen et Marvin Zuckerman en 1999, pour l'évaluation des distorsions cognitives des joueurs. Cet auto questionnaire explore en 35 items les biais cognitifs, les croyances irrationnelles et la valeur positive attribuée au jeu par les joueurs. Cet outil est souvent rapporté dans la littérature internationale (Breen et Zuckerman, 1999 ; Breen et al, 2001 ; Strong et al, 2004) et semble posséder toutes les propriétés psychométriques exigées pour la recherche en psychiatrie.

Le GRCS est l'un des outils d'évaluation des distorsions cognitives les plus récents, proposé par Raylu et Oei en 2004. Cet auto questionnaire explore en 23 items les croyances irrationnelles associées aux jeux de hasard et d'argent. L'intérêt de cet outil est d'être très détaillé. Il propose une répartition des distorsions cognitives en 5 facteurs : les biais d'interprétation, l'illusion de contrôle, le contrôle prédictif, les espoirs liés au jeu et l'incapacité à arrêter de jouer. Selon les auteurs, il s'agirait des cinq types de distorsions cognitives principalement associés au jeu.

Il est donc indispensable de valider ces outils en France de façon à pouvoir mieux explorer ces distorsions cognitives, facteurs d'entretien des troubles.

Une question transversale aux différents champs addictifs et qui ici mériterait également d'être approfondie est celle qui concerne la chronologie des modes d'usage, permettant de savoir notamment si une pratique contrôlée durable du jeu peut précéder l'abus et la dépendance.

Une des limites de la grande majorité des études publiées est enfin qu'elles portent principalement sur des échantillons de joueurs pathologiques (et parfois également à risque) rencontrés dans des structures d'aide et de soins. Les éléments susceptibles de spécifier les joueurs pathologiques consultant par rapport aux joueurs n'ayant pas de problèmes de jeux et aux joueurs pathologiques ne demandant pas d'aide, ne peuvent de ce fait être repérés.

L'identification des différents facteurs de risque pour le jeu pathologique, ainsi que des facteurs impliqués dans la demande de soin, est portant essentielle en terme de prévention comme d'accès aux soins.

C'est par rapport à ces limites et exigences que deux projets de recherche complémentaires multicentriques viennent d'être élaborés par les auteurs de ce rapport et déposés d'une part à l'appel d'offre 2006 de la MILDT et d'autre part à celui du PHRC National 2007 (cf. annexe 5).

Le développement des JHA sur Internet correspond à un phénomène en pleine expansion qui interroge quant à un risque addictif particulier.

La pratique des jeux vidéo, particulièrement des jeux en ligne sur Internet est susceptible de donner lieu à abus, voire à dépendance.
Cette problématique doit être distinguée du « classique » jeu pathologique, qui ne concerne que les jeux de hasard et d'argent.
Elle en diffère notamment par l'absence d'enjeux financiers, de surendettement, et donc de nombre de conséquences négatives. Elle en est aussi très différente, à l'heure actuelle, du fait du profil très différent des sujets concernés, qui sont en majorité des jeunes adultes, encore dépendants du milieu familial.
Il convient toutefois de noter que cette forme émergente de problématique addictive donne d'ores et déjà lieu à une activité certaine dans les services qui acceptent de les traiter, et que la plupart des spécialistes admettent qu'il est temps de prendre au sérieux les questions de « cyberdépendance ».
L'évolution très rapide des usages d'Internet devrait conduire à une diversification du profil des personnes dépendantes, et les initiatives permettant de suivre cette évolution devraient être encouragées.
La clinique de ces addictions est par ailleurs susceptible de constituer un angle d'éclairage des débats, souvent passionnés, qui existent autour des formes de socialisation et des pratiques ludiques permises par les nouvelles technologies de l'information et de la communication.
(pour des données plus détaillées à ce sujet, cf. Annexe 4).

IV – QUESTIONS ET PERSPECTIVES THERAPEUTIQUES

Beaucoup moins abondante qu'à propos des questions diagnostiques ou relatives aux comorbidités diverses, la littérature consacrée aux approches thérapeutiques du jeu pathologique s'est développée au cours des dernières années.

Elle cherche à recenser les approches les plus utilisées et souligne l'insuffisance de travaux portant sur les indications respectives de ces traitements, en particulier au niveau de sous-groupes de patients définis en fonction de différentes variables comme nous l'avons déjà évoqué.

Dans une méta-analyse portant sur 37 études de suivi réalisées entre 1968 et 2004, et 22 utilisables en pratique, S. Pallesen et col. (2005) conclut à l'efficacité à court et plus long terme des interventions psychothérapiques tout en notant que celle-ci est corellée au nombre de séances, qu'elle paraît plus marquée dans les études dans lesquelles l'inclusion des patients ne s'appuie pas sur des critères diagnostiques standardisés (ce qui interroge), et également dans les essais randomisés.

La rétention des patients dans les programmes de traitement, qui est un problème commun à l'ensemble des troubles addictifs a fait l'objet de quelques travaux. Ainsi J.E. Grant et col (2004), dans une étude ayant porté sur une cinquantaine de patients suivis de façon ambulatoire avec une durée moyenne de suivi d'un an, retrouve près de 50 % de patients en rupture de traitement et identifie comme prédicteur d'une bonne adhésion au soin une réponse au traitement lors des huit premières semaines, ainsi qu'un environnement soutenant.

La place des thérapies cognitives vis-à-vis des croyances irrationnelles concernant les lois du hasard est bien établie et centrale, dans la continuité de ce que nous évoquions au niveau clinique.

La pertinence de ces thérapies pour la prise en charge des joueurs pathologiques ne cesse d'ailleurs d'être rappelée par les différentes revues de littérature sur le sujet (Lopez Viets et Miller, 1997 ; Petry et Armentaro, 1999 ; Sharpe, 2002 ; Toneatto et Ladouceur, 2003 ; Tavares et al, 2003 ; Toneatto et Millar, 2004 ; Petry et al., 2006). Cependant, aucune étude française, à notre connaissance, n'a été réalisée sur l'évaluation de l'efficacité des thérapies cognitives dans le jeu pathologique. Cette lacune peut être le reflet de l'absence d'outils d'évaluation des distorsions cognitives des joueurs, validés en langue française, déjà notée.

Des programmes spécifiques existent dans la plupart des pays anglo-saxons et également francophones, développant ces approches à visée de restructuration cognitive de façon plus ou moins formalisée et selon une temporalité variable, en hospitalisation de jour ou au niveau de soins plus séquentiels.

L'impact de tels programmes sur les croyances et attitudes des joueurs a été validée par différentes études comme celle de Breen et col. (2001). Une brève illustration du programme développé au Québec par Robert Ladouceur et son équipe fait l'objet de l'annexe 6.

De façon plus générale la question est posée de savoir si les traitements les plus habituels dans le champ de l'addictologie sont pertinents et suffisants, ou si des approches plus spécifiques s'imposent.

Un récent éditorial de l'American Journal of Psychiatry (Tamminga et Nestler, 2006) plaidait pour la première hypothèse s'appuyant notamment sur l'efficacité d'un antagoniste glutamatergique à faible posologie dans une étude en double aveugle (Grant et al., 2006).

L'expérience clinique, comme les données de la littérature, montre à quel point il est indispensable de recourir avec les joueurs pathologiques aux ressorts thérapeutiques les plus incontournables en addictologie et en particulier :

- le travail motivationnel et l'aide à la prise de conscience de la réalité du problème, de son importance et ses conséquences possibles, ainsi que de l'intérêt d'une aide en deçà du déni (avec le patient comme avec son entourage).

- la prise en compte et le traitement propre des comorbidités éventuelles, notamment des troubles de l'humeur et anxieux ainsi que d'autres addictions associés.

- Les garanties d'accompagnement sur la durée quelles que soient les vicissitudes évolutives et notamment les rechutes évoquées dès que possible comme ne remettant pas en cause le cheminement amorcé, de même que le relais éventuel par une autre conduite addictive. Le travail de prévention des rechutes est particulièrement fondamental.

- l'abord cognitivo-comportemental des facteurs d'entretien et de risque de rechute après identification des situations à risque (relations et activités alternatives, gestion du stress et des émotions, des moments d'inactivité…)

- la place des groupes et leur fonction contenante par rapport à la fragilité narcissique : groupes de parole (à l'intention des patients et spécifiques pour leur entourage), groupes d'entraide, groupes thérapeutiques de références diverses notamment d'entraînement à l'affirmation de soi et à l'expression des sentiments ainsi que centrés sur l'approche cognitive.

Le recours à des molécules interagissant avec les récepteurs et neuromédiateurs impliqués dans le cycle addictif et notamment au niveau du circuit de récompense, bien que plus discuté, peut également s'inscrire dans cette logique tranversale.

Peuvent en revanche être considérés comme plus spécifiques (mais avec des équivalents dans les différents autres registres addictifs) les actions directement ciblées au niveau des conséquences propres de la conduite de jeu ayant valeur de butée structurante dans la réalité : démarche d'interdiction de casino, constitution d'un dossier de surendettement, proposition de mise sous curatelle renforcée.

L'approche cognitive spécifique des croyances concernant les lois du hasard, sur laquelle nous avons déjà beaucoup insisté, doit enfin être ré-évoquée ici.

Comme vis-à-vis de l'ensemble des pathologies addictives la meilleure adéquation possible entre les différentes modalités thérapeutiques disponibles et les caractéristiques propres de chaque patient, constitue un objectif prioritaire justifiant des programmes de recherche bien conduits qui manquent actuellement surtout en France (cf. notamment à ce sujet l'article de Toneatto et col. de 2004). De même la question des guérisons spontanées d'une part, et d'autre part de la possibilité d'un usage modéré du jeu après des périodes de dépendance avérée, reste posée et discutée au même titre que vis-à-vis des addictions les plus classiques (l'article récent de W.S. Slutske (2006) dans l'American Journal of Psychiatry est de ce point de vue intéressant).

En terme de dispositif et d'organisation des soins, la plupart des pays industrialisés ont structuré une offre de soins spécifiques pour les joueurs pathologiques. Celle-ci prend des formes évidemment diverses dans chaque pays.

A titre d'exemples on peut citer deux pays francophones, le Québec et la Suisse dans lesquels des dispositions précises ont été prises pour faire face à ce problème de santé publique :

- au Québec sous l'impulsion de Robert Ladouceur et de son équipe, du département de Psychologie de l'Université Laval, la recherche et les soins se sont développés depuis plus de vingt ans. Le Centre québécois d'excellence pour la prévention et le traitement du jeu est le reflet de cet investissement et cette politique, à l'origine de programmes de traitement et de recherches régulièrement évalués et déclinés au niveau des principales ville de la province.

- en Suisse différents centres et institutions sont en place pour les questions de traitement comme de prévention liées aux jeux pathologiques. Ils sont en général intégrés dans des structures s'occupant déjà d'addictions. Un de ces centres, à Lausanne est le seul en Suisse Romande a être universitaire avec des missions complémentaires de formation – enseignement et recherche (Laurence Aufrere dans le service du Pr Besson). L'amendement à la loi sur les loteries et pari récemment publié (juillet 2006) doit conforter ce dispositif à travers le prélèvement d'un impôt sur le revenu brut des jeux (0,5 % du RBJ) destiné à financer la prévention et le traitement du jeu excessif en Suisse.

On trouvera en annexe 7 un certain nombre de données et de références complémentaires concernant la situation internationale et surtout européenne.

On peut penser qu'un dispositif similaire aurait toute sa pertinence en France.

A partir de quelques centres experts chargés de développer des programmes de recherche et de formation dans le domaine, un maillage progressif du territoire pourrait être envisagé, recoupant à terme les différents niveaux de recours définis pour les structures addictologiques par le plan gouvernemental addictions, en articulation avec les SROSS.

Ainsi dans un premier temps un service universitaire d'addictologie ou un centre déjà engagé vis-à-vis de ces patients pourrait dans chacune des huit inter-régions être référent pour les problèmes de jeu pathologique (comme sans doute pour d'autres addictions sans drogue pour lesquelles les structures spécialisées issues du médico-social – CSST – CCAA et futur CSAPA – ont souvent de première intention quelques réticences). Secondairement la

diffusion d'une formation de premier niveau à l'ensemble des CSAPA permettrait que ceux-ci assurent en tant que structure de première ligne, évaluation et soins de base, adressant les patients les plus sévères et résistant aux approches initiales vers le centre régional de référence. Ainsi une filière de soins pour ces patients, qui fait actuellement gravement défaut, serait elle constituée.

En complémentarité étroite avec ce dispositif thérapeutique, se situerait une structure d'écoute téléphonique spécifique ; N° vert constituant un portail d'accès facile pour les joueurs, mais aussi pour leur entourage (souvent porteur de la demande dans un premier temps), voire pour d'autres intervenants, acteurs du champ, en difficulté ou questionnement par rapport à telle ou telle situation précise.

Cette structure d'écoute et d'orientation-information aurait tout intérêt à être une structure publique bénéficiant de financements d'état spécifiques (au moins pour la majeure partie de ceux-ci) sur le mode de ce que réalise par exemple dans un domaine voisin la structure SOS Allo Ecoute Dopage.

Il n'est en effet ni normal ni souhaitable que ce soit les opérateurs eux-même qui organisent, à fortiori chacun pour leur propre compte, de tels services.

Ce n'est pas non plus la place des structures associatives, bien que l'Association SOS Joueurs animée par Armelle Achour ait fait depuis près de 20 ans un travail remarquable, en l'absence de dispositif institué. Par ailleurs, la place des groupes d'entraide, qui doivent être encouragés, est toute autre, comme on peut le constater dans tous les autres registres addictifs où elle est essentielle mais complémentaire et décalée par rapport au dispositif thérapeutique et de prévention.

V – QUESTIONS ET PERSPECTIVES DANS LE CHAMP DE LA PREVENTION

Il est indispensable que se développent en France des stratégies de prévention primaire concernant l'abus de jeu et l'addiction au jeu. Le développement de ces stratégies est très lié aux autres questions envisagées et notamment à l'obtention de données épidémiologiques fiables.

La prévention primaire sera en effet d'autant plus efficace qu'elle pourra s'appuyer sur des données issues de travaux de recherche menés en France : travaux épidémiologiques quantifiant notamment la prévalence de l'abus en fonction des types de jeu pratiqués et donc les risques spécifiques de chacun des jeux d'argent proposés ; également la typologie des joueurs en fonction du jeu pratiqué et donc les facteurs de risque spécifiques. Enfin des facteurs généraux de vulnérabilité à l'addiction au jeu : facteurs individuels, familiaux et sociaux. Une meilleure connaissance de ces facteurs de risque permettra de diffuser une information précise et documentée sur le jeu, c'est-à-dire de cibler cette prévention au niveau des populations les plus à risque comme vis-à-vis des jeux les plus impliqués dans ces risques. L'information du grand public sur les risques liés aux pratiques de jeu est essentielle en terme de prévention primaire ; sur le mode de celle qui préside aux campagnes contre l'usage abusif d'alcool ou contre le tabagisme par exemple. Elle a tout intérêt à être très largement diffusée sur des supports multiples (brochures, messages dans les médias). Le contenu de l'information doit porter sur les premiers symptômes de l'abus, les premiers symptômes de la dépendance, sans oublier les répercussions au niveau relationnel en particulier par rapport à l'entourage proche. L'objectif de cette information est en effet de permettre au joueur mais aussi à son entourage de prendre conscience le plus rapidement possible du problème de façon à trouver l'aide et les soins qui sont nécessaires (ce qui suppose que l'orientation vers une filière de soins bien identifiée et fonctionnelle puisse être réalisée (cf chapitre IV).

L'objectif de cette démarche de prévention primaire est également de permettre une réflexion collective pluridisciplinaire sur les risques que comportent certaines offres de jeu vis-à-vis d'une population vulnérable, de façon à pouvoir proposer un certain nombre de mesures susceptibles de réduire ces risques.

Parmi ces risques on peut par exemple différencier :

- des risques liés aux modalités de promotion-communication à propos des jeux, quand elle est susceptible de contribuer à l'émergence de croyances plus ou moins

irrationnelles ou surtout de les renforcer, notamment concernant les lois du hasard, et la possibilité pour le joueur d'avoir un impact sur lui, d'une manière ou d'une autre.

- des risques liés à des facteurs situationnels, incluant la question de l'accessibilité des jeux, soit réservés à des endroits plus ou moins dédiés, soit au contraire très disponibles, y compris sans aucun intermédiaire dans des lieux publics (ce qui est le cas dans de nombreux pays voisins de la France). L'accessibilité aux mineurs de moins de 16 ans constitue un problème particulier nécessitant des règles et une vigilance spécifiques.

- certains éléments de contexte peuvent également apparaître de nature à favoriser ou entretenir des pratiques de jeu à risque (contexte sensoriel particulier, association à des consommations elles-mêmes à risque…).

- des risques liés à des facteurs structurels, tenant à la nature même du produit-jeu proposé, avec en particulier la question du délai entre le moment de la mise et l'obtention possible du gain, dont on sait qu'avec la fréquence possible de répétition du jeu, il constitue un des repères de la dangerosité potentielle d'un jeu pour des sujets fragiles.

Cette nécessaire réflexion collective pluridisciplinaire doit pouvoir être menée dans le cadre d'une structure indépendante, du type : "observatoire des jeux" (ne se limitant pas aux JHA). Celui-ci pourrait représenter un outil d'orientation extrêmement précieux, très complémentaire du COJER (dont le statut et les missions sont par essence différents). Sa création est également fortement suggérée par le rapport Trucy (2006) et ne saurait être différée dans le contexte actuel.

Cette prévention primaire et les actions d'information qu'elle justifie doivent être assurées par les organismes institutionnels officiels de lutte contre les conduites addictives que sont la MILDT et l'OFDT, lesquels devraient élargir leur champ de compétence aux addictions comportementales, et en premier lieu au jeu pathologique, et pouvoir bénéficier des moyens spécifiques fléchés sur cette thématique nécessaires à leur mise en œuvre.

Le développement des pratiques de jeu en ligne pose des problèmes particulièrement complexes justifiant des actions de prévention spécifiques, dont nous avons évoqué quelques

axes dans le chapitre III. Pour ces pratiques de jeu de hasard et d'argent sur Internet, et plus encore sans doute pour ce qui concerne la pratique des jeux vidéo, la nécessité d'une réflexion collective pluridisciplinaire indépendante permettant de prendre en compte l'extrême complexité et évolutivité des questions soulevées, apparaît encore plus évidente et à même de prévenir les risques de positions manichéennes plus ou moins idéologiques, particulièrement inadaptées.

Il apparaît également essentiel et souhaitable que les opérateurs de ces jeux de hasard et d'argent soient impliqués dans la prévention primaire et dans la politique de réduction des risques.

Certains d'entre eux y consacrent déjà une attention soutenue. C'est le cas notamment de la Française des Jeux qui vient de lancer une campagne d'information sur le thème du jeu responsable après s'être dotée d'une charte éthique. Certains groupes d'exploitants de casino ont également mis en place des mesures d'information sur l'abus du jeu. Dans les deux cas des actions de formation des personnels et détaillants ont également été réalisées. Ces initiatives devraient être étendues et développées.

Comme c'est le cas dans plusieurs pays il paraît également extrêmement souhaitable que ces opérateurs soutiennent activement les démarches de recherche et de prévention ainsi que thérapeutiques, concernant les pratiques de jeu abusif et pathologique. La possibilité qu'un pourcentage du revenu brut des jeux soit consacré de part la loi aussi bien à ces actions qu'au financement du dispositif thérapeutique spécialisé est une hypothèse à considérer sérieusement, sur le mode de ce qui vient d'être officialisé depuis l'été dernier en Suisse.

VI – CONCLUSION

Partant d'un constat d'absence de données épidémiologiques et de politique sanitaire dans le domaine des conduites de jeu pathologique, pourtant bien documenté au niveau de la littérature internationale, les auteurs du présent rapport insistent tout d'abord sur l'urgence de réaliser de telles études en s'appuyant si possible sur les organismes officiels déjà engagés dans le champ des addictions : MILDT et OFDT.

La réalisation de travaux de recherche clinique et paraclinique est un prolongement nécessaire de ces études épidémiologiques permettant de caractériser un certain nombre de facteurs de risque, tenant notamment aux types de jeu pratiqué, et à des facteurs de vulnérabilité chez certains joueurs. Parallèlement, des études pluri-disciplinaires précisant l'évolution et la place des offres et des pratiques ludiques dans la société devront être menées.

En lien étroit avec les données les plus actuelles de la littérature internationale sur le sujet, ces travaux devraient notamment prendre en compte les principaux types de jeux disponibles et s'interroger sur la spécificité des distorsions cognitives retrouvées chez les joueurs, en ne s'adressant pas exclusivement à des populations de joueurs pathologiques suivis dans des structures de soins.

Ces différentes études permettront de cibler de façon adaptée et efficace les actions de prévention et les propositions thérapeutiques dont notre pays ne peut plus faire l'économie, ce qui est d'ailleurs souligné dans le récent Plan addictions gouvernemental.

Sans attendre leurs résultats ni les conclusions de l'expertise collective de l'INSERM prévue en 2007, il paraît indispensable qu'un dispositif thérapeutique puisse être constitué, par exemple à partir de centres "référence" au niveau de chacune des huit inter-régions, incluant une structure d'écoute et d'orientation des joueurs en difficulté ainsi que de leur entourage (de plus en plus sensibilisés et dans l'attente d'une prise en charge spécialisée).

La place des structures associatives et des groupes d'entraide ne peut être que complémentaire d'un tel dispositif appelé à terme à s'articuler étroitement avec le dispositif général de prise en charge des addictions.

Au niveau de la prévention, la création d'un observatoire des jeux, indépendant et pluridisciplinaire, souhaitée de longue date, et encore récemment dans le rapport Trucy, apparaît comme la seule manière de prendre en compte la complexité des questions et enjeux soulevés, à fortiori dès lors que le problème des jeux en ligne et des jeux vidéo doit être également envisagé.

ANNEXE 1 : Lettre de mission

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MILDT
www.drogues.gouv.fr
Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie

Paris, le 15 MAI 2006

Le Président

DJ/AA/mai-06 n° 303
Affaire suivie par :
Dominique VUILLAUME
☎ 01 44 63 20 94
dominique.vuillaume@mildt.premier-ministre.gouv.fr

Monsieur le Professeur,

Le phénomène des « addictions sans produit » suscite depuis une vingtaine d'années un intérêt, et partant un courant de recherche, qui est loin d'être négligeable au niveau international. La France est restée jusqu'ici très en retrait sur cette problématique alors qu'on assiste, selon le témoignage des quelques équipes cliniques qui se sont attachées à construire des prises en charge, à une croissance notable des demandes de soins de la part de joueurs pathologiques. On a donc des raisons de penser que les phénomènes de jeu pathologique augmentent dans notre pays, parallèlement à l'augmentation constatée sur ces vingt dernières années de l'offre de jeux.

Par ailleurs, à côté des formes classiques d'addiction au jeu (dépendance aux jeux d'argent et/ou aux jeux de hasard), de nouveaux types d'addiction apparaissent et retiennent l'attention comme l'addiction à l'Internet et aux jeux vidéo. Ces nouvelles formes interpellent tout particulièrement les parents, les éducateurs et les pouvoirs publics dans la mesure où elles peuvent toucher des enfants relativement jeunes ainsi que des préadolescents et des adolescents. De plus, le développement de jeux de hasard à résultat instantané (jeux de grattage, rapido) semble favoriser chez certaines personnes une installation rapide dans des conduites caractéristiques de jeu pathologique. Enfin, certains pays ont d'ores et déjà mis en place des dispositifs de réponse sanitaire pour ces addictions proches de ceux existant pour les drogues (Canada et Pays-Bas notamment).

En regard de ces différents signaux d'alerte, la question des addictions sans produit apparaît donc bien comme une question « orpheline » en France, que l'on raisonne en termes de prévention, de soins ou de recherche. Vous même avez souligné à plusieurs reprises l'acuité du problème posé par les situations d'addiction au jeu, avec, pour certains patients, des conséquences sévères en termes de santé physique (états de dénutrition), de santé mentale (état dépressif et suicidalité), et de désinsertion sociale et professionnelle (cycle cumulatif de l'endettement et de l'exclusion professionnelle et familiale).

Pour l'ensemble de ces raisons, je souhaite vous confier une mission exploratoire d'information sur la question des addictions sans produit. Celle-ci pourra s'organiser autour des axes d'interrogation et de réflexion suivants :

1er axe : Que savons nous de la réalité et de l'ampleur du phénomène des addictions sans produits en France ?

2ème axe : Quelles sont les différentes sources d'information qui pourraient contribuer à documenter les dommages sanitaires et sociaux associés aux conduites de jeu pathologique ?

3ème axe : Quelles sont les ressources existantes aujourd'hui en termes d'orientation, d'aide et de soins aux joueurs pathologiques ? Quels seraient les moyens permettant de développer les ressources (recherche, reconnaissance et soutien institutionnels, formation des intervenants,...) ?

4ème axe : En regard de l'expérience acquise par certains pays étrangers, quels pourraient être les axes de stratégies de prévention adaptées en France ; à cet égard, les connaissances acquises sur les déterminants et les facteurs de risque des addictions avec produits sont-elles transposables, au moins partiellement, à la prévention des situations à risque pour ce qui concerne la problématique du jeu pathologique ?

Concernant le déroulement de l'ensemble de cette mission exploratoire, vous pourrez compter sur l'appui technique du pôle « recherche » de la MILDT.

Je vous demande de me remettre un rapport pour le début du mois de décembre 2006 au plus tard en sorte que les recommandations qu'il contiendra puissent être prises en compte par la MILDT dès le début de l'année 2007.

Je reste évidemment à votre disposition pour rediscuter avec vous de tels ou tels points évoqués dans cette lettre.

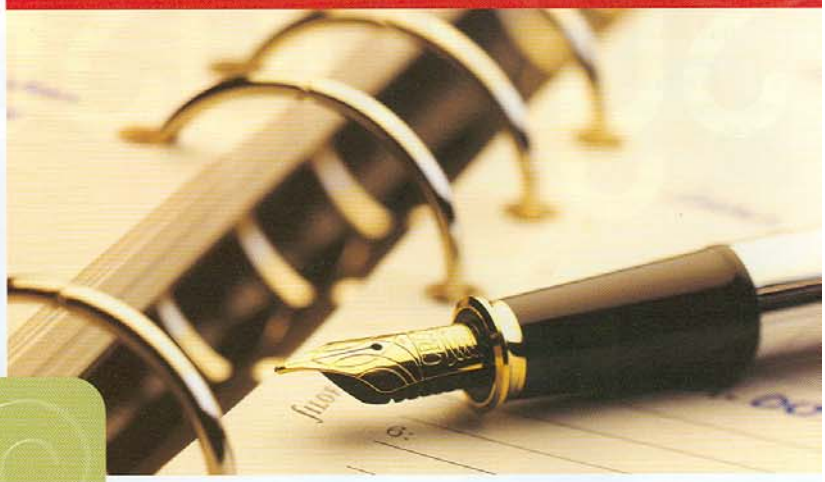
En vous remerciant par avance pour votre contribution sur un sujet difficile, je vous prie de croire, Monsieur le Professeur, à l'assurance de mes sentiments les plus cordiaux.

Didier JAYLE

Professeur J.L. VENISSE
Chef de service d'addictologie
CHU de Nantes
Hôpital Saint-Jacques
85, rue Saint-Jacques
44093 NANTES CEDEX 1

ANNEXE 2 : Editorial “Synapse”. “Le scandale des addictions sans drogue”.

éditorial



LE SCANDALE DES ADDICTIONS SANS DROGUE

J.-L. Vénisse*

Le concept d'addictions ou conduites addictives s'est imposé depuis quelques années, non seulement auprès des professionnels mais aussi du grand public, pour spécifier la dépendance problématique à un comportement répétitif, qu'il suppose ou non la consommation de substances psychoactives ; celle-ci est plus ou moins rapidement à l'origine d'une restriction croissante des investissements du sujet, et d'un handicap personnel, sociofamilial et professionnel, d'intensité variable (sans oublier les répercussions somatiques souvent graves de la plupart de ces conduites).

Cette vision transversale des conduites de dépendance pathologique, centrée sur les comportements plutôt que les produits, impulsée par le plan gouvernemental 1999-2002 et la MILDT, a permis un décloisonnement nécessaire de pratiques antérieurement trop référées à la nature des produits consommés, aussi bien dans le champ du soin que de la prévention.

Se sont ainsi trouvés rapprochés des comportements souvent associés, simultanément ou successivement, chez les patients concernés, notamment les plus jeunes, tels que conduites d'alcoolisation, toxicomaniaques et tabagiques (le plus souvent en polyconsommation), conduites boulimiques-anorexiques, automutilations, conduites de jeu pathologique, pour ne citer que les plus fréquentes.

Ces rapprochements ont trouvé une validité théorique et scientifique à différents niveaux :

- au niveau clinique et comportemental, à travers la parenté étroite des séquences cognitivo-comportementales engagées dans ces pratiques et des phénomènes de tolérance et de sevrage constatés, ainsi que la proximité des vécus et discours des intéressés et de leurs proches ;
- au niveau physiopathologique, à travers le constat de la mise en action dans toutes ces conduites addictives de la même voie finale commune neurobiologique, impliquant les circuits neuronaux dopaminergiques mésolimbiques dits “de récompense”, étroitement articulés aux systèmes opioïdes endogènes et cortico-surrénaliens ;
- au niveau psychopathologique enfin, dès lors que toutes ces conduites peuvent remplir des fonctions voisines chez ceux qui s'y perdent, du côté d'une recherche de soulagement et/ou plaisir, voire stimulation, qui renvoie à leur incapacité à utiliser les ressources de leur monde interne pour faire face aux aléas de la vie et tolérer ses inévitables frustrations (faute souvent d'une sécurité de base suffisante acquise très tôt dans le cadre du développement psychoaffectif).

Un déterminisme plurifactoriel de toutes ces conduites de dépendance pathologique s'est ainsi progressivement affirmé associant en proportions variables suivant chaque situation facteurs biologiques, voire génétiques, et facteurs psycholo-

*CHU Nantes
Président du Collège d'addictologie de la Fédération française de psychiatrie
Secrétaire général du Collège universitaire national des enseignants d'addictologie

giques individuels comme sociofamiliaux. De la même manière, des protocoles de prises en charge, à court et plus long terme, ont pu être élaborés qui, sur des bases communes à l'ensemble de ces conduites, déclinent également certaines spécificités propres à chacune d'elle.

Pourtant force est de constater que le sort des addictions sans drogue est toujours dans notre pays resté un sujet plus ou moins tabou et de ce fait exclu des recommandations et dispositifs de soins et de prévention prévalents par ailleurs en la matière.
Certes tout est loin d'être parfait en ce qui concerne les conduites addictives les plus classiques, de consommation de substances psychoactives (toxicomanies diverses y compris alcoolo-tabagiques), et nous sommes nombreux à déplorer l'absence d'incitation forte à poursuivre le travail entrepris il y a quelques années de développement et fédération au sein de réseaux de soin structurés des équipes soignantes et des intervenants engagés auprès de ces patients dans les hôpitaux généraux, les structures spécialisées, ainsi que dans le secteur libéral.
Mais en matière d'addictions sans drogue, de telles préoccupations n'existent même pas puisqu'il n'y a rien ! Pas de problème réellement posé, pas de structure de soin ou de prévention clairement définie et repérée, et *a fortiori* de filières de soin identifiables. De telle sorte que les patients souffrant de ces troubles, de plus en plus à même de les identifier du fait que les médias leur consacrent de nombreux reportages, n'ont comme solution que de frapper à toutes les portes souvent sans trouver beaucoup d'échos avant dans le meilleur des cas de rencontrer un intervenant quelque peu habitué à ces prises en charge.
Le cas des conduites anorexiques-boulimiques dont souffrent un nombre non négligeable de jeunes filles et de jeunes femmes est exemplaire à ce titre. En effet, celles-ci, et leurs proches également en général, après avoir longtemps été dans l'impossibilité de prendre en compte la réalité et les conséquences du problème du fait des mécanismes de déni (si fréquents dans toutes les pathologies addictives) se trouvent dès lors qu'il n'est plus possible de l'ignorer dans un désarroi profond quant à la conduite à tenir.
Les rares équipes ayant accepté d'assumer ces prises en charge, en général en plus de leurs missions officielles et sans que cette activité ne soit reconnue en tant que telle, sont débordées de demandes qui témoignent le plus souvent de parcours d'errance prolongée avec des effets de chronicisation et de désinsertion manifestes, ainsi que des états de dénutrition impressionnants. Les pertes de chance sont indéniables pour ces jeunes chez qui on sait qu'un accompagnement thérapeutique adapté et prolongé est susceptible de relancer des potentialités simplement masquées par cette sorte de panne d'adolescence que représente l'organisation addictive à cette période de la vie.
La situation des joueurs pathologiques est loin d'être plus enviable. Leur nombre s'est accru au fur et à mesure que l'offre de jeux de hasard et d'argent en tous genres augmentait (machines à sous et jeux à gratter notamment) ; ils commencent seulement pour les plus capables de braver le tabou ambiant à oser une demande d'aide quand ils se retrouvent endettés jusqu'au cou, isolés socialement, voire parfois à la rue (sans parler du tribut payé au suicide dans cette population qui mériterait des études spécifiques).

Combien de temps faudra-t-il encore pour que ces addictions sans drogue soient considérées comme un réel problème de santé publique ?
Ceci permettrait tout à la fois qu'une démarche de sensibilisation et de formation à ces problématiques des intervenants de première ligne auprès de certaines populations à risque soit instaurée, et que parallèlement des filières de prise en charge cohérentes soient définies, adossées dans chaque région à un centre de référence dont l'identification ou la mise en place aurait été préalablement réalisée.
Autrement dit pourquoi ces patients n'auraient-ils pas le droit de bénéficier des mêmes possibilités de soin que leurs compagnons d'infortune addicts à des substances diverses ? Il est urgent en tout cas de tirer toutes les conséquences de ce que le concept de conduites addictives implique. ●

22-24 NOVEMBRE 2006
L'événement de la psychiatrie
CONGRÈS
PSY & SNC
synapse
MedSpe.com
RENSEIGNEMENTS ET INSCRIPTION :
NHA Communication
3 rue La Boétie, 75008 Paris
Tél. : 01 42 66 46 46 - Fax : 01 42 66 45 45
Email : rp@nha.fr • Site internet : www.medspe.com
Cité des Sciences
et de l'Industrie, La Villette
30 avenue Corentin Cariou
75019 Paris
Formation Continue n° 11752789775

ANNEXE 3 :
Données actuelles, cliniques et para-cliniques, de la littérature concernant le jeu pathologique (JHA).

I. **Introduction**

1. Définitions du jeu

La langue française manque de finesse pour décrire le jeu, contrairement à l'Anglais où on distingue « play » et « game ». Cette distinction est celle qui existe entre l'aspect ludique du jeu d'un enfant et celle d'un jeu impliquant des règles et des conventions sociales, comme R .Caillois (1992) les avait distingués dans ses travaux respectivement en *Païdia* (jeu désordonné) et *Ludus* (jeu réglé).

Le jeu, d'une manière générale, est synonyme de loisir, avec une notion de plaisir. Il est avant tout universel et nécessaire, même si il a longtemps été considéré comme une activité futile. Il a une fonction à la fois au niveau collectif, social et culturel mais aussi au niveau individuel.
Le jeu permet, par le biais d'une scène séparée de la réalité quotidienne, des ressentis et des éprouvés extrêmes qui ne seraient pas possibles dans la vie réelle du sujet, où il existe des impératifs sociaux. Il ménage un espace entre le plaisir et la réalité.
Winnicott (1971) a d'ailleurs souligné cet aspect essentiel de la fonction du jeu. En effet, chez l'enfant, le jeu représente un espace transitionnel entre lui et sa mère. Il est vécu comme une « aire de compromis » qui permet de « maintenir à la fois séparés et reliés l'une à l'autre réalité intérieure et réalité extérieure ».
Ce vécu persiste toute la vie chez le sujet et constitue un trait d'union symbolique essentiel dans l'accès à la symbolisation et à la créativité et donc par extension au loisir et au plaisir.
Au 20ème siècle certains auteurs se sont penchés sur les définitions du jeu. Huizinga en 1938 dans *Homo Ludens* a donné la première définition du jeu, mais en excluant les jeux d'argent.
Selon lui, le jeu est "une activité volontaire", accomplie dans certaines limites fixées de temps et de lieu, suivant une règle librement consentie mais complètement impérieuse, pourvue d'une fin en soi, accompagnée d'un sentiment de tension et de joie et d'une conscience d' « être autrement » que la « vie courante » et surtout « dénuée de tout intérêt matériel et de toute utilité ».

R. Caillois (1992) a ensuite élargi cette définition, en y intégrant les jeux d'argent. Il en parle comme d'une activité *libre et volontaire* c'est-à-dire qu' « un jeu où on se trouverait obligé de

participer cesserait aussitôt d'être un jeu ». Il se déroule en dehors du reste de l'existence du sujet en un temps et un lieu défini ; il est *réglé*, c'est-à-dire soumis à des règles préétablies. C'est une activité *fictive* et *improductive*, c'est-à-dire qu'il y existe une conscience d'une autre réalité et que les transferts d'argent dans le cadre du jeu ne sont pas considérés comme une production.
Par ailleurs, il s'est aussi intéressé à la typologie des jeux en différentes catégories selon leurs caractéristiques et à leurs liens avec la réalité sociale.
Il a distingué 4 types de jeux :

-*L'alea* : correspond aux jeux de hasard et d'argent ;
-*L'ilinx* : correspond aux jeux de sensations et de vertiges
-*L'âgon* : regroupe les jeux de combat
-*Mimicry* : définit les jeux de rôles et d'imitation.

Les jeux de hasard et d'argent rentrent dans la catégorie de l'*alea*, mais il existe aussi certains éléments de l'*ilinx* dans la sensation de vertige décrite et recherchée par les joueurs.
En effet, les jeux de hasard et d'argent sont des sources de sensations particulières pour les joueurs, ce qui peut contribuer à ce qu'ils deviennent objet de dépendance.

Les jeux de hasard et d'argent sont réunis sous le terme de « Gambling » dans la littérature anglo-saxonne. D'une manière générale, on considère comme jeux de hasard et d'argent, les jeux où le sujet mise irréversiblement un bien (argent ou objet) et où l'issue du jeu aboutit à une perte ou un gain, en fonction partiellement ou totalement du hasard.
Ils peuvent s'intégrer dans la vie quotidienne sans empiéter sur la vie du sujet et constituer un espace d'éprouvés, où les sujets peuvent tester leur goût pour le risque de manière plus ou moins contrôlée.
Des jeux, tels que le loto ou le Millionnaire ou les paris sur les courses de chevaux, sont entrés dans le quotidien médiatique et en particulier télévisuel de chacun et représentent une part de rêverie et d'idéal, un espace potentiel entre réalité et plaisir.

En 2004, 30 millions de personnes auraient joué à un jeu de hasard et d'argent au moins une fois dans l'année. De plus, environ 5 millions de personnes jouent chaque semaine au loto (Valleur et Bucher, 2006 ; Béziat, 2006).
Les liens entre les jeux de hasard et d'argent et la société sont anciens et le concept de jeu pathologique, bien qu'apparu comme entité morbide en 1980 dans le DSM III (American Psychiatric Association [APA], 1980), est décrit depuis longtemps, en particulier dans la littérature.

2. Les jeux de hasard et d'argent au fil du temps

L'histoire des jeux de hasard et d'argent semble liée à celle des hommes dès l'instant que se créent des groupes et des organisations sociales (Valleur et Bucher, 1997).

Les premiers instruments du hasard étaient les cauris, les astragales et les dés. Les plus anciens cauris retrouvés en Asie orientale datent de l'époque mésolithique (10 000 à 15 000 ans avant J.C.). Les premiers astragales datent du sixième ou septième millénaire avant notre ère. On en a d'ailleurs retrouvés dans la tombe de Toutankhamon.

Dans la Bible et la mythologie grecque les osselets et les dés étaient utilisés comme des formes de jugement divin, une sorte de réponse de Dieu aux questions de l'homme.

La notion de hasard et d'aléatoire du jeu est introduite plus tard par St Thomas d'Aquin, qui admettra la possibilité d'un hasard indépendant de la volonté divine.

La naissance et l'essor des jeux d'argent correspondent à l'arrivée de la monnaie, soit aux environs du septième siècle avant J.C. Le nom même de "moneta" vient du surnom de Junon, la donneuse d'avis : ce sont les avis de la déesse qui sont demandés à la pièce dans le jeu de "pile ou face".

La fonction ludique individuelle de distraction et la fonction sociale des jeux de hasard et d'argent prennent ensuite rapidement leur essor, parallèlement à la dimension économique.

Face à cet engouement rapide et au développement des activités, l'Etat a très vite été tenté de contrôler le jeu et d'en maîtriser l'évolution.

Les Romains se sont rapidement aperçus que la passion pour le jeu menaçait les vertus civiques et que sa démocratisation menaçait l'organisation sociale. Les empereurs ont alors émis les premières réglementations, en s'attaquant aux règles du jeu pour enrayer les passions, mais ils y trouvaient également un moyen de financer leurs grands travaux. Le jeu était dès lors utilisé comme une sorte d'impôt volontaire.

En France, le poids des Lois de l'Eglise a beaucoup compté dans l'histoire des jeux et dans les décisions prises par l'état. Le jeu était selon l'église catholique assimilable à la luxure, comme la sexualité. Elle a pu manifester une désapprobation pour les jeux de hasard, mais sa position était ambiguë ; en effet, la Bible n'interdisait pas le jeu, au contraire du Talmud ou du Coran où il est considéré comme « la partie abominable de l'œuvre de Satan ».

Ainsi Charlemagne et ses successeurs jusqu'au 14ème siècle ont tenté de contrôler le jeu par des réglementations interdictrices. Mais le combat était vain et les pratiques de jeu se sont étendues dans la haute société puis au peuple (Valleur et Bucher, 1997 ; Brasey, 1992).

En 1539, la Loterie est introduite en France et autorisée par François Ier, moyennant une redevance au trésor. Dans toute l'Europe, les loteries deviennent un moyen fiable de financement des travaux publics et autres œuvres.
La loterie d'Etat sera considérée longtemps comme un instrument du despotisme jusqu'à la Révolution ; puis elle sera réintroduite pendant le Directoire.

Après la Révolution, le jeu prend une grande ampleur, malgré des interdictions de l'Etat.
On assiste à l'institutionnalisation du jeu comme source de revenus et comme « impôt ».
La roulette apparaît au 18ème siècle. Les machines à sous sont inventées aux Etats-Unis au 19ème siècle et leur succès est rapide.

En France au 19ème, le code civil (1807) et le code Pénal (1810) contribuent à une législation différente pour les jeux. Le Code Pénal interdit les maisons de jeux, mais un décret de 1806 avait autorisé les jeux « pour les lieux où il existe des eaux minérales, pendant la saison des eaux seulement, et pour la ville de Paris ».

La Loterie royale instaurée en 1776, qui devient sous Napoléon la Loterie impériale, est interdite par la loi du 21 mai 1836. Elle sera réintroduite suite à la Première guerre Mondiale et la crise économique en 1933.

L'histoire des jeux de hasard et d'argent est marquée par l'alternance entre des phases de répression et des phases de tolérance de la part de l'Etat. Leurs liens ont toujours été passionnels, oscillant entre l'attirance et l'intérêt pour des bénéfices possibles et les interdictions posées à certains moments face à des abus ou des fraudes.
De manière paradoxale, au cours de l'histoire, les deux bénéficiaires principaux du système de jeu ont été les deux institutions susceptibles de s'opposer aux jeux de hasard et d'argent : l'Eglise et l'état… Mais ces fluctuations entre légalisation et pénalisation n'ont eu que peu de conséquences sur le comportement et le développement des activités de jeux (Brasey, 1992).

Au 20ème siècle, on a assisté à l'essor des jeux de hasard avec le développement des casinos.
De plus, des jeux moins onéreux et « luxueux » se sont développés en masse.
Le PMU voit le jour en 1931 et la Loterie Nationale en 1933. Depuis 1989, les « jeux instantanés » de la Française des jeux se multiplient, tels que millionnaire, banco, morpion entre autres. Leur distribution et donc leur disponibilité et accessibilité se sont accrues de manière exponentielle.

Actuellement le jeu est toléré, sous strict contrôle de l'Etat. Pour certains auteurs, la prise en compte des joueurs pathologiques par la médecine serait une forme de contrôle social de conduites de jeux abusives, désormais autorisées par la Loi.
La médecine prendrait le relais, là où auparavant la Loi et la morale et en particulier religieuse condamnait et tentait de maîtriser ces comportements.

3. Construction du concept de jeu pathologique

a. Les premières descriptions

L'évolution du concept de jeu pathologique suit parallèlement l'évolution de la séparation de la médecine et de la religion et s'inscrit dans un autre temps que celui du développement du jeu et du constat des abus. Beaucoup de problématiques, notamment du côté des conduites d'excès dont le jeu, ont longtemps été vues sous l'angle de la morale et de la religion avant d'être vues au travers de la médecine.
En 1494, Sebastien Brant, dans « La Nef des Fous » (*Narrenschift*), fait une description très proche de celle des premiers psychiatres qui se sont intéressés à cette entité.

« Je trouve aussi des fous encore plus fous que d'autres,
Qui n'ont d'autres plaisirs
Que les dés et les cartes
Et qui ont l'illusion
De ne pouvoir plus vivre
S'ils devaient s'en priver
Et cesser de jouer
Comme des enragés
Du matin jusqu'au soir… »

Mais bien que la dimension potentiellement morbide n'échappe pas à l'auteur qui en parle comme d'une potentielle « *quatrième maladie* » chez « *celui qui en a déjà trois graves* », le jeu reste avant tout un problème moral et religieux .
« Il n'est jamais de jeu
Qui soit pur de pêché
Et le joueur non plus
N'est pas enfant de Dieu :
Tous les joueurs du monde sont des fils de Satan ! »

La construction du concept de jeu pathologique comme maladie, est la résultante de l'abandon progressif de la vision morale et religieuse, largement prédominante sous l'Ancien Régime, au profit d'une vision médicale et scientifique.

Mais les considérations morales ont longtemps persisté, au sein même de la clinique médicale.

Au 19ème siècle, le courant hygiéniste donne un rôle d' « entrepreneurs de la morale » aux médecins selon l'expression du sociologue H. Becker : ils sont décrits comme des personnes qui oeuvrent au nom du bien de tous en imposant des normes et leurs conceptions de ce qui est bon pour les autres (Valleur et Bucher, 1997).

L'arrivée de Pasteur et de Koch et l'émergence de la santé publique ont participé à une élaboration plus nette d'une frontière entre la médecine et la morale.

Mais dans le cas particulier de la psychiatrie et du jeu, les limites n'ont pas été et ne sont peut être toujours pas aussi claires.

La psychiatrie au 19ème et à la première partie du 20ème siècle a été marquée par la théorie de la dégénérescence, proposée par Morel en 1857. Selon cette conception, il existe des individus plus faibles, de manière constitutionnelle et héréditaire. Cette faiblesse est à la fois physique, mentale et morale ; elle serait aggravée par des facteurs extérieurs tels la syphilis ou l'alcoolisme et les toxicomanies.

Les descriptions cliniques de l'époque sont au niveau symptomatique peu éloignées des travaux actuels sur le jeu pathologique. Dans un ouvrage intitulé « Le joueur, esquisse psychologique » en 1929, R. Dupouy et P. Chatagnon assimilent le cas d'un joueur à une toxicomanie. Ils en ont extraits une description du jeu en cinq étapes :

1-Etape d'initiation : l'inscription à un cercle de jeux

2-Etape d'accoutumance : très rapide et liée aux gains initiaux

3-Etape de besoin, où le sujet devient « prisonnier du cercle »

4-Etape de souffrance, où le jeu est central dans la vie du sujet

5-Etape des conséquences : sociales, familiales, financières et psychologiques

Cette description est pertinente et proche des descriptions actuelles. Mais malgré une approche clinique intéressante, les notions de morales sont omniprésentes dans cet ouvrage. Ils parlent de « joueur amoral, amoral constitutionnel aggravé par le « besoin ».

A partir de la moitié du 20ème siècle, les apports de la psychanalyse et de la sociologie ont modifié les points de vue sur les comportements de jeu des sujets, que ce soit d'ailleurs dans le domaine du normal ou du pathologique.

b. Apports de la psychanalyse et de la sociologie

En 1957, Edmund Bergler a fait une description du « Gambler » joueur pathologique en opposition au « Joueur du dimanche » dans son ouvrage *« The psychology of gambling »*. Il a isolé six critères de jeu pathologique, qui se rapprochent des définitions actuelles :

1-Le joueur doit jouer régulièrement

2-Il existe un optimisme non entamé par les expériences répétées d'échec

3-Le joueur ne s'arrête jamais tant qu'il gagne

4-Il finit par prendre trop de risques, malgré des promesses initiales

5-Il existe chez le joueur un vécu de thrill, c'est-à-dire une sensation de frisson, d'excitation à la fois douloureuse et plaisante. Le joueur essaiera ensuite toujours de retrouver cette sensation, il parle de « Craving for Thrill ».

Au-delà de ces descriptions cliniques de la symptomatologie du joueur, des auteurs se sont intéressés au parcours et à la trajectoire de jeu.

Il est désormais admis de manière générale que le joueur pathologique passe par trois phases sur une période de 10 -15 ans (Dupouy et Chatagnon, 1929 ; Custer, 1984).

La première phase est celle du gain. Elle correspond à l'entrée dans le jeu ; le joueur a de l'espoir; On peut parler de « lune de miel » pouvant durer de quelques mois à quelques années, de manière comparable à celle décrite chez les sujets dépendants aux substances.

La deuxième phase est celle des pertes. Il subit des échecs, mais surenchérit « pour se refaire ».

La troisième phase est celle de désespoir ; le sujet souffre alors des nombreuses conséquences du jeu.

Cette approche longitudinale par étapes du parcours de jeu a contribué à l'intégration du jeu pathologique comme une entité morbide dont l'évolution est progressive.

c. Les classifications internationales, le DSM

Le jeu pathologique est entré dans les classifications internationales depuis 1980, dans le DSM III (APA, 1980). Les sujets présentant des traits de personnalité antisociale ont été exclus de la définition de l'entité psychopathologique. L'accent était mis sur le caractère compulsif et impulsif des troubles, décrits également comme progressifs et envahissant l'ensemble de la vie du sujet.

Puis en 1987, dans le DSM IIIR (APA, 1987), le jeu pathologique a été classé parmi les « troubles du contrôle des impulsions », avec la kleptomanie, la trichotillomanie et le trouble explosif intermittent. Ces troubles sont définis par la répétition de comportements de caractère impulsif, précédés d'un sentiment de tension interne et avec une culpabilité secondaire.

Ces descriptions issues des classifications internationales sont comportementales ; elles permettent un consensus entre cliniciens, chercheurs et épidémiologistes.

Actuellement dans le DSM IV (APA, 1994) le jeu pathologique est défini selon 10 critères. Les sujets doivent répondre à au moins cinq critères pour être considérés joueurs pathologiques.

Critères du jeu pathologique selon le DSM IV (APA,1994)

1 Préoccupation par le jeu
2 Besoin de jouer avec des sommes croissantes pour atteindre le niveau d'excitation désiré
3 Efforts répétés, mais infructueux de contrôler, réduire ou d'arrêter la pratique du jeu
4 Agitation ou irritabilité lors des tentatives de réduction ou d'arrêt de la pratique du jeu.
5 Joue pour échapper aux difficultés ou pour soulager une humeur dysphorique.
6 Après avoir perdu de l'argent, retourne jouer souvent pour recouvrer ses pertes ou se refaire.
7 Ment à sa famille, à son entourage et à ses thérapeutes pour cacher l'ampleur des habitudes de jeu.
8 Commet des actes illégaux tels que falsifications, fraudes, vols …pour financer la pratique du jeu.
9 Met en danger une relation affective importante, un emploi …à cause du jeu.
10 Compte sur les autres pour obtenir de l'argent et se sortir de situations financières difficiles.

Les critères DSM sont reconnus dans la littérature internationale, comme les critères diagnostiques du jeu pathologique. Parmi les outils diagnostiques existants, le South Oaks Gambling Screen (SOGS, Lesieur et Blume, 1987), est un auto questionnaire spécifique du jeu pathologique. Il est reconnu comme un outil statistique fiable par la plupart des auteurs et son adéquation est bonne avec les critères DSM .

Cette approche par critères diagnostiques est ciblée sur les symptômes et sur leurs conséquences dans tous les domaines de la vie du sujet. Ce recueil permet de les regrouper dans une entité morbide précise. Mais les comportements humains sont complexes et le jeu pathologique est souvent une étiquette clinique insuffisante chez les patients.

d. Le jeu pathologique, une addiction sans substance

La notion d'addiction est un terme anglais transposé dans la langue française. Etymologiquement, il vient du latin « Addictus », qui désigne l'esclavage pour dettes ou la contrainte par le corps.

Actuellement les addictions ou les dépendances sont considérées comme des pathologies du lien. Leur cadre s'est progressivement élargi à partir des dépendances aux substances, c'est à dire à partir de l'alcool et des drogues vers les dépendances sans substances.

Goodman a établi en 1990 une liste de critères des addictions qui peuvent correspondre autant aux addictions avec ou sans substances.

Critères de Goodman (1990)

A. Impossibilité de résister aux impulsions à réaliser ce type de comportement.

B. Sensation croissante de tension précédant immédiatement le début du comportement.

C. Plaisir ou soulagement pendant sa durée.

D. Sensation de perte de contrôle pendant le comportement.

E. Présence d'au moins cinq des neuf critères suivants :

1. Préoccupation fréquente au sujet du comportement ou de sa préparation.
2. Intensité et durée des épisodes plus importantes que souhaitées à l'origine.
3. Tentatives répétées pour réduire, contrôler ou abandonner le comportement.
4. Temps important consacré à préparer les épisodes, à les entreprendre ou à s'en remettre.
5. Survenue fréquente des épisodes lorsque le sujet doit accomplir des obligations professionnelles, scolaires ou universitaires, familiale ou sociales.
6. Activités sociales, professionnelles ou récréatives majeures sacrifiées du fait du comportement.
7. Perpétuation du comportement, bien que le sujet sache qu'il cause ou aggrave un problème persistant ou récurrent d'ordre social, financier, psychologique ou psychique.
8. Tolérance marquée : besoin d'augmenter l'intensité ou la fréquence pour obtenir l'effet désiré, ou diminution de l'effet procuré par un comportement de même intensité.

F. Agitation ou irritabilité en cas d'impossibilité de s'adonner au comportement.

Les addictions sont des troubles transnosographiques. Leur spectre regroupe les dépendances aux substances et les dépendances dites « comportementales » ou sans consommation de substances, en particulier les conduites anorexiques - boulimiques et le jeu pathologique, bien que ces données nosographiques restent disctutées.

Ainsi seul l'objet de la dépendance change ; il existe des différences en fonction de l'objet de dépendance mais on peut également faire ressortir des similarités au niveau clinique et psychopathologique.
La dépendance à un objet se développe contre la volonté consciente du sujet. Elle peut être vue comme la tentative d'un sujet de faire face aux évènements de vie avec sa personnalité, son histoire et son contexte. On peut le voir comme une variante du « modèle adaptatif » de B. Alexander (2000).

En ce qui concerne le jeu pathologique, certains éléments descriptifs et diagnostiques sont superposables à ceux des dépendances aux substances psychoactives (Valleur et Bucher, 2006 ; Vénisse et al.) :

1 l'excès quantitatif
2 la perte de contrôle et l'escalade
3 l'équivalent d'un syndrome de sevrage à l'arrêt
4 la fonction d'automédication du comportement de dépendance
5 le fait que le sujet devient prisonnier, aliéné à sa propre dépendance

L'existence de points communs entre les différentes dépendances fait que les sujets peuvent passer d'un objet à un autre au cours de leur vie, avec parfois une sorte d'autosubstitution d'un « produit » par un autre.
Ainsi le jeu pathologique s'inscrit parfois dans un « parcours » de dépendances. Les dépendances peuvent se succéder ou coexister. Selon Lesieur et Blume (1993), parmi les sujets en traitement pour une dépendance à l'alcool et / ou aux drogues, il existe 9 à 14 % de joueurs pathologiques.
De l'autre côté, des études réalisées sur les consommations de substances dans des populations de joueurs pathologiques en demande de traitement retrouvaient environ 50 % d'abus ou de dépendance à l'alcool ou aux drogues (Hall et al., 2000).

On peut donc imaginer que la rencontre d'un sujet vulnérable avec le jeu, plus accessible que d'autres objets de dépendance à un moment donné peut donc faciliter l'émergence du jeu pathologique, chez des sujets aux antécédents de dépendance(s) à des substances par exemple.

4. Limites entre un joueur modéré ou « social » et un joueur excessif ou pathologique

Les joueurs dépendants ou pathologiques ne représentent qu'une infime partie de l'ensemble des joueurs. Selon Igor Kusyszyn (1972), professeur de psychologie à Toronto, il est possible de distinguer trois grandes catégories de joueurs de manière schématique :

a. Joueurs sociaux

Cette catégorie regroupe tous les joueurs occasionnels, ou réguliers, mais pour qui le jeu a une place limitée et reste un loisir.
La plupart de joueurs « sociaux » ont conscience de la faible probabilité de gain ; ils peuvent contrôler leur comportement et jouer de manière modérée. Le budget des jeux s'intègre dans le budget général au même titre que d'autres loisirs.
Cette catégorie est vaste et hétérogène. Elle regroupe les sujets ne jouant que parfois au casino en vacances et ceux qui s'adonnent régulièrement aux jeux de grattage ou de loto par exemple. Mais leur point commun reste la notion de plaisir et de loisir.

b. Joueurs professionnels

Cette catégorie regroupe les sujets qui jouent de manière professionnelle, de la même manière qu'on pratique un sport de compétition. Il s'agit de jeux sur lesquels le joueur intervient et non pas de hasard pur, comme le poker par exemple.
En effet, certains comme Edmund Bergler (1985) opposent différents types de jeux en fonction du degré théorique d'intervention du sujet sur le jeu et sa pratique. Ainsi Bergler oppose les *jeux d'habileté ou de pur raisonnement,* tels que les échecs, aux *jeux mêlant adresse et hasard,* comme le poker ou les paris, et *aux jeux de hasard « pur* », c'est-à-dire qui ne laissent pas de place à la réflexion ou à l'habileté ; les machines à sous en sont un exemple.
Cependant, en pratique les distinctions sont délicates entre les jeux qui relèvent du pur hasard et ceux qui laissent une place à l'action du joueur.
Par ailleurs, les spéculations boursières peuvent par certains point être rapprochées de cette catégorie (Valleur et Bucher, 1997).

c. Les joueurs pathologiques

Cette catégorie regroupe les joueurs pour lesquels le jeu est devenu central dans leur vie, avec une notion de perte de contrôle.

Ainsi selon Caillois (1992) et ses définitions, le jeu pathologique résulte d'une intrusion hors de l'aire normalement impartie au jeu de l'*alea* qui aboutit, selon lui, au développement de la superstition et de l'irrationalité.

Caillois insiste sur la nature « libre et volontaire » du jeu. La limite entre jeu « social » et pathologique pourrait être définie par le sentiment d'aliénation et le caractère obligé du comportement dans le jeu pathologique, il n'existe plus de liberté et le jeu n'est plus une activité volontaire du sujet.

Mais la distinction radicale entre le jeu social et le jeu pathologique est délicate. Les jeux de hasard et d'argent pour certains et en particulier selon les sociologues, impliquent une part naturelle d'excès (Martignoni-Hutin, 2005). Celui ci peut être volontaire et permet au sujet de se perdre dans le jeu. L'intérêt du jeu de hasard et d'argent vient d'ailleurs du fait qu'il permet de prendre des risques.

Il répond à un besoin de transgression et à une recherche de sensations. Or dans les parcours de jeux des sujets, il existe probablement des allers et venues d'une catégorie à une autre, entre la pratique d'un jeu modéré ou « social » et celle d'un jeu pathologique (Martignoni-Hutin, 2005 ; Valleur, 2005).

d. Quelques données de prévalence

Il existe peu de données de population générale sur le jeu et donc sur les parcours ludiques des sujets. On connaît les pratiques de jeux de hasard et d'argent au travers des sujets qui présentent des difficultés en lien avec leur pratique de jeu pathologique ou à risques et sont demandeurs de soins souvent dans des structures spécialisées (Martignoni-Hutin, 2005).

On essaie alors d'extrapoler à la pratique du jeu de hasard et d'argent en général. Mais les études effectuées l'ont été surtout en Amérique du Nord ; les données concernant la prévalence du jeu et du jeu pathologique sont très variables selon les études. Il existe des instruments d'évaluation et des modes de recrutement des populations différents qui compliquent l'interprétation des résultats.

Le taux de prévalence du jeu pathologique en population générale varie par exemple aux Etats-Unis de 1.2% à 3.4% et une étude a retrouvé un taux de 2% dans une population de patients déjà suivis en psychiatrie pour une autre raison que le jeu (Zimmerman et al., 2006).

Il existe une tendance générale à affirmer que les conduites de jeu pathologique sont de plus en plus fréquentes, hypothèse émise en lien avec une plus grande accessibilité et disponibilité des jeux de hasard et d'argent actuellement. Mais, il existe peu d'études pour confirmer cette impression.

Au Québec, des études de prévalence du jeu en population générale ont été menées en 1992 et en 1996 ; elles retrouvaient respectivement 1.1% et 2.1% de joueurs pathologiques dans la population (Ladouceur, 1991, 1996). Une étude récente de prévalence en population générale a été menée en 2002 par les mêmes auteurs, dans l'objectif de suivre l'évolution de la prévalence ; ils ont retrouvé des taux comparables de 0.8% de joueurs pathologiques (IC=0.6-1.0)et de 0.9% de joueurs à risque (IC=0.7-1.1) (Ladouceur et al., 2002).

En France, il n'existe pas d'études de prévalence du même type qu'au Québec. Mais le jeu est un sujet d'intérêt médiatique fréquent .Les débats sur les jeux de hasard et d'argent et sur le jeu pathologique sont au croisement de l'individuel et du collectif.

D'une part, au niveau individuel, le jeu pathologique est, comme l'a décrit Olievenstein (1982) pour les toxicomanies, le résultat de la rencontre entre une personnalité, un objet (le jeu de hasard et d'argent) et un moment socio culturel. Il existe un terrain avec des hypothèses de vulnérabilité génétique, familiale, environnementale et biologique. Il se surajoute des facteurs psychopathologiques, des comorbidités psychiatriques et de personnalités et des facteurs cognitifs.

Les conséquences du jeu pathologique sont lourdes au niveau individuel en particulier dans les domaines financiers, socio-familiaux et psychologiques. Les dommages, dont la présence est un des critères majeurs d'abus et de dépendance, associent en effet des états dépressifs sévères et des conduites suicidaires et de consommation de substances, notamment d'alcool, ainsi que des conséquences financières majeures (endettement croissant et dans certains cas, vente de biens et de domicile, interdit bancaire).

Ces dommages participent à la dégradation progressive du climat conjugal et familial autour du joueur pathologique à l'origine de ruptures et divorces.

Dans certains cas, des conduites délictueuses et médico-légales viennent ponctuer ces parcours (vols et malversations financières diverses, en règle sans violence).

Les conséquences du jeu pathologique sont d'autant plus lourdes quand elles touchent des populations pauvres du fait que les pourcentages de sommes jouées sont proportionnellement plus élevés selon Brenner R. et Brenner G. (1993). De plus selon Castellani et al. (1996), les jeux de hasard et d'argent sont des facteurs de risque de démantèlement des liens communautaires et familiaux avec un risque à long terme de précarisation.

Mais d'autre part au niveau collectif, les jeux de hasard et d'argent représentent une véritable industrie. Certains parlent d'une « République des jeux » (Brasey, 1992). De nombreux intervenants des sciences humaines, en particulier journalistes et sociologues se sont penchés sur ce système des jeux et sa relation quasi « passionnelle » avec les institutions et en particulier l'Etat.

5. Jeux de hasard et d'argent disponibles en France actuellement

Il existe trois principaux lieux et types de jeux, dont l'état est le premier bénéficiaire en France.

a. Le casino

Les casinos sont les formes actuelles des maisons de jeux qui existaient sous l'Ancien Régime. Différentes modifications du régime légal ont contribué au développement des casinos tels qu'ils existent actuellement.
Il existe 192 casinos en France, avec un chiffre d'affaires de 18,66 milliards d'euros (données de 2004) (Valleur, 2005).
On y retrouve les tables de jeux et la roulette. De plus, depuis 1987 pour certains et 1991 pour tous, les casinos ont, le droit et l'exclusivité de l'exploitation des machines à sous. Ces « bandits manchots » représentent désormais 93% de leurs revenus (Béziat, 2006 ; Valleur, 2005 ; Trucy, 2006).
Après des tentatives d'interdiction totale à la Révolution, l'Etat prend le contrôle et crée la « Ferme des jeux » qui gère, jusqu'en 1837, 7 établissements.
Le décret de 1806 qui permet l'exploitation de jeux dans les villes d'eau et à Paris va permettre l'installation des casinos et l'enrichissement de certaines régions telles que la Principauté de Monaco (Valleur et Bucher, 1997 ; Bucher, 2005).

Mais l'essor du jeu légal n'a pas empêché les corruptions dont les casinos ont beaucoup souffert.
La littérature véhicule également une certaine image des casinos. Ils sont les théâtres de romans et de nouvelles, où se jouent beaucoup de passions, comme dans la nouvelle « 24 heures de la vie d'une femme » de Stefan Zweig (2005).
Ces images transmises depuis longtemps par la littérature et les médias font du casino un lieu de toutes les possibilités et de toutes les ouvertures. Mais il est également mystérieux et impénétrable, et potentiellement source de dangers. Tous ces éléments entretiennent une certaine fascination ambiguë du public, qui associe souvent le casino à des connotations de luxe et de mystère.
Il existe de plus une notion d'élitisme, peut être majorée par le contrôle des entrées en France. Cette surveillance des entrées par des physionomistes n'était que symbolique jusqu'à récemment. Il s'agissait d'une forme de personnification de la frontière entre la réalité et le jeu ; mais il n'existait pas de contrôles d'identité ou de papiers.

Ce statut a changé en novembre 2006, des contrôles systématiques des identités à l'entrée des casinos ont désormais été instaurés (Trucy, 2006).

La situation et la disposition des casinos sont stéréotypées, quelque soit l'endroit en France. On les retrouve surtout dans les cités balnéaires, ou ville d'eaux, sur des sites en général assez luxueux et leurs intérieurs sont comme des « bulles » hors du temps et de l'espace, sans ouvertures sur la lumière du jour. L'atmosphère sonore est primordiale, rythmée par les sonneries des heureux gagnants.

b. Le PMU (Pari mutuel urbain)

Il gère les paris sur les courses de chevaux en dehors des hippodromes.
Il est dans le domaine public depuis 1985. Au début des années 1980, les terrains de courses ont été désertés et les paris ont diminué. Les modalités d'accès aux paris ont alors été diversifiées.
L'offre s'est développée avec l'augmentation du nombre de courses par an et la diversification des types de paris. Le tiercé, créé en 1954, a été enrichi par le quarté en 1976 et le quinté en 1989, qui ont attiré une clientèle plus large vers les paris (Valleur et Bucher, 1997).
En effet, les résultats du tiercé pourraient éventuellement être pronostiqués par les véritables turfistes amateurs de courses de chevaux. Mais le quarté et le quinté relèvent beaucoup plus du hasard que de pronostics de sport de compétition.
Le chiffre d'affaires du PMU est estimé à 8 milliards d'euros. La progression du chiffre d'affaires a été de + 47.5 % depuis 1999 (Trucy, 2006).
Il existe deux manières de parier sur les courses de chevaux.

- Paris à l'hippodrome

Plus de la moitié de ceux qui s'y rendent, y vont au moins trois fois par semaine.
Les effets de foule et le spectacle vécu en direct sont des facteurs accentuant les sensations vécues et l'intensité du vécu du parieur.
Ils ne représentent actuellement que 4 % des paris hippiques en France.
Cette modalité de paris perd proportionnellement de l'importance par rapport au PMU ou aux paris en ligne (Trucy, 2006).

- Paris « course par course »

Ils ont permis une plus grande diffusion des paris sur les courses de chevaux. Ils permettent des paris en temps réel en dehors des champs de course, tous les jours, dans les points courses, et également de plus en plus sur Internet.
Les joueurs sont d'une manière générale d'une classe socio professionnelle moyenne (Valleur et Bucher, 2006 ; Bucher, 2005).

c. La Française des Jeux (FDJ)

Elle gère le Loto, successeur de la Loterie nationale depuis 1980 et le loto sportif depuis 1985. L'offre se diversifie de plus en plus avec les jeux de grattage tels que *Tacotac*, *Banco* ou *Millionnaire*.
Elle tend à proposer des jeux se rapprochant de plus en plus des machines à sous. Les sommes à miser sont modiques, le jeu est simple et le résultat immédiat.
Ces caractéristiques rendent les jeux parfois très « addictogènes », surtout quand les tirages sont répétés et rapides et que les potentiels de gains sont importants.
Le *Rapido*, existant depuis 1999, est par exemple un jeu de loterie avec des tirages toutes les 5 minutes, dont le principe de fonctionnement peut s'assimiler aux machines à sous. La machine a un effet hypnotisant sur le sujet et les sensations éprouvées sont fortes ; la perte de contrôle peut être plus facile dans ces conditions que pour d'autres types de jeux.

La FDJ a un grand nombre de points de ventes dans les cafés.
Les jeux sont donc facilement accessibles et ancrés dans le quotidien de chacun. Le café du coin est un endroit de socialisation, avec une disponibilité et un usage concomitant d'alcool, de tabac et de jeux, qui font le lit de conduites addictives multiples.

Le chiffre d'affaires de la Française des jeux a dépassé celui du PMU au cours de la dernière décennie. En 2004, il était de 8,55 milliards d'euros et avait une croissance évaluée à + 9,8 % par rapport à l'année précédente (Valleur, 2005 ; Trucy, 2006).
Dans le cas du loto, l'état ne reverse que la moitié des sommes jouées et reste maître de cette industrie du jeu, avec des prélèvements annuels s'élevant à 5 milliards d'euros (Brasey, 1992).

Le loto en 30 ans a « engendré » 15 489 millionnaires, ce qui représente une minorité par rapport aux 5 millions de français qui y jouent par semaine (Béziat, 2006).

Les français dépensent de plus en plus dans les jeux. Au cours de l'année 2004, 30 millions de personnes en France auraient joué au moins une fois. La majorité des gens est concernée par le jeu si on considère ces chiffres. Donc les joueurs, en prenant en compte tous ceux qui jouent même occasionnellement, sont des sujets sans caractéristiques particulières (Béziat, 2006 ; Trucy, 2006).
Mais quand le jeu devient pathologique, des caractéristiques émergent.

d. Les jeux sur Internet

Le premier casino virtuel a été ouvert sur Internet en août 1995, l'offre de jeux d'argent en ligne augmente rapidement.
La Française des jeux (FDJ) et le PMU ont ouvert des accès Internet pour les mises. Le portail de la FDJ représente actuellement en chiffres un chiffre d'affaires de 29 millions d'euros en 2004, soit 0,3 % du CA total, contre 8 millions d'euros en 2003. Le portail Internet a été visité par 1,8 million de visiteurs uniques en 2005, avec 500.000 gagnants en 2004 (Trucy, 2006).
Il n'existe pas de mesures restrictives applicables au domaine d'Internet, il est donc sujet à un développement exponentiel. Il existe pour l'instant un quasi vide juridique concernant les jeux d'argent sur Internet ; les casinos virtuels sont aux limites de la légalité.
Actuellement il existe beaucoup de controverses autour du marché des jeux et de la libéralisation des jeux de hasard et d'argent, en particulier au travers du domaine des jeux par Internet. Les industries du jeu européennes se disputent ce marché fructueux et les législateurs ont des difficultés à harmoniser la situation.
Une étude récente apporte des résultats assez inquiétants sur ce phénomène. Deux tiers des joueurs réguliers sur Internet répondent aux critères de joueur pathologique, mais surtout il existe indépendamment du jeu pathologique une association entre les jeux sur Internet et la précarité de la santé physique et mentale. Ces joueurs arrivent donc peut être moins aux soins spécialisés et sont plus volontiers en contact avec leurs médecins généralistes (Petry, 2006).
Pour l'instant, il n'y a que peu de données disponibles sur ces jeux (cf. annexe 4).

II. Modèles de compréhension du jeu pathologique

Les hypothèses étiopathogéniques et explicatives du jeu pathologique sont complexes. Il n'existe pas de consensus entre les différents auteurs, mais il existe différentes voies d'abord bio-psycho-sociales du concept de jeu pathologique.

1. Approche légale, le Joueur et la Loi

Les jeux de hasard et d'argent sont depuis leur genèse écartelés entre légalisation et pénalisation. Les rapports du jeu, et donc du joueur, en particulier pathologique, avec la loi sont donc complexes.
La législation sur le jeu n'a pratiquement pas évolué depuis le Code Napoléon.
Selon la jurisprudence, les jeux de hasard se définissent par la prééminence de la chance sur l'adresse ou sur les combinaisons de l'intelligence ; entrent dans cette catégorie baccara, poker, roulette, boule, loto contrairement au billard, échecs et bridge.

L'article 410 du Code Pénal de 1810 interdit de manière formelle les jeux de hasard et d'argent en sanctionnant ceux qui organisent le jeu et non pas ceux qui s'y adonnent (code pénal, 1980).
Puis ils ont été progressivement ré-autorisés dans des cadres précis par des dérogations de l'administration. Les casinos ont été réglementés en 1907, les paris de courses de chevaux en 1891 (code pénal, 1980).
Actuellement, les jeux d'argent et les paris sont réglementés par des dérogations et la tenue de jeux en dehors du cadre légal est répréhensible.
Ce statut du jeu, interdit sauf sous conditions particulières, est toujours actuel. Certains auteurs imaginent que les pouvoirs publics se gardent la possibilité d'un retour en arrière et d'une nouvelle interdiction au cas où les coûts sociaux deviendraient trop importants (Martignoni-Hutin, 2005).

Au niveau du Droit civil, peu d'articles sont consacrés au jeu. Les dettes de jeux ont un statut particulier. L'article 1965 dispose que « la loi n'accorde aucune action pour le payement d'une dette de jeu ou le payement d'un pari » (code civil, 1989).

En justice, le gagnant ne peut donc pas réclamer le payement forcé de son gain, même dans le cas où aucun texte pénal n'interdit le jeu. Les dettes de jeu sont donc dépourvues de valeur juridique, elles sont en marge de la Loi et leur payement doit être volontaire.

Le paiement relève donc de la conscience individuelle de chacun ; la dette devient une dette d'honneur. Les sujets dont le déshonneur est de jouer vont mettre un point d'honneur à régler leur dette. Le commandement surmoïque à payer s'avère finalement plus contraignant que l'obligation juridique.

Par ailleurs, il existe en France des mesures d'interdiction de casinos qui sont appliquées à la demande des joueurs auprès des Renseignements Généraux. Mais cette mesure reflète toute l'ambiguïté du joueur face à l'instance légale. La demande prend plusieurs mois avant d'être effective, elle concerne les casinos du territoire français et est valable pour 5 ans.

Dans les casinos, les membres des équipes travaillent depuis plusieurs années auprès des joueurs pour diffuser des informations et des messages de prévention. De plus, la sous direction des courses et jeux (SDJC) travaille aussi de manière plus discrète sur le terrain des casinos auprès des interdits de jeux volontaires.

2. Approche socio culturelle

La sociologie intervient à différents niveaux dans le domaine du jeu. Elle sert en particulier de tiers et permet de prendre du recul par rapport à une approche médicale centrée sur le sujet.
Elle intègre les comportements dans la société et soutient une approche pluridisciplinaire du trouble.
J.P. Martignoni-Hurtin (2005) insiste sur la construction sociale du jeu pathologique et met en garde sur la dichotomie qui existe entre le jeu pathologique « maladie » et la légitimation du jeu comme une industrie et une source de développement. Le risque qu'il souligne est que cela aboutisse à une déresponsabilisation totale du sujet d'une part et de l'industrie du jeu d'autre part.

La sociologie rappelle que chaque sujet joueur doit être considéré au travers de son histoire, de son statut social, culturel, de sa situation économique, de ses liens sociaux mais également de sa religion ou de ses croyances. Cet ensemble de facteurs va influer sur ses comportements.

a. Facteurs économiques

Certains auteurs accordent de l'importance à la situation socio économique dans le développement des conduites de jeu pathologique.

Dans l'histoire, on a ainsi pu constater un développement des jeux de hasard et d'argent accru dans les périodes de crises, comme par exemple durant pendant la crise économique de 1929.
En effet, une situation économique plus difficile, avec des emplois plus précaires, favoriserait le développement des comportements de jeu.

Dans la société actuelle, la réussite sociale est valorisée et le besoin de consommation est mis en avant. Mais ces objectifs sont difficilement atteignables dans le quotidien de chacun par la voie classique du travail et le jeu représenterait l'espoir en une autre vie.
Le recours au hasard et à la chance peut apparaître comme une voie rapide et facile d'accès, qui court-circuite la longue voie du travail, et fait l'économie des apprentissages et de l'application des habiletés.
Les espoirs de gains sont une voie d'accès potentielle pour atteindre des idéaux entretenus par la société.
Ce facteur économique est retrouvé de manière relativement ubiquitaire dans différentes études. La précarité de l'emploi est retrouvé comme un des facteurs différenciant significativement les joueurs à risque ou pathologiques des sujets contrôles selon une étude de Gill et al. (2006). Dans cette étude, ils ont fait un recueil téléphonique en population générale des comportements de jeux et des conditions de vie (n=6045). Ils ont constaté de manière significative une plus grande précarité de l'emploi, un milieu socio économique plus défavorisé chez les joueurs à risque ou pathologiques en comparaison à des joueurs réguliers ne répondant pas aux critères de jeu à risque (SOGS, Lesieur et Blume, 1987).

Une étude de Black et al. (2003) a retrouvé de manière significative plus de familles nombreuses chez les joueurs pathologiques que chez les sujets contrôles. Or les familles nombreuses ont été reconnues comme à risque de délinquance, de crime et de violence. Les familles de joueurs pathologiques sont également décrites comme souvent dysfonctionnelles, au niveau de l'ascendance et de la descendance.
On peut donc imaginer que les classes socio économiques plus défavorisées seraient plus vulnérables. Mais plusieurs auteurs émettent une autre hypothèse explicative pour la plus grande prévalence des comportements de jeux à risque ou pathologique dans les populations socialement défavorisées. Ils évoquent le rôle de la répartition des jeux et l'existence d'une plus grande proportion de machines de jeux disponibles par personne dans ces zones défavorisées, donc une plus grande accessibilité (Gill et al., 2006). Une étude canadienne s'est par exemple intéressée à la répartition des jeux de videoloterie à Montréal en fonction des niveaux socio économiques ; les auteurs ont constaté que ces appareils sont concentrés en masse dans les zones défavorisées (Wilson et al., 2006).

Cette répartition géographique participerait aux comportements des sujets exposés et représenterait un facteur de risque supplémentaire, ce qui pose d'ailleurs un problème de santé publique.

b. Facteurs culturels

Beaucoup de données disponibles dans la littérature concernent des études nord américaines.
Il s'agit pour la plupart d'études en population adulte majoritairement masculine et d'âge moyen.
La plupart des instruments diagnostics du jeu pathologique ont été construits dans un contexte culturel précis (continent nord américain). Se pose d'ailleurs comme dans d'autres domaines la question de la pertinence de l'universalisation des instruments dans des pays de langue, d'histoire et de culture différentes. Même si cette universalisation a l'intérêt de permettre des regroupements de données et des comparaisons, elle risque de mettre de côté des spécificités.

On peut effectivement s'interroger sur le rôle des facteurs culturels et religieux dans les dépendances au jeu.
Plusieurs auteurs ont souligné le rôle des facteurs sociaux et culturels dans les comportements de jeux et dans les motivations des sujets pour jouer. Des études sur les impacts culturels sur le jeu ont souligné que l'appartenance à une minorité ethnique était un facteur de risque de développer des conduites de jeu problématiques. Des études de prévalence dans des minorités ethniques ont été effectuées en Australie. La prévalence était évaluée à 2.9% chez les adultes chinois vivant en Australie (Blaszczynski et al, 1998 ; Lai, 2006 ; Papineau, 2001).

Lai D.W. (2006) s'est intéressé aux conduites de jeu dans un groupe de chinois de plus de 60 ans vivant au Canada. Dans cette étude, les auteurs ont recherché à identifier des facteurs de risque de jeu dans cette population précise en comparant des sujets joueurs et non joueurs.
Les facteurs favorisant le jeu de manière significative pouvaient sembler paradoxaux. D'une part ils retrouvaient comme facteurs prédisposants au jeu le fait d'avoir vécu plus longtemps au Canada, mais d'autre part le fait d'avoir une identité ethnique chinoise forte. De plus, il semble que le fait que les sujets ayant un niveau d'études plus élevés et un meilleur niveau socio économique étaient également des facteurs de risque de jeu.

Les types de jeux étaient spécifiques ; parmi les 2257 sujets interrogés, 26.6 % disaient avoir joué au moins une fois dans l'année passée et 5.5% jouaient quotidiennement. Le jeu le plus pratiqué était à 75% le Mahjong, jeu de domino traditionnel chinois, alors que seuls 10%

jouaient aux machines à sous, 6.9% aux cartes et 3.1% à la loterie. Les auteurs ont interprété cette répartition comme le reflet de la fonction sociale du jeu en particulier dans une minorité ethnique qui a un fort besoin d'appartenance.

Les types de jeux, mais également les perceptions du jeu diffèrent selon les cultures. En Chine, les paris sont sur-représentés et sont considérés comme des activités criminelles, mais ne sont pas, contrairement à la vision occidentale, assimilée à une pathologie mentale. De plus, il existe des particularités de croyances et psychologiques culturelles (Lai, 2006 ; Papineau, 2001).
De même, une étude menée en Australie en population générale a isolé plusieurs facteurs de risques de jeu et de jeu pathologique. Les sujets, dont la langue était autre que l'anglais, avaient plus de risque d'avoir des conduites de jeu problématiques ou pathologiques, d'autant plus si leurs situations professionnelles étaient précaires.
Tous ces éléments laissent entendre que les facteurs culturels et d'intégration des sujets migrants jouent un rôle dans l'installation des conduites de jeu et dans l'émergence du jeu pathologique.

Par ailleurs, plusieurs auteurs ont souligné le rôle de la religion et des croyances religieuses dans les comportements humains. Plusieurs auteurs ont émis l'hypothèse que la pratique de la religion était associée à une aversion du risque et négativement associée au jeu.

Il existerait selon certains des différences de comportements face au jeu en fonction de la religion pratiquée. Diaz et al. (2000) ont retrouvé dans une étude à Las Vegas que les catholiques auraient plus tendance à jouer que les Protestants et que quelle que soit la religion, la fréquentation régulière des lieux de culte était un facteur « protecteur « des comportements de jeu (Lam, 2006).
En chine, certains auteurs se sont intéressés aux effets de la religion, sur les comportements de jeux de hasard et d'argent. Ils ont distingué la pratique religieuse « privée » c'est-à-dire les prières solitaires et l'application quotidienne des commandements religieux et la pratique « publique », qui inclue la participation aux cultes religieux et les prières publiques.
Ils ont retrouvé des différences dans la fréquence de participation aux cultes entre les joueurs et les non joueurs dans la population étudiée. De plus, un lien inversement proportionnel entre la sévérité des comportements de jeux (fréquence et nombre de jeux différents) et la fréquence de participation au culte religieux (Lam, 2006).

Les résultats de cette étude sont congruents avec les études précédentes et les parallèles déjà faits entre le jeu et le culte. Les auteurs insistent sur la notion de réseau social que représente

la religion, les sujets soutenus par ce réseau auraient alors peut-être moins de motivation à aller jouer.

Lejoyeux décrit l'atmosphère du jeu comme empreinte d'une « forme de recueillement » et de tension. Le joueur est en position d'attente d'un espoir, concentré sur une représentation de l'avenir. Mais cette tension est formelle, c'est-à-dire vide de tout contenu. L'attention du sujet est focalisée sur un point unique, dans le jeu il s'agit du gain ou de la perte, mais aussi sur les croyances et, dans le culte, le sujet est focalisé sur la foi et sur ses croyances (Adès et Lejoyeux, 2000).
Le jeu, de la même manière que le culte, se déroule dans des endroits qui lui sont exclusivement consacrés. De plus, tous deux sont régis par des règles communément admises par tous. « Le magicien, le devin, le scarificateur et le joueur commencent par circonscrire leur espace consacré avant toute activité » (Adès et Lejoyeux, 2000).

Ces facteurs culturels sont importants à prendre en compte. Dans nos sociétés multiethniques et multiculturelles, les études sur le jeu pathologique devraient prendre en considération ces différences et adapter les moyens de dépistage et de prise en charge à ces spécificités.

c. Facteurs socio démographiques

- **Jeu pathologique et Age**

  - *Adolescence et jeu pathologique*

On évoque le jeu au travers du spectre des joueurs pathologiques mais de nombreux sujets adultes peuvent jouer de manière responsable. Or dans certains milieux sociaux, de la même manière qu'il faut *savoir boire*, il est important pour grandir et poursuivre la tradition familiale de *savoir* et d'*oser jouer.* Le jeune adulte peut en retirer une certaine valorisation sociale en fonction du milieu où il évolue. De plus, les jeux de hasard et d'argent sont actuellement socialisés ; le jeu est omniprésent dans l'espace médiatique, public et privé.

Cette disponibilité et cette accessibilité aux jeux croissantes sont des facteurs exposants aux conduites de jeux, aux abus et éventuellement à la dépendance au jeu, d'autant plus que l'exposition est précoce.
Les jeux, en particulier ceux de la Française des jeux, sont facilement accessibles aux mineurs sans contrôle particulier (Burge et al., 2006).

En France, les jeux de la Française des Jeux sont interdits jusqu'à 16 ans, mais les contrôles sont difficiles. De même, au Québec, une étude retrouvait que 44% des élèves du secondaire avait participé à des jeux étatisés dans les 12 derniers mois, alors que dans ce pays, les jeux étatisés sont interdits jusqu'à 18 ans (Chevalier et Griffiths, 2004).
Des études québécoises de prévalence estiment que 70 à 90 % des jeunes scolarisés jouent et que 15 à 40% seraient des joueurs réguliers. Parmi eux, 3 à 14% risqueraient d'être sujets à des conséquences liées au jeu et 2 à 6 % rencontreraient les critères définissant le jeu pathologique. Certains évoquent des taux de prévalence du jeu pathologique chez les adolescents supérieures aux prévalences en population adulte (Ladouceur et al., 2005 ; Messerlian et al., 2005). Les conduites de jeu sont souvent associées à des consommations de substances à cet âge de la vie, en particulier de cannabis.
Certains auteurs évoquent un lien entre le développement de la disponibilité des jeux de hasard et d'argent et l'émergence de conduites de jeu chez les adolescents, comme le souligne Wilson (2006) dans une étude sur la présence des jeux de vidéo loterie près des lycées à Montréal.

De nombreuses études s'accordent à reconnaître que l'exposition précoce, dans l'enfance ou l'adolescence, aux jeux de hasard et d'argent est un facteur de risque d'émergence du jeu pathologique à l'âge adulte (Burge et al., 2006) (à l'image de ce qui est validé dans les addictions à des SPA).
Une étude prospective de cohorte au Canada (Wanner et al., 2006) a suivi annuellement, dans une approche développementale, 903 jeunes sujets de 11 à 16 ans, qui ont été revus à 17 et à 23 ans, dans l'objectif d'identifier les facteurs de risque de conduites à risque de l'adolescence versus des conduites à risque et antisociales qui persistent la vie entière.
Cette étude permet de constater de manière significative une association entre les expositions les plus précoces aux substances (alcool et cannabis) et aux jeux de hasard et d'argent (11 ans), et le maintien de conduites antisociales et de conduites à risque à l'âge adulte.

Par ailleurs, Burge et al. (2006) se sont intéressés rétrospectivement à l'association entre l'âge de début du jeu et la sévérité du jeu pathologique à l'âge adulte, dans une cohorte de joueurs pathologiques en cours de prise en charge (n=236). Les joueurs pathologiques dont les niveaux de sévérité sont les plus élevés (évaluation avec l'Addiction Severity Index) au niveau socio familial, psychologique et des usages de substances étaient ceux ayant débuté le plus précocement à jouer (moyenne d'âge de début des jeux =10 ans et demi) en comparaison aux sujets ayant débuté plus tard à jouer (moyenne = 23 ans).

De plus dans leur parcours, les sujets exposés plus précocement avaient de nombreuses comorbidités addictives (consommation précoce d'alcool, avec plus de dépendance et consommations de cannabis et cocaïne) et psychiatriques (idéations suicidaires).
Par ailleurs, ce groupe rapportait également des troubles cognitifs plus fréquents, en particulier des troubles de la concentration, de la compréhension et de remémoration, dont les auteurs ne savaient pas s'ils étaient pré ou post morbides.

Ainsi on peut conclure, à partir de la littérature internationale, que l'exposition précoce et le début précoce des jeux de hasard et d'argent est un facteur de risque d'émergence de jeu pathologique à l'âge adulte, mais également un facteur de risque d'apparition de troubles plus sévères (Burge et al., 2006 ; Messerlian et al., 2005).

Quand le jeu pathologique est installé à l'adolescence, les sujets ont des caractéristiques différentes des sujets joueurs pathologiques plus âgés. Ibanez et al .ont comparé 3 tranches d'âge de joueurs pathologiques, de 17 à plus de 44 ans. Ils retrouvaient des différences au niveau psychopathologique en fonction de la tranche d'âge.
Chez les plus jeunes, la dimension recherche de sensations était importante et diminuait avec l'âge. Le groupe le plus jeune ne présentait pas de troubles psychopathologiques, mais ils étaient présents chez les plus âgés. Les auteurs expliquaient ces différences en partie par les conséquences du jeu pathologique qui pourraient faire émerger des troubles anxieux, des dépressions, des idées suicidaires chez les sujets dont le parcours est plus long (Ibanez et al., 2003 ; Gonzalez et al., 2005).
Ces différences sont importantes à prendre en compte pour envisager les mesures de prévention et de prise en charge à mettre en place pour cette population.

Des pédiatres préconisent la mise en place de prévention et d'information aux jeunes, et à leur entourage familial, scolaire et éducatif. De même, Wilson et al. (2006), à la suite de leur étude sur la répartition géographique des jeux près des lycées, évoquent la nécessité d'une réflexion plus élargie de santé publique, qui impliquerait les différents intervenants de l'industrie du jeu, et les politiques (Turchi et Derevensky, 2006).

- *Sujet âgé et jeu*

Il existe relativement peu de données dans la littérature sur le jeu pathologique dans cette tranche d'âge (sujets de plus de 60 ou 65 ans, limites variant selon les études).

Plusieurs études de prévalence ont souligné la progression du nombre de joueurs et de joueurs pathologiques chez les sujets âgés. Certaines études ont retrouvé une augmentation de la participation aux jeux de hasard et d'argent vie entière chez les sujets de plus de 65 ans de 35 à 80 % entre 1975 et 1998 (Lai, 2006 ; Potenza et al., 2006). Une autre étude téléphonique chez des sujets de plus de 60 ans a montré que 71 % des sujets interrogés avaient au moins joué une fois les 12 derniers mois et parmi eux 1.6 % répondaient à des critères de jeu à risque et 1.2% à ceux de jeu pathologique (Wiebe, 2002 ; Lai, 2006).

Cette tranche d'âge représente une proportion de plus en plus grande de la population, plusieurs auteurs ont émis l'hypothèse d'un problème de santé publique émergent, mais les données disponibles étaient souvent limitées par des échantillons trop faibles de sujets. Donc récemment plusieurs auteurs se sont intéressés plus précisément à la caractérisation de cette population de joueurs.

Pietrzak et Petry (2006) se sont intéressés aux joueurs de jeux de hasard et d'argent âgés de plus de 60 ans, mais non demandeurs de traitements au moment de l'étude. Ils ont comparé un groupe de joueurs à problèmes à un groupe de joueurs pathologiques et ont trouvé que le degré de sévérité du jeu était plus élevé chez les joueurs pathologiques et qu'il était associé à une plus grande détresse psychosociale dans ce groupe.

De plus ¾ des joueurs pathologiques avaient conscience de leurs troubles et étaient intéressés par une démarche de soins, mais sans y avoir accédé jusqu'à présent.

Cette non accession aux soins des sujets de plus de 60 ans est souvent mise en avant dans les études comme facteur limitant de l'étude et de la compréhension du phénomène dans cette tranche d'âge. Potenza et al. (2006) ont voulu remédier à ce problème d'effectif en recrutant une population de joueurs appelant les lignes d'aides téléphoniques pour joueurs.

Dans cette étude, ils ont comparé des joueurs pathologiques de plus de 60 ans à des joueurs pathologiques plus jeunes, tous recrutés via la ligne « Connecticut Council on Problem Gambling Helpline ».

Ils ont recruté 1018 sujets, dont 16.5 % étaient âgés (>55 ans dans cette étude). La moyenne d'âge des sujets « âgés » était de 61.3 ans et celle du groupe « jeune » était de 38.6 ans.

Ils ont retrouvé certaines différences significatives entre les deux groupes, en particulier au niveau social et de la typologie du jeu. Le groupe de joueurs « âgés » avaient des revenus plus faibles que le groupe « jeune ».

Le parcours de jeu étaient plus long chez les âgés ; les problèmes de jeu étaient plus centrés sur un type de jeu, en particulier les machines à sous alors que les jeunes avaient plus de types de jeux problématiques.

Les auteurs émettaient deux hypothèses. Tout d'abord les sujets jeunes seraient plus chercheurs de sensations et auraient un besoin de recherche de nouveauté plus important. Cette dimension diminue avec l'âge. De plus, les sujets âgés auraient plus de plaisir à jouer à des jeux non stratégiques (machines à sous) ; les auteurs émettent l'hypothèse du rôle des troubles cognitifs de cet âge et de la dégradation des fonctions exécutives dans le choix des jeux.
Par ailleurs, les sujets du groupe « âgé » rapportaient significativement moins de conséquences légales, anxieuses ou familiales du jeu et moins d'antécédents familiaux d'abus de substances.
Ces différences montrent que la souffrance se situerait à un autre niveau chez les sujets les plus âgés.

De plus, la représentation dans les études reste en deçà de la représentation des sujets âgés dans la population générale .Ainsi dans l'étude de Potenza et al. (2006) le taux de 16.5% de sujets de plus de 55 ans est bien en dessous du taux de 30.3% de sujets de plus de 55 ans dans la population de plus de 18 ans au Connecticut.
Mais la détresse psychosociale et l'isolement, ainsi que les moindres conséquences légales et psychiatriques, sont des facteurs de risques de non accès et d'échappements aux soins. Ces conclusions devraient conduire à s'interroger sur les moyens de prévention et de traitement à adapter pour cette tranche d'âge.

- **jeu pathologique et genre**

Certains auteurs avaient émis l'hypothèse de l'augmentation progressive de la prévalence du jeu pathologique chez les femmes, en particulier du fait de l'acquisition d'indépendance financière croissante des femmes (Custer, 1984).

Mais jusqu'à présent, toutes les études de prévalence s'accordent pour reconnaître que la prévalence du jeu pathologique est sensiblement moindre chez la femme que chez l'homme. La prévalence vie entière était de 0.64% pour les hommes et de 0.23% pour les femmes dans une étude réalisée aux Etats-Unis en 2006 (Blanco et al., 2006).
Plusieurs études retrouvent des différences de parcours de jeu entre les hommes et les femmes.
La plupart des auteurs ont trouvé un âge de début des conduites de jeu et d'apparition du jeu pathologique plus précoce chez les hommes que chez les femmes (Blanco et al., 2006 ; Petry, 2003 ; Nelson et al., 2006).

La typologie des jeux est différente. Les femmes s'adonnent en particulier aux machines à sous et préfèrent les casinos. Elles reconnaissent plus volontiers une fonction dysphorique et contra- dépressive du jeu, alors que les hommes jouent plus aux paris sportifs et de chevaux (Petry, 2003).

Les éléments de sévérité et les comorbidités diffèrent. Les hommes ont plus d'antécédents de consommations de substances (alcool, drogues et consommation de tabac plus importante) anciennes ou actuelles. Les femmes ont plus de comorbidités psychiatriques associées ; elles présentent des troubles anxieux, et des troubles de l'humeur associés. D'autres auteurs ont relevé l'existence d'autres dépendances comportementales : achats compulsifs, boulimies, compulsions sexuelles (Lesieur et Blume, 1991).
Au niveau social et familial, les conséquences du jeu sont également différentes. Les hommes ont plus de problèmes légaux et ont souvent des antécédents de ruptures de couple.
Les femmes restent plus souvent en couple, mais elles vivent volontiers avec des hommes ayant eux même des consommations d'alcool et des problèmes de jeu pathologique (Ladd et Petry, 2002).

Les différences dans le mode d'entrée dans les soins sont discutées. Plusieurs auteurs rapportent que les femmes auraient des problèmes liés au jeu plus rapidement que les hommes et seraient amenées à demander un traitement plus rapidement que les hommes (Ladd et Petry, 2002).
Mais dans une étude récente, Nelson et al. (2006) réduisaient les différences de parcours de jeux entre hommes et femmes à la seule différence d'âge de début des troubles, qui étaient plus tardifs chez la femme (30 ans en moyenne ,versus 22 ans chez l'homme). Par ailleurs, ils rapportaient que les femmes avaient plus rapidement des conséquences du jeu et étaient plus rapidement demandeuses
de soins, mais ils ne retrouvaient pas de différences significatives avec les hommes.
Des études ultérieures pourraient éclairer ces différences, en particulier affiner les éléments psychopathologiques pour une meilleure appréhension des troubles.

3. Approche psychopathologique

a. Approche psychanalytique

- **Les théories de Freud**

Le texte psychanalytique de référence est « Dostoïevski et le parricide » de Freud rédigé en 1928, pour illustrer la préface des « Frères Karamazov ».

C'est avec admiration et curiosité que Freud s'est penché sur l'œuvre de Dostoïevski. La part autobiographique de son œuvre est importante. Dans *le Joueur*, ses descriptions du jeu sont d'une grande justesse et laissent transparaître le vécu personnel de l'auteur.

En effet, Dostoïevski comme son double autobiographique Alexis Ivanovitch, était dévoré par la passion du jeu à tel point que lui et son héros en ont délaissé leurs amours et ne vivaient que pour le jeu.

Freud parle de l'écrivain russe, à travers l'analyse de son œuvre, comme d'un personnage à 4 facettes : « l'écrivain, le névrosé, le moraliste et le pêcheur ».

Freud souligne qu'on ne peut voir chez l'auteur « autre chose qu'un accès indiscutable de passion pathologique ». Mais l'objet de cette passion n'est pas l'appât du gain, le but est « le jeu pour le jeu » comme le décrit Dostoïevski.

Freud a émis plusieurs hypothèses concernant le jeu et sa fonction au niveau de l'économie psychique de l'auteur.

Tout d'abord, le jeu aurait une <u>fonction d'autopunition</u>.

Freud développe l'influence du probable désir inconscient de parricide et la culpabilité qui s'y associe sur les comportements et l'œuvre de Dostoïevski.

Le père de Dostoïevski était violent et dur à l'égard de son fils ; il est mort assassiné par des moujiks alors que Fiedor était âgé de 18 ans. Ce décès aurait fait réemerger la culpabilité liée aux fantasmes de parricide, avec un besoin d'autopunition. Ce besoin s'est transformé en « pulsion d'autodestruction (…) et fond pulsionnel pervers qui devait le prédisposer à être un sadomasochiste ou un criminel ».

En effet, les thèmes de crimes sont récurrents dans son œuvre. « Il a d'abord traité du criminel commun (celui qui agit par égoïsme) (*Raskolnikof* ; *crime et chatiment)*, du criminel politique et religieux (*Les possédé*s), et ce n'est qu'à la fin de sa vie qu'il remonta jusqu'au crime originel, le parricide (*Les Frères Karamazov)*, et qu'il fit littéralement à travers lui sa confession ».

Selon Freud, le meurtre du père est le crime majeur et originaire de l'humanité et de l'individu. Il est le sujet central des frères Karamazov. L'histoire est construite autour de l'opposition de 3 frères et de leur père, décrit comme mauvais et déshonorant la terre comme le propre père de Dostoïevski. Le crime du père est commis par le demi frère, à qui Dostoïevski a attribué son épilepsie ; mais la culpabilité du parricide est portée par les 4 frères, donnant un caractère universel à ce crime.

Selon Freud, le noyau central de la névrose de l'écrivain se situe au niveau du désir inconscient de parricide et du complexe d'oedipe non résolu. La mort traumatique du père a été le facteur précipitant de cette névrose. Les « attaques » d'hystéro-épilepsie et la passion du jeu sont alors devenus les seuls moyens d'expression de sa culpabilité enfouie.

Freud considère les « attaques » de l'écrivain comme une « volonté d'identification avec un mort, une personne effectivement morte ou encore vivante mais dont on souhaite la mort ». Le symptôme est là comme une punition autorisée par le surmoi.
La passion du « jeu pour le jeu » amène le joueur à défier le destin. Le jeu, scène intermédiaire entre fiction et réalité est l'occasion idéale de réémergence de la mégalomanie infantile. Quand le joueur joue et gagne, il retrouve cette conviction de toute puissance et l'envie « de provoquer le destin, de lui donner une chiquenaude, de lui tirer la langue » comme le dit Alexis Ivanovitch.
Mais ce monde du leurre et de l'imaginaire est celui du déni de la castration. Les gains dans le jeu maintiennent dans l'illusion de toute puissance d'un monde imaginaire.
Le joueur pathologique ne joue pas pour gagner, il joue pour le jeu et jouera bien souvent jusqu'à perdre son dernier centime.

Quand il passe du gain à la perte, il retire une certaine jouissance de cette tension entre plaisir et déplaisir. La perte a une fonction d'expiation de la faute, mais elle permet aussi de l'objectiver et de la rendre nommable sous une forme acceptable par le conscient, contrairement à la culpabilité liée au parricide.
La quête de la perte est une forme de recherche de castration et la perte est un gain symbolique de castration. Le sujet demande au destin de lui signifier l'inéluctable et de freiner son désir de toute puissance et de le mettre face à la loi.

Chez l'écrivain, les cycles répétitifs associant des accès frénétiques de jeu, des phases de remords et d'autoflagellation, étaient suivis ensuite de renouveau de créativité littéraire. Freud l'explique ainsi : « quand le sentiment de culpabilité de Dostoïevski était satisfait par les punitions qu'il s'était infligé à lui-même, alors son inhibition au travail était levée et il s'autorisait à faire quelques pas sur la voie du succès. »

La deuxième fonction attribuée au jeu par Freud est une <u>forme équivalente de la masturbation</u>.
Freud fait le parallèle avec la nouvelle de Stefan Zweig (1992) « 24 heures de la vie d'une femme » pour expliquer les rapports possibles entre le sentiment de culpabilité et le besoin d'auto punition et une origine pubertaire.
Il fait un rapprochement entre le jeu et la masturbation, de la même façon qu'il a considéré toutes les toxicomanies comme des substituts du « besoin primordial » qu'est la masturbation.
Il considère la « transe fiévreuse » et les « «tremblements des mains et des pieds » décrits dans *Le Joueur* et le jeu de mains décrit par S. Zweig qui fascine la femme observatrice comme des équivalents d'onanisme.

« Deux mains contractées firent un mouvement particulièrement effrayant, elles bondirent en quelque sorte pour saisir quelque chose qui n'existait plus et elles s'abattirent ensuite, comme agonisantes, sur la table, obéissant uniquement dans leur inertie à la loi de la pesanteur. Mais ensuite elles reprirent soudainement vie encore une fois, elles coururent fiévreusement de la table au corps dont elles faisaient partie, grimpèrent comme des chats sauvages le long du tronc… ». Le jeu de mains marque le début et la fin d'une passion amoureuse furtive entre un jeune homme et une femme d'une quarantaine d'années. La femme espère le « sauver » de sa passion du jeu, mais elle apprend plus tard qu'elle n'a pas réussi et que le jeune homme s'est suicidé.

Freud interprète cette histoire comme l'expression d'un fantasme remontant à la période pubertaire. Dans ce fantasme, le vœu du garçon serait que la mère l'initie elle-même à la vie sexuelle pour le préserver des dommages causés par la masturbation.

Selon lui « Le « vice » de l'onanisme est remplacé par la passion du jeu ; l'accent mis sur l'activité passionnée des mains trahit cette dérivation. (…)Le caractère irrésistible de la tentation, les résolutions solennelles et pourtant toujours démenties de ne plus jamais le faire, l'étourdissant plaisir et la mauvaise conscience, tout cela demeure inaltéré dans la substitution (…) ».

La masturbation est ici remplacée par le jeu. Le jeu est érotisé et sexualisé. Il devient un symptôme d'un conflit inconscient dont l'origine est au stade de l'oedipe.

Le désir incestueux de possession de la mère est à l'origine d'une culpabilité et d'un sentiment de « mauvaise conscience » chez l'enfant. A ce stade de l'oedipe, l'organisation génitale est précaire, et régresse alors face à cette culpabilité vers une organisation prégénitale, sadique anale. Ensuite ce sadisme est refoulé et se transforme en sentiment masochiste ; ce stade s'accompagne d'une excitation libidinale qui se décharge dans des actes d'onanisme.

Les théories de Freud ont ensuite été critiquées. On lui reproche d'une part sa sévérité morale à l'égard de Dostoïevski, et d'autre part la digression faite sur la nouvelle de S. Zweig. Mais ce texte de Freud concentre une part majeure des réflexions analytiques sur le jeu pathologique.

- **Les apports « post freudiens »**

D'autres travaux ont ensuite enrichi les théories de Freud.

Les psychanalystes nord américains ont développé une approche plus pragmatique et proche de la clinique.

Bergler est le psychanalyste contemporain dont les travaux ont le plus contribué à la compréhension des conduites de jeu compulsives ou pathologiques.

« The psychology of gambling » édité en 1957 a longtemps fait autorité ; comme on l'a vu plus haut, il a été un des premiers à tenter de définir le joueur pathologique en opposition au « joueur du dimanche ».
Il a opposé les motivations conscientes du joueur, à la recherche de sensations, du « thrill » et les motivations inconscientes, qui se rapprochent des conceptions de Freud.
Il parle d'une « névrose de base », correspondant à une régression orale. La répétition de séquences identiques serait une tentative d'éliminer tout ce qui concerne le principe de réalité au profit exclusif du principe de plaisir, avec un retour à la toute puissance infantile.
Il décrit chez le joueur des distorsions de son raisonnement logique, avec des croyances inébranlables, en lien avec un sentiment mégalomaniaque d'omnipotence.
La maîtrise affichée et la froideur apparente des joueurs ne seraient que le masque d'une faiblesse infantile. Les rituels magiques et les superstitions ne seraient que des symptômes de l'expression de la mégalomanie infantile.
Elle se croit capable de diriger le Destin, qui correspond à la projection des parents.
Pour Bergler, perdre pour le joueur est le prix à payer pour s'être rebellé contre l'autorité parentale. La perte remet en scène des situations de rejet des parents.

Lindner, en 1951, a théorisé à partir d'un cas clinique. Il met en exergue le paradoxe du joueur, qui oscille entre l'envie de gagner et de confirmer sa toute puissance et le besoin de perdre pour soulager sa culpabilité. Il oscille entre les 2 questions suivantes : « Ai-je tué mon père en désirant sa mort ? Ou mes désirs sont ils assez puissants pour entraîner sa mort ? Mes désirs secrets incestueux seront-ils récompensés ou punis ? ».

Otto Fenichel dans son livre *La théorie psychanalytique des névroses* classe le jeu dans la rubrique des « névroses impulsives », qui se caractérisent par des actes commis de manière syntone au moi. Il a d'ailleurs classé à proximité des impulsions la catégorie des « caractères dominés par leurs instincts », où il a intégré les toxicomanies et les « addictions sans toxiques ».
Selon lui, le jeu pathologique est un « combat contre le destin ». Il est l'expression d'un conflit avec un surmoi primitif.
« Sous la pression des tensions internes, le caractère badin peut se perdre ; le Moi ne peut plus contrôler ce qu'il a mis en train et est submergé par un cercle vicieux d'anxiété et de besoin violent de réassurance, angoissant par son intensité. Le passe-temps primitif est maintenant une question de vie ou de mort. »
Il reprend les propos de Freud, en particulier ceux concernant l'expression de conflits autour de la période infantile et de la masturbation.

Le jeu est une provocation, mais aussi une recherche de protection du Destin. Le joueur recherche à la fois une excitation sexuelle et une punition sous forme de perte et de castration. Il existe donc à la fois un besoin profond de protection et de réassurance chez les joueurs, signes de failles narcissiques profondes. Mais il existe aussi des éléments de lutte contre le père.

Tostain en 1967 reprend la question du sens de la conduite du joueur.
Le hasard serait pour le joueur « cet Autre supposé savoir auquel il peut se fier, se confier, tout comme le faisaient les Anciens quand ils lisaient dans le ciel l'heure de la bataille à livrer ». Tostain reformule les analyses de Freud et énonce clairement la problématique de castration comme celle du rapport du sujet à la Loi, et pas seulement celle de la culpabilité et du besoin de punition.
Par ailleurs selon lui, la mort du père est aussi centrale dans la passion du jeu. Mais il considère que la mort du père est consciemment souhaitée et que la problématique émergerait d'une défaillance du refoulement de ce désir parricide (Sucquart, 1993).

Dans la deuxième partie du 2O^{ème} siècle, les théories cognitivo-comportementales se sont développées et ont enrichi les approches psychopathologiques du jeu pathologique.

b. Approche cognitive et comportementale

Des études se sont intéressées à l'approche du jeu pathologique en tant que comportement.
Des hypothèses de conditionnement ont été avancées comme intervenant dans les addictions, y compris le jeu mais surtout dans l'initiation et la répétition de ce comportement.

Mais au-delà d'une approche comportementale simple, qui est celle des apprentissages, il faut intégrer l'approche plus complexe cognitive qui est celle de l' « apprentissage des apprentissages ».

Les jeux relevant du hasard pur comme les machines à sous peuvent de manière plus ou moins rationnelle faire référence à la statistique, en entretenant le sentiment de maîtrise du joueur.
Les publicités de La française de Jeux et en particulier du loto l'utilisent et inculquent parfois des messages ambivalents tels que « *100% des gagnants ont tenté leur chance* ». Ce slogan peut suggérer un faux syllogisme inconscient à ceux qui le lisent : « 100% des joueurs sont

gagnants !». Mais malgré la probabilité mathématique infinitésimale de gagner, les gens continuent de jouer.[9]

Ladouceur (2004) s'est beaucoup intéressé dans ses travaux à cette approche qui intègre les attentes, les croyances et les représentations du sujet. Il a surtout mis en avant le rapport du joueur pathologique avec le hasard et sa croyance en sa capacité à influencer le jeu.

Les cognitions du joueur pathologique se caractérisent par plusieurs points.

- **La négation du hasard**

Les « lois »statistiques sont souvent interprétées par les joueurs. Ces interprétations peuvent entrer dans le caractère ludique du jeu mais sont particulièrement développées chez les joueurs pathologiques.

La « loi des grands nombres » se base, par exemple, sur le fait que la répétition aléatoire d'un tirage finit par faire tendre le nombre de sortie des différents éléments de la série vers la probabilité de sortie. Mais les joueurs omettent facilement qu'à chaque tirage il existe des probabilités identiques.

Par ailleurs, les martingales sont un autre procédé utilisé pour interférer avec le hasard et le destin. Le principe réside dans le fait qu'il faut continuer de miser de plus en plus et arrêter au premier gain ; mais ce système est biaisé par la limitation des mises dans les casinos.

Au delà de ces « lois statistiques réelles», les sujets peuvent avoir des représentations de ses possibilités de gains extrêmement éloignées de la réalité ; de telles croyances irrationnelles ont été constatées expérimentalement par R. Ladouceur et al. (1988), chez des volontaires sains, du seul fait de la répétition des pratiques de jeux de hasard et d'argent (on constate donc que, comme dans les registres addictifs les plus classiques, la simple répétition du comportement est un puissant facteur d'auto-renforcement).

Le joueur peut interpréter les éléments du hasard pur comme le résultat de sa « technique », de son habileté. Les joueurs de roulette pensent pouvoir anticiper les numéros et les joueurs de machines à sous ont beaucoup de difficultés à intégrer le fait que les tirages sont aléatoires.

Cette négation du hasard est très répandue, même chez les joueurs occasionnels, mais chez les joueurs pathologiques elle devient envahissante et peu critiquée.

Dans une étude effectuée chez des joueurs pathologiques, Ladouceur et al. ont enregistré les pensées à voix hautes des joueurs pendant le jeu. Ils ont constaté 70 % de cognitions erronées, c'est-à-dire de pensées irrationnelles chez les joueurs pathologiques (Ladouceur et al., 1988).

De plus dans une étude plus récente comparant des joueurs pathologiques à des joueurs non pathologiques, les mêmes auteurs ont retrouvé un pourcentage de cognitions erronées plus élevé chez les joueurs pathologiques, et surtout une plus grande conviction en ces croyances quand les sujets y étaient confrontées après la phase de jeu (Ladouceur, 2004).
Ces pensées irrationnelles sont associées et entretiennent le sentiment de maîtrise du joueur pathologique.

- **L'illusion de maîtrise**

Les joueurs ont l'impression de pouvoir maîtriser le hasard et contrôler le jeu par des stratagèmes particuliers.
Le sujet peut alors avoir une forte illusion de contrôle, avec un espoir de gain qui outrepasse la logique et peut parfois se transformer en croyance et en foi de manière quasi mystique. La conviction intime et inébranlable et l'illusion de maîtrise du hasard s'installent et entretiennent les conduites de jeu.
Cette illusion peut aussi correspondre à l'idée que le sujet peut se faire un allié d'un « lieu de contrôle »extérieur personnifié de manière plus ou moins magique. Les joueurs utilisent des procédés et des rituels « magiques » ; le hasard est personnifié et omniprésent. Le jeu est un espace où la chance et le destin remplace le hasard et qui laisse le sujet croire que la force de ses désirs influence le destin (Ladouceur, 2004).
Bergler en 1957, parlait de l' « optimisme du joueur » qui concerne l'optimisme des résultats attendus, en passant outre la succession d'échecs ou de pertes au jeu.
Les sujets auront d'autant plus d'illusion de contrôle qu'ils interviennent de manière active dans la séquence de jeu. Ainsi les joueurs de dés vont lancer le dé d'une manière particulière afin d'influencer le résultat.

- **Fonctions exécutives**

Par ailleurs, les joueurs pathologiques ont des perceptions et des conceptions logico mathématiques inadaptées, qui les amènent à prendre des décisions inappropriées.
Il existe un constat clinique et phénoménologique de déficit de prise de décision et de dysfonctionnement de la régulation des comportements chez les sujets dépendants et en particulier chez les joueurs pathologiques.
Quelques études se sont intéressées au fonctionnement cognitif des joueurs pathologiques et à leurs capacités de prise de décision. Leurs auteurs ont suggéré l'existence de déficit attentionnel et de troubles des fonctions exécutives chez les joueurs pathologiques (Rugle, 1993 ; Specker, 1995).

Brand et al. (2005) ont trouvé un déficit de prises de décisions (testé par le *Game Dice Task*), avec des prises de risques plus importantes chez des joueurs pathologiques comparées à des témoins en situation expérimentale de jeu (sans enjeux d'argent).

Dans cette étude, un lien entre les difficultés de prise de décisions et un déficit des fonctions exécutives a été constaté, ainsi qu'une difficulté de rétrocontrôle chez les joueurs pathologiques, mais pas de corrélation entre les difficultés de prise de décision et les traits de personnalité.

Goudriaan et al. (2005) ont trouvé des résultats similaires dans une étude comparant des joueurs pathologiques à des dépendants à l'alcool et à des sujets atteints de syndrome de Gilles de la Tourette.

Ils ont retrouvé des déficits cognitifs dans les différents tests réalisés (*Iowa gambling task, Card playing task*, *go /no go*), en particulier des déficits de prise de décision et de feed-backs après des pertes aux jeux, de manière similaire chez les joueurs et chez les sujets dépendants à l'alcool, contrairement aux sujets atteints du syndrome de Gilles de la Tourette, et indépendamment des comorbidités psychiatriques associées, contrairement à d'autres études.

Par ailleurs, Goudriaan et al. (2005) ont retrouvé des différences de déficits cognitifs selon le type de jeux. Les joueurs de machines à sous avaient plus de dysfonctionnements de prises de décisions comparativement aux joueurs de casinos.

Les hypothèses émises par les auteurs étaient que les joueurs joueraient différemment. Ceux dont les jeux de prédilection sont les machines à sous joueraient des petites sommes répétées pour lutter contre le stress, les évènements de vie négatifs et la dysphorie. Mais les joueurs dont les jeux de prédilection sont ceux des tables de casinos joueraient de plus grandes sommes, dans un objectif de recherche de sensations et de maintien plus long de stimulation.

- **Jeu pathologique et ADHD**

Par rapport aux traits cognitifs retrouvés chez les joueurs pathologiques, plusieurs auteurs ont fait le rapprochement avec le Trouble de déficit attentionnel et d'hyperactivité de l'enfant (ADHD). En effet, dans ces deux pathologies, on retrouve des déficits des fonctions exécutives, des difficultés attentionnelles et une impulsivité. Cette impulsivité se manifeste dans l'ADHD, entre autres, par une incapacité à attendre la récompense, de la même manière que cela a pu être décrit chez les joueurs pathologiques (Rodriguez-Jimenez et al., 2006).

Plusieurs études ont retrouvé des antécédents d'ADHD chez des joueurs pathologiques. Une étude récente espagnole retrouvait 29.1% d'antécédents d'ADHD dans une cohorte de joueurs pathologiques. Les auteurs ont émis l'hypothèse qu'il existerait une persistance des symptômes de l'ADHD à l'adolescence et à l'âge adulte chez certains enfants ayant un

ADHD dans l'enfance ; il persisterait en particulier sous forme d'un déficit attentionnel et des fonctions exécutives. Ce déficit représenterait alors une vulnérabilité à l'âge adulte pour le jeu pathologique (Rodriguez-Jimenez et al., 2006).

Certains auteurs parlent de déficit global des fonctions exécutives, mais d'autres auteurs parlent de déficit sélectif. En effet, plusieurs études s'accordent pour souligner des déficits des capacités d'inhibition et des capacités à attendre et reporter les réponses en lien avec une récompense. Par ailleurs l'attention soutenue et la mémoire de travail sont en général maintenues.
De plus, selon les tests utilisés dans les études, les résultats observés diffèrent. Ainsi, les études réalisées avec *l'Iowa gambling task* (Brand et al., 2005) ou le *Delay Discounting Task* (Alessi et Petry, 2003) retrouvaient des différences significatives entre les joueurs pathologiques et les sujets contrôles, alors que celles réalisées avec le *Wisconsin Card sorting test* ne montraient pas de différences (Rodriguez-Jimenez et al., 2006 ; Goudriaan et al., 2006).
Ces constatations ont eu des conséquences au niveau de l'interprétation fonctionnelle neurologique.

- **Hypothèses neurologiques fonctionnelles**

En effet, à partir des déficits globaux ou sélectifs observés, différents auteurs ont émis des hypothèses de dysfonctionnements corticaux. Les déficits des fonctions exécutives laissaient penser qu'il existait des dysfonctionnements des zones impliquées dans les prises de décision : le cortex préfrontal dorsolatéral et le cortex orbitofrontal. Certains auteurs parlant d'un déficit plus sélectif, en particulier centré sur le contrôle de l'inhibition, ont évoqué la zone ventromédiale du cortex préfrontal plutôt que la zone dorsolatérale. Cette hypothèse est congruente avec les zones décrites dans les autres dépendances (Volkow et al. ; Brand et al., 2005 ; Rodriguez-Jimenez et al., 2006).
Mais il ne s'agit que d'hypothèses émises à partir de constatations cliniques et fonctionnelles. Il existe, à notre connaissance, peu d'études de neuro-imagerie dans le cadre du jeu pathologique, mais elles se développent actuellement dans le champs des addictions.

- **Modèles cognitifs du jeu, selon Blaszczynski et al.**

Blaszczynski (2002) a beaucoup travaillé sur le jeu pathologique ; il a théorisé une modélisation du jeu pathologique en essayant d'intégrer les différentes approches psychopathologiques, cognitives et neurobiologiques.

Selon ce modèle, on peut schématiser 3 sous groupes de joueurs pathologiques .

1. Les joueurs « conditionnés comportementalement » (« Behaviourally conditioned problem gamblers »)

Ces sujets n'ont pas de psychopathologie prémorbide particulière.
Il existe à un certain moment une plus grande accessibilité et disponibilité du jeu, auquel le sujet peut être exposé à tout âge par son entourage ou ses proches par exemple.
Le joueur va osciller entre un jeu social, ou excessif, voire pathologique à certains moments de sa vie.
Le rôle du conditionnement opérant serait important dans ce sous groupe. Les sujets ressentent des sensations d'excitation interne et les distorsions cognitives peuvent s'installer rapidement concernant les probabilités de gagner ; il en résulte une distorsion du jugement et des prises de décision. En général ce sous groupe a des scores de sévérité peu élevés du jeu.
Ce sous groupe a été décrit sous différentes appellations dans plusieurs études.
La demande et l'adhésion aux soins sont bonnes.

2. Les joueurs « émotionnellement vulnérables »

Ce sous groupe présente des facteurs de risque identiques au groupe précédent, c'est à dire la disponibilité et l'accessibilité aux jeux.
Mais il existe de plus des symptômes prémorbides, de type anxiété et dépression, associés à une histoire de difficultés de résolution des problèmes et des évènements de vie négatifs.
Il existe donc une fragilité émotionnelle, en lien avec des facteurs psychosociaux et des facteurs de vulnérabilité biologique.

3. Les joueurs « antisociaux impulsifs »

Ce troisième sous groupe est le plus sévère et sera détaillé plus loin.
Ce modèle est théorique et n'est pas absolu, mais il permet d'essayer de distinguer quelques sous groupes parmi les joueurs pathologiques qui représentent un groupe de sujets très hétérogènes.
De plus, ces regroupements cliniques permettent de faire des parallèles avec les facteurs biologiques et génétiques.

4. Approche familiale et génétique

Quelques études descriptives familiales ont décrit des familles où l'on retrouvait des addictions chez plusieurs membres. Ainsi, ils ont émis l'hypothèse d'une transmission trans-générationnelle des dépendances à l'alcool et au jeu chez les joueurs pathologiques et leurs parents de premier degré. Il existerait une héritabilité, résultant d'une interaction des facteurs environnementaux et des facteurs génétiques.

Les auteurs s'accordent à reconnaître que les facteurs non héréditaires jouent un rôle prépondérant dans la symptomatologie. Les études actuelles cherchent à éclairer les interactions entre gènes et environnement dans les addictions et dans le cas du jeu pathologique (Black et al., 2006).

Lesieur et Klein (1987) ont retrouvé dans une population de lycéens des antécédents de « jeu excessif » chez un ou les deux parents chez 5 % des sujets et parmi les lycéens, 17 % présentaient déjà des symptômes de jeu problématique. Par ailleurs, dans une autre étude dans une population en demande de soins pour une dépendance à des substances psychoactives ou au jeu pathologique, les mêmes auteurs ont trouvé que 39 % des sujets avaient un père joueur pathologique et 3 % une mère joueuse pathologique (Lesieur et al.,1986 ; Black et al., 2006).
Mais les études réalisées sur ce sujet sont souvent informelles et concernent des petites cohortes. Il est donc difficile de conclure sur le rôle de l'hérédité dans cette transmission.
En effet, différencier ce qui relève de facteurs environnementaux et ce qui relève de facteurs génétiques est complexe, car gènes et environnement interagissent. Ainsi, Plusieurs études ont été menées chez des jumeaux monozygotes et dizygotes pour mettre en exergue les facteurs génétiques.

a. Facteurs génétiques

Les résultats sont parfois contradictoires dans le rôle attribué aux facteurs génétiques dans le jeu pathologique. Winters et al .ont rapporté une héritabilité modérée et variable selon le type de jeux à haut degré de sensation ou non. De plus, ils ont retrouvé peu d'héritabilité chez les femmes ce qui soulève l'hypothèse d'une héritabilité différente en fonction du sexe ; mais cette différence n'était pas retrouvée dans d'autres études (Winters et Rich,1998 ; Black et al., 2006).
Eisen et al. (1998, 2001) ont rapporté que l'hérédité génétique expliquait 35 à 54 % de la vulnérabilité à développer des symptômes de jeu pathologique. Ils retrouvaient une bonne concordance de symptômes chez les jumeaux et en particulier monozygotes .

Plus récemment, Slutske et al. (2001) ont confirmé ces résultats et ont estimé la variabilité des risques de jeu pathologique due à 50 % aux facteurs génétiques et à 50 % aux facteurs environnementaux non familiaux et aux facteurs individuels.

Des transmissions de troubles de l'humeur et de dépendances à l'alcool chez des parents de premier degré des joueurs pathologiques ont aussi rapportées par plusieurs auteurs.
Ramirez (1983) a retrouvé dans une cohorte de joueurs pathologiques que 50 % avaient des antécédents d'abus ou de dépendance à l'alcool chez leurs parents. Roy et al. (1988) ont également retrouvé cette plus grande fréquence d'antécédents parentaux de dépendance à l'alcool (24 %) par rapport à la population générale, mais ils retrouvaient aussi 33 % d'antécédents de troubles de l'humeur chez les parents de joueurs pathologiques.

Une étude plus récente sur les parents de premier degré de joueurs pathologiques a été menée par Black et al. (2006). Ils ont confirmé les données des études précédentes en rapportant des antécédents sur la vie entière d'abus ou de dépendance à l'alcool (31%), d'abus ou de dépendance à des drogues (5%) chez les parents de premier degré des joueurs. De plus, ils ont retrouvé 19 % de dépressions sévères.
Potenza (2005) s'est intéressé aux liens spécifiques du jeu pathologique et des dépressions dans une étude sur des jumeaux de sexe masculin d'âge moyen. Ils retrouvaient une variabilité du jeu pathologique de 66 % d'origine génétique et de 41 % pour les dépressions majeures. La corrélation était forte entre le jeu pathologique et les dépressions, et l'influence génétique était plus significative dans cette population précise présentant cette comorbidité.
Black et al. ont aussi retrouvé des troubles anxieux généralisés (8 %) et des troubles de la personnalité de type antisociale (5 %) dans les antécédents des parents de premier degré de joueurs..
L'hypothèse que le jeu pathologique ait des facteurs génétiques communs avec la dépendance aux substances et en particulier à l'alcool, mais également avec le trouble de personnalité antisociale, a été avancée dans plusieurs études sur des populations de jumeaux.

La co-occurrence fréquente de ces troubles serait expliquée en partie par des gènes qui influenceraient de manière similaire ces trois troubles psychiatriques, probablement par le biais de facteurs neurobiologiques et neurotransmetteurs communs.
Krueger et al. (2002) parlent d' « externalizing factor » qui englobe le trouble de personnalité antisociale, la désinhibition et l'abus ou la dépendance aux substances ; mais ils n'y incluent pas le jeu pathologique. Ils ont considéré récemment que ce facteur « externalizing » serait hautement héréditaire et que ces trois registres de troubles seraient liés par un spectre commun génétique (Krueger et al., 2002 ; Black et al., 2006).

Or ce facteur est également décrit dans plusieurs études comme étant fortement lié génétiquement avec le jeu pathologique. La question de l'intégration du jeu pathologique dans un spectre génétique commun avec la dépendance à l'alcool, la personnalité antisociale et la désinhibition peut donc se poser. (Slutske et al., 2001 ; Black et al., 2006).

b. Facteurs environnementaux

Mais la présence de troubles de l'humeur, d'abus ou de dépendances aux substances psychoactives, et de difficultés psychosociales, peut se comprendre aussi au travers des facteurs environnementaux non génétiques.
Le jeu pathologique est un facteur de risque d'exclusion et d'isolement. Les dysfonctionnements familiaux sont souvent rapportés par les études ; les divorces sont fréquents. Ces conséquences familiales décrites résultent probablement de la somme de facteurs génétiques et des conséquences des réactions émotionnelles et psychologiques en lien avec la symptomatologie et les conséquences du jeu pathologique chez le proche (Black et al., 2006), comme c'est le cas dans beaucoup d'addictions.

5. Approche biologique moléculaire

Des travaux se sont également intéressés à l'approche biologique moléculaire du jeu pathologique.
Ils ont essayé de déterminer des formes allèliques spécifiques plus représentés chez les joueurs pathologiques.

a. Récepteurs dopaminergiques

Chez des modèles animaux (rats), le rôle prédominant de la dopamine sur les systèmes de récompense et de plaisir, en cause dans les dépendances et dans le jeu pathologique, a été démontré (Comings et al., 1999).
La biologie moléculaire s'est donc intéressée aux gènes codant pour la dopamine et ses récepteurs, en particulier les récepteurs D2 et D4.
Les résultats des études différent et sont parfois contradictoires. Les liens sont complexes entre les formes allèliques, le génotype et le phénotype. Des allèles d'un même gène peuvent avoir plusieurs formes d'expression phénotypique.
Des auteurs se sont intéressés dans un premier temps au polymorphisme du gène DRD2. Ce récepteur est particulièrement retrouvé au niveau des systèmes de récompenses du système nerveux central (noyau accumbens,amygdale et cortex orbito-frontal) (Cohen et al., 2005).

Chez les joueurs pathologiques, Comings et al. (1996) ont trouvé 50 % de prévalence de l'allèle A1 versus 25 % chez les témoins appariés (différence très significative). L'existence de cet allèle A1 a été retrouvée associée à une concentration moins importante de récepteurs DRD2 ; les auteurs ont émis l'hypothèse que la moindre sensibilité à la récompense pourrait être liée à cette concentration moins importante de récepteurs chez les sujets ayant des troubles addictifs par exemple (Cohen et al., 2005).
De même ils ont trouvé un lien entre le niveau de sévérité du jeu et les formes allèliques. Les sujets ayant les formes les plus sévères de jeu présentaient l'allèle A1 (Taq1) dans 63,8% des cas, alors que ceux ayant les scores les plus bas n'avaient l'allèle A1que dans 40,9 %.
De plus, cette forme allèlique était plus fréquemment retrouvée chez les sujets joueurs pathologiques ayant des conduites d'abus ou de dépendance à l'alcool ou à d'autres substances associées. De la même manière, elle était plus fréquente chez les sujets dépendants à l'alcool et aux opiacés non joueurs pathologiques versus des sujets témoins.
Ces données vont dans le sens d'un spectre commun des dépendances, associant une vulnérabilité commune génétique et neurobiologique (Comings et al., 1996).
Comings et al. (1997) ont également retrouvé dans une étude génétique du récepteur DRD1. Ils suggéraient dans leurs résultats un probable effet additif du polymorphisme et de l'expression du gène DRD1 à celui du gène DRD2.

D'autre études se sont intéressées ensuite au gène DRD4. Certains auteurs ont trouvé, dans une population de 68 sujets caucasiens, des associations entre le polymorphisme allèlique de ce gène et l'existence de jeu pathologique, et ceci de manière plus significative chez les femmes (Castro, 1997). Comings et al. (1999), dans une étude sur une plus grande cohorte, ont retrouvé que le rôle du gène du récepteur DRD4 dans le jeu pathologique était plus complexe que découlant seulement de son polymorphisme génétique. Ils n'ont pas retrouvé de variation phénotypique significative en comparant les polymorphismes génétiques de ce gène. Cependant, ils ont trouvé une plus grande fréquence d'hétérozygotie chez les joueurs pathologiques, associée à de plus grands scores de sévérité chez les dépendants aux substances dans la même étude.

b. Systèmes sérotoninergiques et noradrénergiques

Les systèmes neurobiologiques sérotoninergiques et noradrénergiques joueraient également un rôle dans le jeu pathologique.
Des associations positives ont été retrouvées entre le gène du transport de la sérotonine et le jeu pathologique.

Une étude récente a voulu étudier expérimentalement chez des joueurs pathologiques versus un groupe contrôle, l'effet de l'administration d'un agoniste de la sérotonine sur le craving et sur les sécrétions neuroendocrines (Prolactine). Leur objectif était de confirmer le rôle de la sérotonine dans la pathogénie du jeu pathologique et de mieux en appréhender les mécanismes.

Ils ont retrouvé de manière significative une plus grande réactivité des joueurs pathologiques, qui décrivaient une sensation de craving plus importante et avaient une augmentation des taux de prolactine plus élevée par rapport au groupe contrôle. De plus, ils retrouvaient une association positive entre l'intensité des symptômes cliniques de jeu pathologique et l'intensité de la réaction neuroendocrine (Pallanti et al., 2006).

Par ailleurs, d'autres auteurs se sont intéressés au rôle de la Monoamine oxydase A dans le jeu pathologique. Dans une étude en 2000, Perez de Castro et al. (2002) ont retrouvé une association positive entre le polymorphisme génétique de la monoamine oxydase A et le jeu pathologique. Les mêmes auteurs ont retrouvé dans une autre étude ,une association entre le polymorphisme du gène codant pour la MAO A et celui de la sérotonine, retrouvés plus fréquemment associés chez les joueurs pathologiques en comparaison à des témoins appariés. Ils émettaient l'hypothèse d'une action simultanée de ces deux systèmes sur la vulnérabilité des joueurs pathologiques.

Certaines de ces études ont suggéré que ces facteurs moléculaires seraient liés au genre. En effet, plusieurs études rapportent des polymorphismes génétiques retrouvés plus significativement chez les hommes par rapport aux femmes. Mais le biais est que beaucoup d'études portent sur des populations caucasiennes masculines majoritairement (Perez de Castro et al., 2002).

Des études de plus grande échelle pourraient permettre ultérieurement d'éclaircir cette hypothèse.

c. Génétique et extraversion

Certaines études se sont intéressées à la génétique de l'extraversion et de la recherche de nouveauté. En effet, ces dimensions de personnalité fortement chercheuse de sensations sont depuis Zuckerman reconnues comme étant fortement associées aux dépendances d'une manière générale et au jeu pathologique en particulier. Une étude de Cohen et al. (2005) a retrouvé, dans une étude expérimentale chez des volontaires sains, des liens entre des traits d'extraversion au niveau de le personnalité, une plus grande fréquence de l'allèle Taq1 (gène DRD2) et une plus grande réactivité cérébrale à des tests de récompense (analyse par neuroimagerie ; IRM fonctionnelle). Cette étude soutient l'hypothèse de liens entre le polymorphisme génétique, le fonctionnement cérébral et les traits de personnalité.

Les fonctions des gènes sur les phénotypes sont probablement liées à l'interaction de plusieurs gènes et sont associées aux interactions environnementales. Il est donc important pour une approche plus ciblée de bien définir les phénotypes cliniques afin de pouvoir faire des liens avec la génétique et le biologie moléculaire.

6. Approche biologique

a. Liens entre dépendance(s) et l'axe hypothalamo-surrénalien

L'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien est celui du stress et joue un rôle dans ces conditionnements ; il est stimulé dans les situations de stress liées à des facteurs endogènes ou exogènes. Les interactions entre cette voie et les dépendances ont été étudiées par plusieurs auteurs. Elles sont complexes et peuvent être schématisées de plusieurs façons.

On peut émettre 2 hypothèses sur les types de liens :

- D'une part les dépendances, qu'elles soient comportementales comme le jeu pathologique dans notre propos ou à des substances, sont des facteurs de stress à l'origine d'une activation et d'un dysfonctionnement du système corticotrope .

Des études faites chez des dépendants aux opiacés de longue date ont montré que les substances agissent sur les systèmes dopaminergiques, mais également sur l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien ; ainsi des concentrations sériques diminuées d'ACTH et de cortisol ont été constatées (Amir et Coll., 1980 ; Gold et Rea, 1983 ; Szekely, 1994 ; Reynaud et al., 2005).

- D'autre part ,on peut considérer la dépendance comme une forme d'adaptation au stress, avec l'hypothèse d'une vulnérabilité individuelle et d'un dysfonctionnement de l'axe corticotrope de base. Les addictions, par un phénomène de centration permettent une adaptation aux exigences de l'environnement, aux situations de stress professionnel, à l'épuisement, etc.

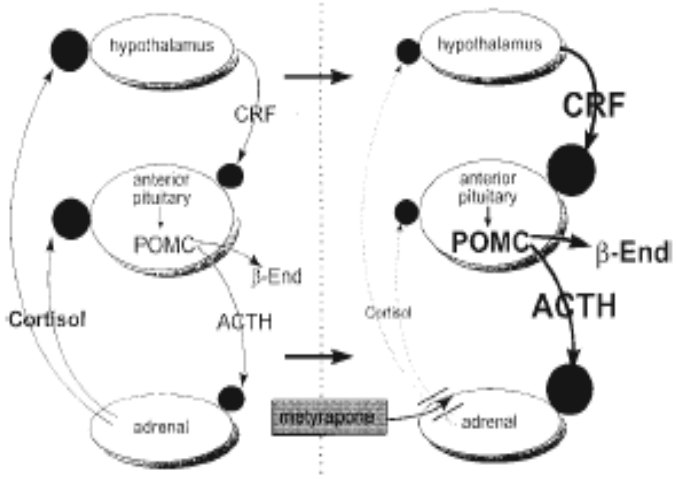
Les études disponibles concernent surtout des populations de sujets dépendants à des substances. Les auteurs se sont beaucoup intéressés à la « réactivité psychophysiologique » chez ces patients.

En effet, ils parlent de réactivité physiologique à des facteurs stressants se manifestant par des signes d'activation orthosympathique : augmentation du pouls, diminution de l'impédancemétrie, augmentation de la température cutanée et des signes psycho-comportementaux, en particulier une augmentation du craving, c'est-à-dire l'envie irrépressible de s'adonner au comportement de dépendance.

Actuellement il est admis que toutes les dépendances, avec ou sans substances, auraient une base neurobiologique similaire, même si chaque substance ou conduite se différencie par son action spécifique. On peut s'appuyer sur cette hypothèse pour comparer les études sur la réactivité psychophysiologique chez les dépendants aux substances à celles faites chez les joueurs pathologiques, cette population ayant l'avantage d'être moins parasitée par les effets propres des substances ou par les traitements.

Pour rendre compte des connaissances chez l'homme, on peut se référer à une revue de la littérature, dans laquelle les auteurs se sont intéressés au lien entre axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien et dépendance (Kreek et Koob, 1998).

Fig.1 Illustration du test à la métapyrone et son effet sur l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien.
Extrait de Kreek & Koob (1998)



Les sujets dépendants à l'héroïne non traités présentaient des taux plus bas d'*Hormone Adréno-CorticoTrope* (ACTH) et de cortisol que des sujets témoins ; l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien était déprimé. Les taux sériques de cortisol et d'ACTH étaient bas et les variations nycthémérales de la cortisolémie étaient perturbées. Le test à la métapyrone (figure 1) bloque la sécrétion de cortisol et induit une augmentation de la libération de *Corticotropin Releasing Factor* (CRF) et d'ACTH, par levée du rétrocontrôle négatif. Cette augmentation était plus faible chez les sujets dépendants des opiacés que chez les sujets témoins. L'extinction de la fonction adrénocorticale des sujets dépendants de l'héroïne était contrebalancée par une hyperréactivité au moment du sevrage. En revanche, sous l'effet d'un traitement par méthadone, l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien se normalisait.

Toutefois, des études évaluant l'état de cet axe chez des sujets traités par méthadone depuis au moins six mois et stabilisés en terme de posologie de traitement, ont rapporté que le test à la métapyrone entraînait la survenue de symptômes de sevrage aux opiacés.

L'hypothèse émise a été que ce sevrage induit serait dû à l'effet d'un stimulus conditionnel interne de sevrage aux opiacés. En effet, cette réponse était similaire à celle observée lors de l'exposition à des stimuli liés aux opiacés (stresseurs environnementaux). Par ailleurs, il a été montré que l'activation de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien (augmentation des taux d'ACTH, de cortisol et d'endorphines) précédait le début des symptômes de sevrage.
Ces résultats chez l'homme posent la question de savoir si la réactivité aux stresseurs environnementaux par exemple les stimuli liés à l'objet de dépendance est aussi associée à des modifications de l'axe corticotrope chez les sujets dépendants.
Par ailleurs plus récemment, des études ont été menées chez des joueurs réguliers et /ou pathologiques. Les auteurs se sont intéressés au dosage de cortisol chez les joueurs en situation de jeu « in vivo ». Meyer G. et al.(2000) ont retrouvé en situation réelle de jeu au casino une augmentation prolongée du taux de cortisol salivaire. Elle y était associée à des signes de réactivité psychophysiologique, marquée par une augmentation du rythme cardiaque en situation de jeu. Mais les mêmes auteurs dans une étude ultérieure (Meyer et al., 2004) n'ont pas retrouvé d'augmentation significative du cortisol en comparaison à des joueurs non pathologiques. Ils ont cependant noté une réactivité psychophysiologique, avec une activation du système sympathique et une augmentation du rythme cardiaque, ainsi qu'un un taux plus élevé de dopamine et norépinephrine (Brunelle et al., 2003).

Des études chez l'animal viennent confirmer l'importance du stress et de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien dans l'initiation de la rechute.
Des chercheurs se sont intéressés aux différences entre 2 groupes animaux définis par leur tendance à s'auto-administrer des substances. Des animaux présentant une réactivité motrice et comportementale élevée à l'exposition forcée à un nouvel environnement, dits les High Responders (HR), montraient une réponse locomotrice plus forte aux opiacés et aux psychostimulants (cocaïne et amphétamines), et une tendance plus forte à s'auto-administrer des substances par rapport aux autres animaux, dits Low Responders (LR) (Piazza et al., 1991 ; Piazza, 1992).
Par ailleurs, les animaux HR semblaient présenter une dérégulation de l'axe corticotrope. Cela se manifestait par une sécrétion prolongée de corticostérone en réponse à une épreuve de stress. De plus, ils avaient une plus grande sensibilité aux effets comportementaux (augmentation de l'activité locomotrice) et dopaminergiques (augmentation de libération de dopamine) des glucocorticoïdes. Ces différences concernant l'axe corticotrope entre animaux HR et LR semblaient expliquer la plus grande vulnérabilité des animaux HR aux substances pouvant donner lieu à dépendance.

En résumé, il a été montré deux choses :

- D'une part, chez l'homme dépendant d'une substance comme chez les joueurs pathologiques, on a pu observer un dysfonctionnement de l'axe cortico surrénalien, avec une hyperréactivité de cet axe au moment du sevrage.
- D'autre part, chez les animaux HR (plus grande tendance à s'auto-administrer des substances), la sécrétion de corticostérone était prolongée en réponse à une épreuve de stress.

À partir de ces observations, nous pouvons émettre l'hypothèse selon laquelle, chez des sujets humains dépendants, on va observer une plus grande représentation d'individus « HR » que chez des sujets humains non dépendants. Ceci va se manifester par une sécrétion prolongée de corticostérone chez les sujets dépendants, en réponse à l'exposition à des stresseurs environnementaux.

Il pourrait être intéressant de poursuivre ce type d'études et de comparer ces différentes populations de patients dépendants. Les populations de joueurs pathologiques, dont les similarités avec les dépendants aux substances ont souvent été rapportées seraient un support potentiel pour une modélisation de la réactivité, du fait du moindre parasitage des mesures par des consommations de substances.

b. Le dysfonctionnement dopaminergique

L'hypothèse émise par les chercheurs est qu'il existe des modifications des systèmes de récompense et de stress normalement supposés maintenir un état de stabilité hédonique au travers d'un état allostatique. Or les comportements de dépendance entraînent un déséquilibre à l'origine d'une hypersensibilité du système conduisant à la dépendance et à des rechutes. Ce déséquilibre se situe en particulier au niveau des systèmes de récompense, dont le fonctionnement dépend en grande partie du système dopaminergique.

Ce système de la récompense se compose du thalamus, de l'amygdale, du noyau accumbens et du cortex préfrontal. Les voies dopaminergiques concernées principales sont la voie cortico-nigro-striatale et la voie méso-cortico-limbique (Cohen et al., 2005).

Le système méso cortico limbique est celui de la récompense et de la punition, ou aussi du plaisir et de la souffrance.

La sécrétion dopaminergique est modulée par le système opioïde, les interneurones GABA, et par les récepteurs à l'acétylcholine ainsi que par les récepteurs CB1. L'action des différentes substances exogènes est bien connue (Reynaud et al., 2005).

Les études animales semblent peu réalisables dans le cas du jeu pathologique, mais l'implication de ce système dopaminergique dans les addictions et dans le jeu pathologique est reconnue actuellement.
Roy et al. (1988) ont retrouvé dans des études comparant des joueurs pathologiques à des sujets sains des taux de métabolites de la noradrénaline plus élevés dans le LCR et dans les urines chez les joueurs (Nordin et Ingemar, 2006).
Elle a été soulignée en particulier par des études de neuro-imagerie fonctionnelle (IRM fonctionnelle, PET scanner), dans lesquelles on retrouve des activations anormales des zones striato-thalamo-cortico préfrontales. Potenza et al. ont fait plusieurs études d'IRM fonctionnelle chez des joueurs pathologiques en situation expérimentale ; ils les ont exposé à des stimuli de jeux (films vidéos) ou à des tests (stroop test) et ont retrouvé une diminution de l'activité du cortex orbito-frontal ventro-médial significative par rapport aux sujets contrôles.
Cette zone est celle qui est liée à la prise de décision et surtout à l'initiation des réponses liées à des motivations en lien avec une récompense, mais cette zone est aussi liée à l'attente de la récompense (Potenza et al., 2003).

Des études ont retrouvé des taux abaissés de dopamine et de ses métabolites dans le LCR de joueurs pathologiques, suggérant une fonction altérée des systèmes noradrénergiques et dopaminergiques (Adès et Lejoyeux, 2000).
Certains auteurs ont récemment soutenu cette hypothèse, à partir d'études chez des sujets sains, dont l'extrapolation peut laisser imaginer le rôle de la dopamine dans les addictions. Ils ont trouvé des liens entre des diminutions de dopamine provoquées (déclenchés par des injections de BCAA) et de mauvaises prises de décisions liées aux émotions, avec en particulier peu de résistance aux récompenses à court terme malgré des conséquences négatives à long terme (Sevy et al., 2006).

Elle est d'ailleurs aussi soutenue de manière indirecte par le fait que les conduites de jeu pathologique surviennent chez des sujets atteints de la maladie de Parkinson, donc ayant des lésions des voies dopaminergiques (locus niger), lors des traitements par agonistes dopaminergiques.
Bien connue, cette association comprend des facteurs prédictifs : la précocité de la maladie de parkinson, des comportements de jeu antérieurs aux symptômes parkinsoniens et l'association des traitements par dopamine et levodopa /carbidopa (Weintraub et al., 2006) ; la posologie est aussi retrouvée comme facteur de risque mais de manière plus discutée. Le type d'agonistes n'interviendrait pas (Voon et al., 2006 ; Drapier et al., 2006).

L'augmentation de la noradrénaline et de l'activité dopaminergique serait selon plusieurs auteurs le spectre biologique commun de la recherche de sensations, de l'extraversion et du jeu pathologique.

c. Autres hypothèses

- **Dysfonctionnement sérotoninergique**

Le caractère impulsif et compulsif du jeu pathologique a conduit à des hypothèses de dysfonctionnements sérotoninergiques, de même que les réponses aux traitements par antidépresseurs inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (Valleur et Bucher, 2006 ; Pallanti et al., 2006).
Mais les résultats sont parfois discordants ; certaines études n'ont rapporté aucune altération des taux de métabolites de la sérotonine (5-hydroxytryptamine et 5-hydroxyindoleacetic) chez les joueurs pathologiques, alors que d'autres auteurs ont retrouvé des taux diminués de 5-HIAA chez des hommes joueurs pathologiques (Nordin et Eklundh, 1998).
Dans une étude plus récente, ces mêmes auteurs ont dosé les monoamines dans le LCR de joueurs pathologiques (n=40) et de sujets contrôles. Ils ont retrouvé des taux significativement inférieurs de tryptophane et de sérotonine dans les LCR des joueurs pathologiques, alors que contrairement à leur étude précédente, ils retrouvaient des taux élevés de 5-HIAA. Les auteurs en concluaient que la sérotonine jouait un rôle dans la pathogénie du jeu pathologique (Nordin et Ingemar, 2006).

- **Les endorphines**

Blaszczynski et al. (1986) ont retrouvé des taux abaissés de βendorphines chez des joueurs de champs de course. Ils retrouvaient des différences en fonction du jeu ; les joueurs de machines à sous avaient des taux similaires à ceux des témoins. Ces différences pourraient s'expliquer par des niveaux d'activation corticale et d'éveil différents. Ces résultats étaient soutenus par une étude de Meyer et al. en 2004, qui retrouvait que les taux de βendorphines chez les sujets joueurs à problèmes avaient une nette tendance à être inférieurs à ceux des joueurs non problématiques.
Il existe quelques études qui ont associé des enregistrements électroencéphalographiques aux mesures neurobiologiques. Mais il n'existe pas de résultats concluants à notre connaissance.

III. Comorbidités psychiatriques et addictives

Les comorbidités psychiatriques les plus fréquemment retrouvées dans les études sur le sujet sont les troubles thymiques, avec un risque suicidaire accru, les troubles anxieux et les troubles addictifs, majoritairement liés à l'alcool (Ibanez et al., 2001 ; Dannon et al., 2004 ; Cunningham-Williams et al., 2005 ; Dell'Osso et al., 2005 ; Kim et al., 2006), dans des proportions variables, dépendant des outils diagnostiques choisis, de la population de joueurs retenue, de la période d'évaluation enfin. Pour exemple, l'étude de Petry et al. (2005) retrouvait chez les joueurs pathologiques une prévalence sur la vie entière de 49,6 % pour les troubles thymiques, de 41,3 % pour les troubles anxieux et de 73,2 % pour les troubles liés à l'alcool.

Concernant les troubles thymiques, il s'agit le plus souvent d'épisodes dépressifs, actuels ou passés. Comme pour la plupart des troubles addictifs, il est difficile d'avoir une opinion univoque sur la nature de leur lien avec la dépression. La dépression pourrait être secondaire à l'installation des problèmes de jeu, survenant au même titre que les autres complications affectives, familiales, sociales, financières, professionnelles…, en particulier lorsque le joueur mesure l'ampleur des conséquences négatives de ses pratiques et se sent dans une impasse. La dépression pourrait aussi entraîner une conduite ludique pathologique, le jeu apparaissant alors comme une tentative de résolution des troubles de l'humeur, comme une automédication. Il semble que le sexe féminin soit particulièrement exposé à cette corrélation (Le joyeux et al., 2000 ; Petry et al., 2005). La dernière hypothèse est que les deux types de troubles soient des co-occurrences. Dell'Osso et al. (2005), dans leur revue de littérature, remarquaient que le jeu pathologiquea été parfois rangé dans le spectre des troubles de l'humeur, comme en témoignent les taux élevés de comorbidités et la présence fréquente d'idées suicidaires chez les joueurs.

Par ailleurs, le haut niveau d'impulsivité souvent décrit chez les joueurs pathologiques pourrait conduire à un risque suicidaire élevé, indépendamment de la dépression.

Les données sur les comorbidités avec les troubles anxieux sont beaucoup moins fréquentes. L'étude de Cunningham-Williams et al. (1998) mettait surtout en évidence une association entre le jeu pathologique et les phobies, celle de Bland et al. (1993) un lien entre les problèmes de jeu et l'ensemble des troubles anxieux, en particulier l'agoraphobie. Petry et al. (2005) retrouvaient, dans leur échantillon de joueurs pathologiques, une prévalence des troubles anxieux sur la vie entière de 41,3 %, avec 23,5 % de phobies spécifiques, et « seulement » 18,2 % de troubles paniques, 10,5 % de phobies sociales et 11,1 % d'anxiété généralisée.

Petry et al. (2005) précisaient que les troubles liés à l'alcool sont particulièrement associés au jeu pathologique, avec un facteur de risque de 5. L'étude de Kruedelbach et al. (2006) retouvait elle aussi une très forte prévalence des dépendances aux substances psychoactives, avec pour chef de file l'alcool. Il est communément admis que dans le champ des addictions, des chevauchements entre dépendances existent. Les anglo-saxons utilisent la notion de « switching addictions » (Hodgins et al., 2005). Les troubles addictifs coexistent un temps, ou se succèdent, en tant qu'addictions alternatives. Des dimensions psychopathologiques communes peuvent être retrouvées tant chez le joueur pathologique que chez l'alcoolique ou le toxicomane, *a fortiori* lorsque les dépendances s'additionnent. On note l'impulsivité, une dépressivité marquée, enfin une nette tendance à l'alexithymie.
Par ailleurs, les espaces de jeu sont le plus souvent des lieux ou l'alcool se consomme. Il est à noter que les directions des casinos « remercient » et fidélisent leurs meilleurs clients en leur offrant des boissons alcoolisées.

Enfin, il n'existe que de rares références relatives aux comorbidités psychotiques. La plupart des études s'intéressant aux comorbidités psychiatriques des joueurs pathologiques citent les troubles thymiques, les troubles anxieux et les troubles liés à l'usage de produits psychoactifs. Potenza et Chambers (2001) ont rapporté le cas d'une patiente initiée au jeu par ses parents dans l'enfance, souffrant de schizophrénie paranoïde depuis l'âge de 19 ans, et développant une pratique ludique pathologique quelques années après. Les auteurs expliquaient cette comorbidité par un dysfonctionnement des systèmes dopaminergiques et sérotoninergiques commun aux deux troubles.

L'importance des comorbidités psychiatriques doit avoir pour implication une meilleure prise en charge thérapeutique, et de récents travaux proposent des stratégies médicamenteuses (associées aux psychothérapies) tenant compte des liens entre jeu pathologique et dépression / bipolarité / risque suicidaire / trouble anxieux / alcoolisme.

IV. Jeu pathologique et troubles de la personnalité

On a donc vu que le jeu pathologique est une entité morbide complexe, pour laquelle il existe de nombreuses hypothèses étiopathogéniques. Par ailleurs en situation clinique, il est souvent associé à de nombreuses comorbidités.

D'une part, il existe des comorbidités addictives, en particulier des abus ou des dépendances à des substances. Lesieur et Blume (1993) ont retrouvé 9 à 14 % de jeu pathologique chez les sujets dépendants à des substances psychoactives (alcool ou drogues). D'un autre côté, des études de cohorte de joueurs pathologiques en traitement ont révélé de 47 à 52 % d'abus ou de dépendance à l'alcool ou à des drogues (Hall et al., 2000).

Au niveau psychiatrique, il est associé aux troubles anxieux, aux troubles de l'humeur et à la dépression en particulier (Petry et al., 2005), ainsi qu'à différents troubles de la personnalité.

Les prévalences des troubles de personnalité chez les joueurs pathologiques varient de 25 à 93% selon les études. Blaszczynski et Steel (1998), dans une étude australienne, ont retrouvé que 93 % des sujets joueurs pathologiques en demande de traitement répondaient aux critères d'au moins un trouble de la personnalité.

Ibanez et al. (2001) ont retrouvé 42 % de troubles de personnalité dans leur population espagnole de joueurs pathologiques. Ces troubles représentaient dans leur étude la comorbidité psychiatrique la plus fréquente.

L'association de troubles de personnalité avec le jeu pathologique est décrite comme un facteur de gravité du jeu ; il existe, en particulier, plus de consommation de substances associées et l'adhésion aux traitements est souvent moins bonne.

Il est donc intéressant de s'intéresser aux troubles de la personnalité dans l'optique d'une meilleure appréhension individuelle et pour la prise en charge (Blaszczynski, 2002 ; Ibanez et al., 2001).

Les troubles de personnalité peuvent être analysés selon un modèle catégoriel ou un modèle dimensionnel.

Le modèle catégoriel répartit les troubles en classes selon des critères diagnostiques bien définis (mais qui sont loin de faire l'unanimité, notamment du fait de chevauchements problématiques). L'approche dimensionnelle permet d'identifier des traits de personnalité avec l'idée d'un continuum entre normal et pathologique.

1. Approche catégorielle

Peu d'études ont été faites sur les troubles de personnalité chez les joueurs pathologiques.
Une étude de Black et Moyer (1998) retrouvait chez des joueurs pathologiques une forte association avec la personnalité obsessionnelle compulsive (59 %), la personnalité évitante à 50 %, la personnalité schizoïde (33 %) et la personnalité schizotypique (30 %).

Fig.1 Répartition des troubles de personnalité catégoriels selon la littérature D'après les études de Blaszczynski et Steel (1998), Black et moyer (1998), Specker et al. (1996)

Trouble de personnalité (TP)	Blaszczynski et Steel 1998 (*PDQ R)*	Black et Moyer 1998(*PDQ R)*	Specker et al. 1996 (*SCID II)*
	N=82	N=30	N=40
	93%	87%	25%
Cluster C			
Evitante	37	50	12,5
Dépendante	49	7	NC
Obsessionnelle compulsive	31	59	5
Passive agressive	35	NC	NC
Cluster A			
Paranoïaque	40	26	2,5
Schizotypique	38	30	NC
Schizoïde	21	33	2,5
Cluster B			
Histrionique	66	7	NC
Narcissique	57	20	5
Borderline	70	23	1
Antisociale	29	17	NC

Les résultats des études ne sont pas toujours congruents (figure 1). De plus on peut critiquer les études disponibles ,du fait qu'elles ont souvent été effectuées en population masculine majoritairement, chez des joueurs pathologiques en demande de soins et d'âge moyen (Wang, 2006).

De plus, beaucoup d'études ont été faites sur le continent nord américain ; alors qu'on peut supposer qu'il pourrait exister des différences de personnalité des joueurs en fonction de différents types de populations, comme cela a été suggéré dans quelques études comparant la psychopathologie des joueurs selon les tranches d'âge et les sexes ou les origines culturelles (Gonzalez et al., 2005 ; Blanco et al., 2006).

a. Jeu pathologique et trouble de la personnalité antisociale

La personnalité antisociale regroupe un ensemble d'anomalies du caractère et des conduites caractérisées par l'impulsivité, une instabilité affective et professionnelle et des tendances antisociales (Feline et al., 2002).

Les liens entre le jeu pathologique et la personnalité antisociale sont complexes.

Dans le DSM III (APA, 1980), la personnalité antisociale a été exclue du cadre du jeu pathologique. Puis cela a été révisé dans les versions ultérieures ; selon le DSM IIIR (APA, 1987), « Les problèmes liés au jeu sont souvent associés à la personnalité antisociale, et, dans le jeu pathologique, le comportement antisocial est fréquent. Lorsque les deux troubles sont présents, les deux diagnostics doivent être faits ».

Plusieurs études ont retrouvé une prévalence importante de la personnalité antisociale chez des joueurs pathologiques en demande de traitement.

La personnalité antisociale a une prévalence de 1,5 à 3 ,5 % en population générale (Feline et al., 2002 ; Pietrzak et Petry, 2005). Les études chez les joueurs pathologiques retrouvent des taux supérieurs à ceux là. Steel et Blaszczynski (1998) ont trouvé 29 % de personnalité antisociale chez des joueurs en demande de traitement, alors que Ibanez et al. (2001) ont retrouvé une prévalence de 14,5 % chez 69 joueurs pathologiques.

Pietrzak et Petry (2005) ont trouvé dans une cohorte de joueurs pathologiques plus importante (n=237), une prévalence de 16,5 % de personnalité antisociale.

Dans cette étude, les joueurs pathologiques répondant aux critères diagnostiques de personnalité antisociale étaient majoritairement des hommes, en moyenne plus jeunes. Leur niveau d'éducation était moindre et ils avaient plus d'antécédents de ruptures conjugales.

Beaucoup d'études s'accordent en général pour dire que la cooccurrence des 2 diagnostics s'associe à un niveau de sévérité du jeu pathologique plus élevé, au niveau social, médical et des consommations de substances psychoactives associées (Pietrzak et Petry, 2005 ; Steel et Blaszczynski, 1998).

Il faut en réalité surtout mettre en avant que les mêmes comportements peuvent rentrer dans les critères diagnostiques de jeu pathologique et de personnalité antisociale. Ainsi, les comportements de fraude, de vols peuvent être à la fois considérés comme des signes de jeu pathologique, et des signes de trouble de personnalité antisociale. Ainsi il est probable que les résultats de prévalence du trouble de personnalité antisociale dans les populations de joueurs pathologiques soient surestimés par cette approche. Ce facteur est un des plus limitant dans l'approche catégorielle de la personnalité antisociale dans le cadre du jeu pathologique.

b. Jeu pathologique et personnalité obsessionnelle ou anankastique

Des hypothèses de similarités ont été émises entre le jeu pathologique et les troubles obsessionnels compulsifs.

En effet, de la même manière, il existe une tension et une angoisse incontrôlable avant l'acte, associées à un vécu de culpabilité ensuite (Kim et Grant, 2001 (a)).

De plus, certaines études ont retrouvé chez des joueurs pathologiques des réponses positives aux traitements par antidépresseurs inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (Hollander et al., 2000 ; Kim et Grant, 2001 (b)). Mais les données de la littérature sont controversées quant aux liens entre ces deux entités cliniques.

Plusieurs auteurs ont suggéré un lien entre le jeu pathologique et les troubles obsessionnels compulsifs.

Hollander (1997) a émis l'hypothèse que le jeu pathologique pouvait être classé dans le spectre des troubles obsessionnels compulsifs. Par ailleurs, Blaszczynski (1999) a retrouvé dans une étude chez des joueurs pathologiques plus de traits obsessionnels et compulsifs chez les joueurs que chez des témoins. Il avait fait le lien entre certains symptômes obsessionnels (peur de perdre le contrôle) et le jeu pathologique alors que d'autre symptômes n'y étaient pas associés (vérification, peur de contamination). Frost et al. en 2001 ont supporté cette hypothèse par une étude où ils comparaient des joueurs de jeux de grattage et de loterie pathologiques versus des joueurs non pathologiques ; ils ont également retrouvés des scores de sévérité d'obsessionnalité (Y-BCOS) plus importants dans le groupe pathologique.

Black et Moyer (1998) ont retrouvé des résultats similaires d'association entre des symptômes obsessionnels et le jeu pathologique mais sur une plus petite cohorte.

D'autre part, les études menées analysant l'existence de jeu pathologique chez les patients atteints de troubles obsessionnels compulsifs, retrouvent de 0 à 1% de prévalence (Kim et Grant, 2001 (a) ; Hollander, 1997 ; Bienvenu et al., 2000). Ce taux ne diffère pas des taux de prévalence retrouvés en population générale.

Mais ces résultats peuvent être biaisés par les similitudes de symptômes entre le jeu et l'obsessionnalité.

Kim et Grant (2001 (a)) ont comparé les traits de personnalité de deux populations de joueurs pathologiques et de sujets atteints de troubles obsessionnels compulsifs, selon le modèle de Cloninger (*Tridimensionnal personnality Questionnaire*). Ils ont retrouvé plus de différences significatives que de similitudes entre ces deux populations. Les joueurs avaient des scores élevés de « recherche de nouveauté », ce qui est cohérent avec la littérature où l'impulsivité et la recherche de sensations sont des traits fréquemment décrits. De plus, à l'inclusion de cette

étude ils avaient exclus les sujets présentant un trouble de personnalité antisociale ; mais malgré cela, le trait de recherche de nouveauté était significativement élevé. De plus, les niveaux d' « évitement du danger » étaient nettement moindre chez les joueurs. L'hypothèse émise par les auteurs est que les obsessions des joueurs seraient liées au « craving », c'est à dire à l'envie irrépressible de jouer, qui s'intègre à la définition du jeu pathologique, plutôt qu'aux doute et aux ruminations retrouvées chez les obsessionnels.

Les résultats de la littérature retrouvent donc que les joueurs pathologiques ont des scores plus élevés que des témoins et des joueurs non pathologiques aux échelles d'évaluation des troubles obsessionnels compulsifs. Mais les hypothèses émises discordent selon les auteurs. Mais on peut s'appuyer sur l'étude de Kim et Grant (2001 (a)), qui a retrouvé des différences significatives entre une population de joueurs pathologiques et une population de sujets présentant des troubles obsessionnels compulsifs ,pour bien distinguer ces deux entités morbides.

c. Jeu et personnalité évitante

La personnalité évitante se caractérise par une extrême sensibilité du sujet au rejet et à la critique, avec un sentiment d'infériorité, aboutissant souvent à un retrait social majeur, malgré un désir de contact et de réassurance.

Elle se rapproche de la personnalité dépendante, mais les sujets évitants ont un niveau d'anxiété plus élevé que les sujets dépendants ; de plus ils redoutent les relations aux autres par peur du rejet, alors que les sujets dépendants ne se sentent en sécurité qu'en présence de quelqu'un d'autre (Feline et al., 2002).

La personnalité dépendante est peu retrouvée dans les études sur les joueurs pathologiques, mais la personnalité évitante a été décrite par plusieurs auteurs.

Specker et al. (1996) ont retrouvé dans une étude un taux de personnalité évitante de 12,5 %. Elle était la personnalité la plus représentée dans cette étude.

De même, une étude menée sur une population de sujets suivis en ambulatoire, comparant les joueurs pathologiques (SOGS≥5) aux non joueurs ou à des joueurs non pathologiques, a retrouvé, de manière significative, une plus grande fréquence de la personnalité évitante par rapport aux autres troubles de la personnalité chez les joueurs. Cette étude a été menée en population majoritairement féminine et afroaméricaine. Les résultats sont donc difficilement généralisables (Henderson, 2004).

d. Jeu pathologique et autres troubles de personnalité

Plusieurs études ont retrouvé dans leurs populations de joueurs pathologiques la personnalité border line comme la plus représentée. Mais il n'existe pas, à notre connaissance, d'études s'étant intéressée aux liens précis entre ces troubles de la personnalité décrits et le jeu pathologique, contrairement au trouble de la personnalité antisociale et obsessionnelle.

Blaszczynski et Steel (1998) ont trouvé une grande fréquence de borderline (70 %), puis venaient les personnalités narcissiques (57 %), histrioniques (66%) et dépendantes (37 %), dans leur étude catégorielle de personnalités chez les joueurs pathologiques (n=82).
De même, Fernandez-Montalvo et Echeburua (2004) ont trouvé 32 % de troubles de personnalité dans une cohorte de joueurs pathologiques. La plus fréquente était la personnalité borderline (16 %) puis suivaient en fréquence la personnalité antisociale, paranoïde, narcissique et non spécifiques (8 % chacune).

Beaucoup d'études rapportent la cooccurrence fréquente de plusieurs troubles de personnalité. Dans leur étude de 1998, Blaszczynski et Steel retrouvaient en moyenne 4.7 (SD=2.8) troubles de personnalité de l'axe II du DSM par sujet. Ce phénomène reflète la complexité clinique, et également les limites des approches catégorielles actuelles des troubles de la personnalité, et permet de soulever l'intérêt d'une approche dimensionnelle. De plus, les instruments de diagnostics catégoriels tendent à créer des faux positifs et à parfois surestimer les troubles de personnalité.

2. Approche dimensionnelle

Quelques études se sont intéressées à une approche dimensionnelle, en se penchant particulièrement sur les dimensions de recherche de sensations et d'impulsivité.
Cette approche permet d'identifier des sous populations cliniques parmi le grand spectre que représente le jeu pathologique.

a. Les joueurs pathologiques, une population hétérogène

En effet, la population de joueurs pathologiques, et par extension de joueurs en général, semble être hétérogène, à l'image de ce qui prévaut pour beaucoup d'autres conduites de dépendance.
Il existe de grandes variations d'âges, de sexe, de catégories socio professionnelles et de psychopathologies.

- **Variations en fonction de l'âge**

Certains auteurs se sont intéressés aux variations de la psychopathologie et de la personnalité des sujets en fonction de l'âge (Gonzalez et al., 2005 ; Potenza et al., 2006).

Gonzalez et al. (2005) ont comparé les traits de personnalité de 3 groupes de joueurs pathologiques en demande de traitement selon leurs tranches d'âges (17-26 ans ; 27-43 ans et + 44 ans). Des différences significatives sont apparues concernant les traits de personnalité.

Les niveaux de recherches de sensations étaient plus élevés chez les sujets jeunes (17-26 ans) et décroissaient parallèlement à l'âge.

En outre, les sujets d'âge moyen (27- 43 ans) avaient des scores plus élevés au MMPI de dépression, d'hypocondrie et de psychopathie.

- **Variations en fonction du type de jeux**

Petry (2003) a comparé les caractéristiques de joueurs pathologiques en fonction du type de jeu de prédilection (Machines à sous, jeux de cartes, paris de chevaux, paris sportifs, loterie et grattage).

Elle ne s'est pas particulièrement intéressée à la personnalité, mais elle a trouvé des différences significatives et a ébauché une sorte de typologie en fonction des jeux.

Les hommes d'âge moyen (43 ans en moyenne) étaient joueurs de paris hippiques; il existait peu d'abus de substances associés mais plus de comorbidités psychiatriques, en particulier des troubles anxieux et des troubles mnésiques.

Les hommes plus jeunes (34 ans en moyenne) étaient parieurs sportifs. Il existait plus d'abus et de dépendances à l'alcool, mais moins de comorbidités psychiatriques. Ils cherchaient à entretenir un niveau d'excitation élevé par l 'usage concomitant de l'alcool et du jeu.

Les femmes étaient plutôt joueuses de machines à sous, d'âge plus élevé (moyenne= 47 ans). L'hypothèse que les femmes joueraient plus aux machines à sous dans un but de lutter contre la dysthymie et des histoires de traumatisme a été plusieurs fois avancée. Cette étude rapportait des comorbidités psychiatriques associées, en particulier des dépressions et des troubles anxieux chez les femmes.

Les joueurs de jeu à gratter et de loterie, jouaient différemment, c'est-à-dire des sommes plus faibles, mais plus fréquemment, et avaient un profil plus sévère. Ils rapportaient plus d'abus et de dépendances à l'alcool et aux substances associées que dans les autres groupes. De plus, il existait des troubles psychiatriques sévères : des antécédents de suicide (30 %) et d'hallucinations (15 %).

L'hypothèse émise par l'auteur est que les sujets ayant des pathologies psychiatriques sévères pouvaient avoir accès facilement à ce type de jeux du fait de leur disponibilité et du faible coût ; ils seraient plus vulnérables face à cette exposition.
Dans le cas des jeux de cartes, on est dans un type de jeu à la limite des jeux de hasard pur, comme on l'a évoqué plus haut. Les joueurs de cartes avaient des niveaux de sévérité du jeu, des comorbidités psychiatriques et addictives inférieures à tous les autres groupes. L'hypothèse émise par l'auteur était que les jeux de cartes demandaient une attention et un maintien du jugement, ce facteur conduirait les joueurs à garder une certaine maîtrise de son comportement (Petry, 2003).

Ces différences symptomatiques permettent d'émettre l'hypothèse de différences probables structurales et de personnalités en fonction de différents facteurs chez les joueurs pathologiques.

b. Recherche de sensations

La recherche de sensations est un concept que Zuckerman a développé dès 1964. Elle s'éloigne du concept pur de trait de personnalité du fait du peu de stabilité dans le temps. Mais ce trait de recherche de sensations se rapproche de l'extraversion décrite par Eysenck et de la recherche de nouveauté décrite par Cloninger (Feline et al., 2002).
Zuckerman a défini la Sensation Seeking Scale, qui évalue la recherche de sensations selon 4 facteurs principaux (Zuckerman et al., 1978) :

1) **Recherche de danger et d'aventures** (TAS), regroupant des items de goût du risque, de l'extrême.
2) **Recherche d'expériences** (ES), reflétant le besoin d'expériences nouvelles constantes.
3) **Désinhibition** (DIS) : besoin d'hédonisme, au travers d'activités sociales avec parfois des transgressions de règles établies.
4) **Susceptibilité à l'ennui** (BS), reflétant le fait que le sujet ne supporte pas la répétition, la routine et la solitude.

La dimension de recherche de sensations a été beaucoup décrite chez des sujets dépendants à des substances (alcool, opiacés,cocaïne) dans des études les comparant à des sujets contrôles (Martinotti et al., 2006).

Selon Zuckerman, le jeu est une source d'excitation, de stimulation et aurait ainsi une valeur de toxique. Il a assimilé le jeu à l'alcool et aux drogues. Il a suggéré un lien entre le trait de recherche de sensation et le jeu pathologique. Chez le joueur, l'attente du gain et le gain, mais les pertes également, génèrent de l'excitation et des sensations. Il se met alors est en quête permanente de ces ressentis.

Lejoyeux et al. (1998) ont étudié les niveaux de recherche de sensations et les niveaux d'impulsivité dans une étude contrôlée dans une population de sujets dépendants à l'alcool en demande de sevrage, en distinguant deux groupes en fonction de l'existence ou non d'une comorbidité « Trouble du contrôle des impulsions » (ICD), incluant donc le jeu pathologique. Il a utilisé dans cette étude la *Barratt Impulsive Scale* et l' *échelle de Zuckerman*.
Dans cette étude, il apparaît que le groupe joueur pathologique avait des niveaux de recherche de sensations significativement élevés, avec en particulier des niveaux élevés de recherche d'expérience et de désinhibition. Par ailleurs, les scores d'impulsivité ne différaient pas entre les sujets présentant une comorbidité jeu pathologique et les autres.
Les auteurs concluaient que dans cette population, le jeu pathologique serait plus lié à une désinhibition et à la recherche d'expérience qu'à l'impulsivité. Mais ces résultats concernaient un type de population particulier (dépendants à l'alcool, demandeurs de sevrage) et ne sont donc pas généralisables.

D'autres auteurs ont utilisé le modèle de Cloninger (*Tridimensionnal personality Questionnaire* ou *inventory*) pour l'approche dimensionnelle de la personnalité (Feline et al., 2002 ; Cloninger et al., 1993).
Ce modèle explore 4 dimensions. Un tempérament « équilibré », selon ce modèle, correspond à des scores moyens pour chaque dimension :

1) **La recherche de nouveauté**, décrivant la tendance de l'individu à rechercher des sensations fortes et nouvelles et à s'exprimer de manière impulsive dépensière et anticonformiste. Cette dimension est plus large que celle de recherche de sensations de Zuckerman.
2) **L'évitement du danger**, reflète la tendance à l'inquiétude, au doute, à l'anxiété, à la timidité et à la fatigabilité, corrélée à l'évitement et à l'inhibition face à la menace. Elle s'apparente en partie au névrosisme d'Eysenck.
3) **La dépendance à la récompense**, représente le niveau de dépendance interpersonnelle et de sentimentalité.
4) **La persistance** est une dimension qui évalue l'endurance et la capacité à persévérer.

Kim et Grant (2001), en utilisant le *TPQ*, ont comparé les traits de personnalité d'une population de joueurs pathologiques et de sujets atteints de troubles obsessionnels compulsifs. Bien que dans cette étude ils avaient exclus les sujets présentant un trouble de personnalité antisociale, les joueurs avaient des scores élevés de recherche de nouveauté. Ceci confirme l'hypothèse que la recherche de nouveauté chez les joueurs est indépendante des comorbidités antisociales.
Ces résultats ont été confirmés par une étude de Martinotti et al. (2006). Ils ont comparé des populations de joueurs non cliniques en différenciant les joueurs pathologiques des non pathologiques et des sujets contrôles. Ils ont retrouvé de manière significative des taux plus élevés de recherche de nouveauté dans le groupe de joueurs pathologiques par rapport aux deux autres.

Plusieurs auteurs ont avancé l'hypothèse que cette dimension de recherche de sensations serait liée à l'âge des sujets. Une étude espagnole retrouvait des niveaux de recherche de sensations avec l'échelle de Zuckerman significativement supérieurs, en particulier pour la recherche de danger et d'aventures chez des joueurs pathologiques âgés de 17 à 24 ans en comparaison à 2 groupes plus âgés de 24-43 ans et plus de 44 ans (Gonzalez et al., 2005).

Certains auteurs interprètent cette recherche d'expériences et de nouveauté des joueurs pathologiques comme des défenses contre la dépression et l'anxiété.
Les études rapportent des prévalences élevées de dépression et d'anxiété ; un lien a même été établi entre les comportements de jeu et les niveaux d'anxiété des sujets. Certains auteurs (Graham et Lowenfeld, 1986 ; Blaszczynski, 2002) ont défini un sous type de personnalité « réactionnelle à la dépression » en utilisant les résultats du MMPI chez des joueurs pathologiques. Mc Cormick (1994) a aussi décrit un sous-type de joueurs présentant une dysthymie chronique avec une dépressivité sous jacente, qui serait un facteur pronostique de rechute.
Par ailleurs, ce même auteur a également décrit une forte susceptibilité à l'ennui, en particulier chez certains joueurs pathologiques que l'auteur qualifiait d' « hyperactifs » ;ils seraient chroniquement sous stimulés et chercheraient donc constamment à éviter l'ennui. Lesieur et Blume (1991) ont caractérisé ces joueurs chercheurs de sensations et d'expériences « Action seekers ». Ces « sous types » de joueurs pathologiques auraient une mauvaise tolérance à l'ennui, la recherche de nouveauté et de sensations seraient plus importantes chez eux.
Selon plusieurs auteurs, en fonction du sous type sous jacent, on observerait des conduites de jeu différentes. Ceux ayant une forte susceptibilité à l'ennui joueraient plutôt à des jeux « à

sensations ». Ils ont souvent besoin de stimulations, d'être hyperactifs et en tension, avec une incapacité à ressentir des émotions et à se détendre.
Leurs jeux de prédilection sont souvent des jeux pouvant maintenir des niveaux d'excitation intenses et soutenus tels que les paris hippiques par exemple ; alors que les joueurs présentant un profil plus déprimé joueront plus volontiers à des jeux isolés socialement et répétitifs, aux machines à sous par exemple (Petry, 2003 ; Blaszczynski, 2002).

Mais d'autres auteurs n'ont pas trouvé de différences de niveaux de recherche de sensations entre des joueurs pathologiques et des sujets témoins.
Brand et al. (2005) se sont intéressés aux processus cognitifs de prise de décision chez les joueurs pathologiques (*Iowa gambling task*) et à la recherche de sensations (*echelle de Zuckerman*) chez des joueurs pathologiques en comparaison à des sujets contrôles. Ils n'ont pas retrouvé de différences de scores de recherche de sensations entre les joueurs et les sujets témoins. De même, Castellani et Rugle (1995) ne retrouvaient pas de niveaux de recherche de sensations plus élevés chez les joueurs pathologiques en comparaison à un groupe de sujets dépendants à l'alcool (Blaszczynski, 2002).
Ces différences peuvent s'expliquer en partie par des différences de matériels et de méthodes, et par la variation du nombre de patients. Mais ces études ont été menées dans différents pays et on pourrait aussi émettre une hypothèse de variabilité culturelle.

c. Impulsivité

Elle peut être décrite comme l'implication dans des conduites ou comportement produisant un effet immédiat positif, mais entraînant des effets négatifs à long terme (Logue, 1995). Inclure l'impulsivité comme trait de personnalité au sens strict pose les mêmes problèmes conceptuels que pour la recherche de sensations.

Les échelles utilisées pour l'évaluation des traits d'impulsivité des sujets sont la *Barratt Impulsive Scale* (Barratt, 1959) et *l'échelle d'impulsivité d'Eysenck* (Eysenck et Eysenck, 1977).
L'hypothèse du rôle de l'impulsivité chez les joueurs pathologiques est ancienne. Les études ne coïncident pas toutes, mais plusieurs auteurs ont retrouvé un moindre autocontrôle chez les joueurs comme chez les sujets dépendants à l'alcool (McCormick et al., 1987 ; Blaszczynski, 2002) et un niveau élevé d'impulsivité en comparaison à des témoins (Blaszczynski et al., 1997 ; Blaszczynski et Steel, 1998).
De même, Castellani et Rugle (1995) ont retrouvé des taux d'impulsivité plus élevés chez les joueurs pathologiques en les comparant à des sujets dépendants à l'alcool, mais sans augmentation de la recherche de sensations.

Blaszczynski (1999) a souligné la complexité de l'association entre le jeu et les traits d'impulsivité. L'impulsivité est une dimension difficilement dissociable des catégories de personnalité antisociale et de la psychopathie. Elle doit s'appréhender au travers d'un modèle complexe de structure de personnalité à la fois catégoriel et dimensionnel.

Ainsi, plusieurs auteurs ont décrit un modèle de joueur pathologique « antisocial impulsif » répondant à la fois aux critères de l'impulsivité et du trouble de personnalité antisociale. Ce sous groupe de joueurs pathologiques correspond au troisième sous-groupe selon la modélisation de Blaszczynski (2002) (cf plus haut). Ce sous groupe est caractérisé comme le plus sévère au niveau de la symptomatologie du jeu et des comorbidités associées.
Ils ont plus souvent des antécédents familiaux de jeu pathologique. Le début des troubles est précoce ; le niveau de sévérité du jeu est plus élevé. Il existe plus de comorbidités suicidaires et de dépendance(s) à des substances associées ; les traits de personnalité associés sont de type narcissiques et antisociaux et il existe fréquemment des troubles affectifs.
Les comportements criminels sont plus fréquents, même non liés au jeu dans l'histoire du sujet. La demande et la réponse aux traitements de ces sujets sont souvent mauvaises et l'inadaptation s'étend souvent à tous les domaines de la vie du sujet, au delà du jeu.
Plusieurs auteurs ont avancé l'hypothèse du rôle de l'impulsivité comme trait de personnalité sous jacent dans la co-occurrence de jeu pathologique et d'abus ou de dépendances à des substances.
Des hypothèses de vulnérabilité biologique, en particulier concernant le système dopaminergique) et génétique sous tendent ce sous-groupe « antisocial impulsif ».

Les auteurs ont rapproché les joueurs de ce groupe avec ceux ayant eu un déficit attentionnel de l'enfance. En effet, Carlton et al. ont conclu dans une étude chez des joueurs pathologiques qu'ils avaient plus d'antécédents de trouble hyperactif avec déficit attentionnel dans l'enfance (ADHD) que les sujets témoins (Rodriguez-Jimenez et al., 2006 ; Blaszczynski, 2002).
Rugle et Melamed (1993) ont trouvé des résultats similaires. Or si on considère que l'impulsivité est un trait important de l'ADHD, ces conclusions renforcent les hypothèses de liens entre impulsivité et jeu pathologique.

Cette dimension d'impulsivité est décrite comme la plus sensible au niveau clinique par plusieurs auteurs. Elle est indépendante du jeu, mais est un bon facteur prédictif de sévérité, au moins pour un sous groupe de joueurs.
Alessi et Petry (2003) ont mené une étude expérimentale analysant l'impulsivité des joueurs pathologiques en utilisant le « *delay discounting task* », test où les sujets ont le choix entre des petits gains immédiats ou un gros gain différé.

Ils ont retrouvé que la sévérité du jeu pathologique était proportionnelle au degré d'impulsivité, retrouvée par le questionnaire et testée par le « delay discounting task ».

Mais, comme pour le trait recherche de sensations, toutes les études ne retrouvent pas cette association entre impulsivité et jeu pathologique.
Allcock et Grace (1988) ont comparé les résultats aux échelles de Barratt et d'Eysenck de trois groupes cliniques de 10 sujets : un groupe de joueurs pathologiques, un groupe de dépendants à l'alcool et un groupe de dépendants aux opiacés, avec un groupe de 25 sujets témoins.
Ils en ont conclu que les joueurs n'étaient pas impulsifs, du fait d'une élévation des scores à l'échelle de Barratt pour les dépendants aux opiacés, mais une absence de différence significative entre les joueurs pathologiques et les témoins. (Cependant la puissance statistique de cette étude était faible).
Lejoyeux et al. (1998) retrouvaient des résultats comparables, mais dans une population de sujets dépendants à l'alcool ; il existait des traits élevés de recherche de sensations quand il y avait une comorbidité de trouble du contrôle des impulsions (jeu pathologique inclus) alors que le taux d'impulsivité n'était pas significativement modifié. Ce constat souligne que les deux outils d'évaluation, la Barratt impulsive scale et l'échelle de Zuckerman, n'explorent pas les mêmes domaines.
D'une manière générale, il existe peu d'études dimensionnelles de la personnalité des joueurs pathologiques disponibles à notre connaissance. Il est relativement admis qu'il existe des dimensions d'impulsivité et de recherche de sensations chez les joueurs pathologiques. Mais ces dimensions ne sont peut être pas caractéristiques de tous les joueurs.

d. Jeu pathologique et ordalie

D'autres auteurs comme M.Valleur ont développé l'importance du concept de conduites ordaliques dans le cadre du jeu pathologique.
La conduite ordalique, selon Valleur (2005), peut être définie par le sujet par le fait de s'engager de façon plus ou moins répétitive dans des épreuves comportant un risque mortel : épreuve dont l'issue ne doit pas être évidemment prévisible .Cette conduite a deux versants : l'abandon ou la soumission au verdict du destin mais aussi la tentative de maîtriser et de contrôler sa vie.
Plusieurs études vont dans ce sens, l'ordalie est retrouvée dans beaucoup d'études sur les addictions, quelque soit l'objet de la dépendance en question.

ANNEXE 4 :
Le problème spécifique des jeux sur Internet et plus particulièrement des jeux vidéos.

Parmi les facteurs recensés par M. Griffiths (2003) liés à l'impact de la technologie sur les pratiques de jeu, l'anonymat, l'accessibilité, la désinhibition, ainsi que les dimensions de confort et le caractère bon marché, sont mis en avant comme caractéristiques situationnelles susceptibles de favoriser des tendances addictives. Chez le joueur pathologique, qui après d'autres manières de jouer en arrive aux jeux en ligne, Internet peut être considéré tout au plus comme un dangereux médiateur, alors que pour certains utilisateurs intensifs d'Internet, les pratiques de JHA s'intègrent dans une gamme étendue de possibles addictions : cyber-relations, cyber-sexe, jeux vidéo…

La possibilité de jouer par l'intermédiaire de son téléphone portable est susceptible de majorer chez des sujets fragiles les risques d'abus et de dépendance en augmentant encore l'accessibilité et la fréquence des paris.

Cette éventualité de pouvoir rejouer très rapidement apparaît en effet comme un des éléments des plus déterminants en terme de risque de jeux pathologiques à travers la vitesse de récompense qu'il lui est liée, comme nous l'avons déjà évoqué. C'est peut être ce qui rend compte des taux de prévalence particulièrement élevés du jeu pathologique dans des sous-groupes de joueurs sur Internet comparés à d'autres joueurs. Ladd et Petry (2002), dans une étude réalisée auprès de consultants d'un centre de soins primaire dans le Connecticut, constataient ainsi que les joueurs Internet étaient plus souvent jeunes, non caucasiens et surtout trois fois plus souvent joueurs à risque et pathologiques que le groupe n'ayant pas d'expérience du jeu en ligne.

Ces données incitent à réfléchir de façon spécifique à la prévention aussi bien primaire que secondaire de ces pratiques de jeux appelées à augmenter de façon exponentielle dans les prochaines années. C'est l'objet d'un travail de Smeaton et Griffiths paru en 2004 dans Cyber Psychology and Behavior, à partir de l'étude d'une trentaine de sites spécialisés anglais. Constatant l'absence quasi systématique de références à une pratique mesurée et responsable du jeu au niveau de ces sites, les auteurs en viennent à formuler un certain nombre de recommandations à l'intention de l'industrie du jeu sur Internet et pour une pratique socialement responsable.

Parmi celles-ci on relèvera notamment :

- Le fait que les transactions ne puissent se faire qu'à l'aide d'une carte de crédit, garantie le contrôle de l'âge du joueur, d'après ces auteurs.

- L'importance que des informations précises soient apportées quant à la nécessité de garder le contrôle du jeu (c'est-à-dire aussi sur les risques de le perdre).

- L'importance qu'il n'y ait pas le moindre encouragement à réinvestir les gains comme à se refaire des pertes, et également que des pauses pré établies dans le jeu permettent au joueur de réfléchir à son envie de continuer, ou au contraire d'arrêter.

- Enfin l'intérêt qu'il y ait la possibilité pour les joueurs de s'exclure d'eux-mêmes pour au moins six mois et bien sûr d'avoir des informations quant aux possibilités d'aide et de soins.

Parmi les usages à risque d'Internet, **la pratique des jeux vidéo** (J.V.) est de ceux qui suscitent actuellement le plus d'interrogations et d'inquiétudes. Il faut tout de suite signaler que les échanges sur ces questions entre certains adolescents et leurs parents rencontrés en consultation témoignent de l'impact de l'écart générationnel qui s'y manifeste.

Bien que la littérature scientifique soit beaucoup plus restreinte qu'aux sujets des JHA, un nombre croissant de publications est consacré à ces possibles addictions aux jeux vidéo. Sans faire une revue de cette littérature, reportée à plus tard à l'occasion de l'expertise collective, il est difficile de ne pas aborder le sujet, au moins pour recenser quelques points de vue et soulever quelques questions ou points particuliers.

Beaucoup d'auteurs et par exemple en langue française J.Y Hayez (2006), M. Valleur et J.C. Matysiak (2003), ainsi que S. Tisseron (1999) insistent sur la nécessité de prendre en compte la complexité de la question de façon à éviter toute stigmatisation excessive. Il s'agit pour eux d'abord de reconnaître les vertus ludiques, éducatives et structurantes, voir auto-thérapeutiques, de pratiques, y compris intensives, des jeux vidéo pour la très grande majorité des jeunes et moins jeunes qui s'y adonnent.

Parmi les différents types de jeu vidéo, la plupart des auteurs s'accordent pour dire que ce ne sont ni les jeux d'actions, ni les jeux de réflexion, mais bien les jeux de simulation, et en particulier les jeux de rôle multijoueur (MMORPG) en univers dit persistant (c'est-à-dire d'une certaine façon sans fin) qui comportent le plus de risques de dérive addictive chez des sujets fragiles.

Parmi les facteurs les plus addictogènes liés à ces jeux, on avance des facteurs liés au produit lui-même, à sa disponibilité, au fait qu'il soit programmé pour inciter à un temps de jeu important (non sauvegarde des points sinon), ainsi que des facteurs liés au sujet du côté des possibilités d'identification au héros qui peuvent s'avérer aussi bien facteur de renarcissisation que piège du côté d'idéaux déconnectés de toute réalité, en cas de quête identitaire abyssale (cf. à ce sujet la thèse de M. Montanari, 2005).

Dans un dossier paru sur le site *jeuxonline,* site français dédié essentiellement aux MMORPG, nous retrouvons quelques données intéressantes concernant les MMORPG. Ainsi la communauté de joueurs de *Word of Warcaft 2 (WoW),* l'un des titres les plus populaires, représente actuellement près de 7 millions d'individus à travers le monde (40 % de Chinois, 15 % d'Européens). Le nombre estimé des abonnements à des jeux en ligne autour du monde est de 13 millions.

L'âge moyen donné ici est de 26-30 ans, rarement plus de 20 % de mineurs. Parfois on distingue deux tranches d'âge :

- les "vieux" venant du jeu de rôle de plateau dont l'objectif est essentiellement ludique, stratégique
- les "jeunes" venant de la génération console (FPS : First Person Shooting) dont l'intérêt ludique se trouve essentiellement dans les bagarres.

Les femmes ne représentent que 15 à 20 % des joueurs. Les catégories socioprofessionnelles sont plutôt favorisées, citadine avec plus de 50 % de travailleurs à plein temps. Le temps de jeu moyen donné est de 10 h/semaine.

Pour être considéré comme massivement multijoueur, un jeu doit au moins rassembler 32 joueurs en même temps. Pour être rentable étant donné les investissements, la durée de vie de ces jeux doit être maintenue au maximum, ce qui explique l'adjonction perpétuelle de nouvelles extensions ainsi que l'intérêt que peuvent avoir les firmes à fidéliser leur clientèle.

La majorité des jeux *on line* fonctionnent sur un système d'abonnement. (Achat du jeu, environ 60 € (puis les extensions) puis un abonnement mensuel pour maintenir son compte ouvert, environ 15 €). A ces coûts, on doit rajouter le prix de la connexion Interne (forcément Haut Débit) environ 25 €. On comprend aisément que la manne financière est essentiellement représentée par les abonnements d'où l'intérêt de fidéliser les joueurs (70 % de la clientèle d'un MMORPG reste plus de deux ans) et d'en attirer de nouveaux. Il est intéressant de noter que le prix de l'abonnement n'est plus proportionnel au temps de jeu passé ce qui pourrait

inciter certains joueurs à le "rentabiliser". L'étude du domaine financier comporte d'autres surprises. Ainsi, l'économie dans les jeux est calquée sur le modèle réel, basée sur une monnaie virtuelle. On retrouve des boutiques, des artisans et les joueurs ont une tendance à vouloir parer leur avatar des plus belles tenues, des plus belles armes… des enchères peuvent avoir lieu. Ce qui est plus troublant, c'est que certains sites (généraliste : *bey* ou spécialisé *ige*) proposent l'achat d'objets ou de services virtuels par de l'argent bien réel. Certain "joueurs" (polémique des *farmer* chinois) sont employés à passer un temps inouï sur la toile pour amasser des objets et les revendre. Après le marché du *Hardware* (matériel informatique), du *Software* (logiciels) on décrit maintenant le *Craftware* (objets virtuels). La réglementation juridique et fiscale est un véritable casse-tête, et pourtant le volume des échanges est estimé à 800 Millions de USD.
Certains sites (*entropia universe*) vont même plus loin en proposant d'échanger argent réel et virtuel indifféremment ce qui pose des problèmes aux banques centrales…

Il serait aussi intéressant de s'attarder sur les système de régulation, souvent d'autorégulation, établis pour éviter triche et filoutage (*pishing*). Thomas Gaon (site de l'OMNSH, ref 82), psychologue rattaché à l'OMNSH (Observatoire des Mondes Numériques en Sciences Humaines), a repéré comme facteurs de dépendance dans les MMORPG :

- durée illimitée
- caractère évolutif en développement perpétuel
- rentabilisation de l'abonnement
- illusion d'un contact social
- ressemblance entre le Réel et le Virtuel (substitution)
- place du joueur définie dans le monde virtuel

Il estime que 1 à 2 % des joueurs de MMORPG sont addicts.

Nous allons nous aider pour réfléchir à l'addiction spécifique aux JV, et notamment aux MMORPG, des travaux de N. Yee, travaillant au département communication de l'université de Stanford (cf site Internet, ref 190). Il travaille actuellement sur le *Daedalus Project*, vaste étude consacrée aux MMORPG.

L'étude proposée en ligne par un questionnaire accessible via les portails de 4 MMORPG a eu lieu sur quatre ans et a regroupé 3 000 utilisateurs. Ses résultats sont assez intéressants : Moyenne d'âge des joueurs : 26,5 ans. Temps passé en MMORPG par semaine : 22,72 h. On prend conscience de l'importance de l'activité et dans une tranche d'âge plus élevée que ce que ne laisserait présager l'imaginaire populaire. En détaillant les résultats, on ne retrouve que 25 % de "*teens*" et 8 % des répondants attestent passer plus de 40 h/semaine ?

L'étude se centre ensuite sur les motivations des joueurs : 40 items sont dégagés parmi lesquels : divertissement, communication, interaction entre les personnages, être quelqu'un d'autre, compréhension du monde réel… Une étude statistique réalisée ensuite a permis de catégoriser cinq classes fondamentales :

- *relationship (interaction-communication)*
- *manipulation*
- *immersion*
- *escapism (s'évader)*
- *achievement (réalisation, concrétisation)*

Ces dimensions varient significativement en fonction de la tranche d'âge et du sexe. Les traits *manipulation* et *achievement* sont inversement corrélées à l'âge. Les jeunes femmes sont essentiellement intéressées par les traits *manipulation et immersion*.

Yee s'interroge ensuite sur les relations établies par le net et rappelle la théorie de Walter attestant que les communications dites virtuelles (chat, MMORPG) sont plus intenses, plus remarquables et plus intimes. Cette CMC (*Computer Mediated Communication*) faciliterait les relations interpersonnelles.
Yee propose que les relations puissent être renforcées dans les MMORPG par un effet que nous pourrions résumer par "frère d'arme".

Concernant les usages problématiques à la question ; "vous considérez-vous comme addicts au JV ?", 50 % des participants ont répondu oui. Concernant le pouvoir addictogène du JV, N. Yee avance l'hypothèse qu'un grand nombre d'angoisses largement répandues dans la population (faible estime de soi) et phobies sociales peuvent être surmontées dans l'environnement virtuel.

En ce qui concerne les enjeux familiaux de ces pratiques, il faut constater que l'utilisation des jeux vidéo et *chats* par les enfants correspond actuellement à une plainte régulièrement formulée par les parents. Il est à noter que ce domaine des nouvelles technologies (NTIC : Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication) est un domaine où les enfants possèdent une avance "naturelle" sur les parents tant ils sont baignés dedans. Comment les parents peuvent-ils aider les enfants à réguler leur pratique, à faire qu'elle ne devienne pas envahissante lorsque par désintérêt ou mauvaise information ils ne comprennent pas les fondements de celle-ci.

D'un autre côté, on mesure aisément la signification d'une pratiques excessives des jeux vidéo lorsque l'adolescent voire le jeune adulte reste des heures au domicile familial à faire évoluer son avatar dans une quête de perfectionnement infinie en étant en contact avec des milliers d'internautes alors qu'il ne peut même pas discuter avec ses proches et qu'il ne peut pas affronter le monde extérieur ? On y retrouve en effet possiblement comme dans beaucoup d'autres registres addictifs un besoin externe de démarcation vis à vis d'un entourage familial par rapport auquel l'adolescent ressent un vécu de dépendance insupportable, et parfois la mise en place d'une sorte d'espace relationnel substitutif exclusif du fait d'éléments marqués de phobie sociale (ce qui revient à pointer aussi la fonction de compromis défensif et quelque part adaptatif de la conduite).

Une autre question régulièrement soulevée est celle de la violence des JV et de leur influence sur la "vie réelle" des joueurs.

Les jeux vidéo sont accusés de "rendre fou", de rendre violent et sont présentés dans les *mass média* comme le facteur responsable de la recrudescence de la violence des jeunes à notre époque. Ce phénomène a été observé lors de chaque avènement d'un nouveau média (TV, BD)

Qu'en est il des études internationales réalisées à ce sujet ?

Dans une étude longitudinale parue en 2005, Williams et Skoric étudiaient si l'exposition à des JV violents avait un impact sur la vie réelle. Après avoir rappelé que les études antérieures présentaient des résultats contradictoires, et que certaines études semblaient montrer que la TV pouvait par apprentissage, répétition, automatisation, formaliser des structures cognitives violentes, ils se demandaient si par extrapolation, le JV pourrait avoir les mêmes effets d'autant plus qu'il est possible dans les JV de passer à l'acte fantasmé. L'étude en elle-même concerne un jeu, un MMORPG (*Asheron's Call 2*) choisi pour son caractère techniquement abordable, même pour des novices, le haut degré de violence et l'interaction obligatoire entre les joueurs pour progresser dans cette quête.

Les deux hypothèses testées sont :
1 – pratiquer les JV entraîne une tolérance supérieure aux comportements violents
2 – la pratique des JV entraîne plus d'interactions sociales agressives.

Les résultats de cette étude ne confirment pas les hypothèses posées. Cependant on peut opposer à cette étude une durée relativement courte (un mois de pratique intensive), et une puissance insuffisante pour démontrer de petits effets.
Les auteurs pointent aussi la pénurie d'études concernant les adultes alors qu'il s'agit de la tranche d'âge la plus concernée.
L'importance de la réalité des simulations est aussi questionnée. Est-ce la même chose d'incarner un Chevalier ou un Elf dans un univers médiéval fantastique qu'un jeune rebelle dans un lycée dont le but est de cogner sur ses camarades et éventuellement ses professeurs ? De même qu'il est peut être différent de combattre virtuellement des "humains" ou des monstres ou des robots.
Les auteurs attirent l'attention sur le contexte dans lequel la pratique est réalisée. En effet, les résultats concordants de différentes études signalent que l'impact est totalement différent entre un jeu pratiqué seul chez soi, avec des camarades, des parents ou dans un cybercafé ou une LAN (*local Area Network* : sorte de compétition de JV).

On voit que cette étude au-delà de ses conclusions ne montrant pas d'effet évident sur la vie réelle soulève une multitude de questions.

Dans une autre étude, Douglas (2003) cherchait à évaluer la relation entre JV violents et

- comportements violents
- relation aux professeurs
- résultats scolaires

L'étude s'intéressait aussi à l'impact de la surveillance parentale.
Les auteurs rappellent tout d'abord un certain nombre de données antérieures ; l'utilisation des JV essentiellement par les garçons ; une pratique en plein essor (7h/semaine chez les 2-17 ans américains en 2002 selon une étude de Gentille et Walsh) ; les effets des JV et notamment de la quantité de JV sur les performances scolaires ; l'importance du contenu, de la qualité des JV ; des logiciels éducatifs ont permis une amélioration de résultats ; les effets du JV ont abouti à une hypothèse nommée « Déplacement » : la place prise par le JV réduirait d'autant la place consacrée à la lecture, aux interactions sociales avec les pairs et la famille ce qui serait responsable des troubles engendrés.

Douglas voit comme modérateur des données des études rapportées : la personnalité antérieure de l'enfant ; le rôle majeur des parents (*coviewing* / limitation de temps / Médiation, Temps de discussion autour du contenu des jeux ou des programmes / Vérification

du contenu (pictogrammes) lors de l'achat du jeu ; il s'interroge aussi sur la meilleure représentation de la réalité permise par les avancées technologiques constantes (mais avec le risque que la discrimination entre le réel et l'imaginaire devienne de plus en plus difficile, en dehors de toute confusion entre eux).

Les résultats de l'étude semblent confirmer les hypothèses avancées à savoir une corrélation entre les JV violents et le trait hostilité, les disputes avec les professeurs, la baisse des notes, une augmentation des bagarres. Etait aussi corrélé le faible investissement parental dans la surveillance et l'intérêt porté aux JV. L'implication parentale se trouvait corrélée statistiquement à une augmentation des notes et à une diminution des violences. Le type d'image présenté (réaliste, fantasy…) n'était pas évalué.
Cette étude démontre encore une fois la complexité du sujet avec des interactions multiples et des relations non linéaires.

Ce que nous retiendrons de ces études souvent contradictoires, c'est qu'elles confirment souvent les thèses soutenues à priori par les auteurs. Ainsi selon que l'on est pro ou anti JV, l'orientation des résultats est différente. Le sujet semble trop complexe pour obtenir une validation « scientifique » inattaquable. Ce qui semble ressortir avec force concerne finalement le cadre fourni à cette pratique à savoir l'implication parentale offrant des limites et un partage des émotions ressenties lors de ces pratiques.

Au delà c'est le rôle de l'image et la représentation du virtuel dans notre société et notre esprit qui font débat.

Michel Stora, fondateur de l'OMNSH, propose l'idée que la relation à l'ordinateur ou au JV permettrait d'enrichir le moi et de maintenir un environnement en puissance. Le JV représenterait l'interface entre l'équilibre narcissique et la maîtrise de l'objet. L'aspect illimité du jeu confirmant son fonctionnement oral. Le jeu vidéo permettrait de surmonter les servitudes associées aux exigences du corps. Il établit entre le joueur et le Bébé un parallèle reposant sur l'importance de la coordination visuohaptique et l'expérience de transmodalité. Il rapproche la découverte du *gameplay* d'un jeu des expériences précoces du nourrisson. Il souligne ensuite l'importance de l'image dans la société actuelle encore dominée par le média Télévision et rappelle le concept de « nurse cathodique » auquel de nombreux enfants des jeunes générations ont été ou sont exposés.

Selon lui l'intérêt majeur apporté par l'informatique et les JV réside dans la possibilité de « toucher l'image », d'avoir une relation active avec elle. Des études ont montré à quel point est impliqué le corps dans ces jeux pourtant associés à un préjugé de « passivité ». Dans ces jeux, l'individu peut à la fois expérimenter un moi grandiose régnant sur une civilisation dans une position déique ou être immergé en mode de vue subjective dans un FPS (*First Person Shooting*). Il compare le *gameplay* établi par les programmeurs à un surmoi virtuel auquel les joueurs se confrontent. Se posent ensuite les questions de la triche et du détournement de ces règles.

Dans « Manipuler la souris, une épreuve de théorie de l'esprit », Michel Stora (2004) rapporte son travail de DEA ayant consisté en l'étude de l'utilisation de l'outil informatique par des enfants autistes, et insiste sur la pertinence de cette observation pour évaluer chez ces enfants le niveau de conscience de soi et leur capacité à intégrer des représentations abstraites.

Serge Tisseron (1999) ayant beaucoup travaillé sur le pouvoir de l'image, et dans une forte parenté avec Stora, insiste dans un premier temps sur les intérêts du JV stimulant différentes capacités d'apprentissage (l'attention, la gestion de plusieurs tâches en même temps, la familiarisation avec de nouvelles technologies) et permettant un nouveau type de socialisation de bonne qualité. A propos des dangers qu'il perçoit des JV, il s'arrête sur le repli sur soi, mais selon lui la pratique intensive voire exclusive du JV est la conséquence d'un repli et non l'inverse. Le second problème concerne la confusion entre le réel et l'imaginaire. Là aussi une vision plutôt optimiste l'amène à penser que les enfants sont moins à même de confondre réel/virtuel que les parents ou la société environnante (publicité autour des jeux). Il rappelle aussi l'intérêt que constitue le JV de par la construction active qu'il implique. Concernant l'identification au héros, il oppose le « prêt à porter » du héros de cinéma au « sur mesure » de l'avatar de JV que l'on peut paramétrer à la demande.

Il réfléchit ensuite à nos relations avec ces nouvelles machines « pensantes » que sont les ordinateurs, c'est-à-dire à un nouveau mode de relation au monde des machines. Pour éviter la confusion entre le voir et le savoir, l'adhésion à l'illusion procurée par les images sans critique du contenu, il propose de réintroduire le corps, notamment celui du producteur de l'image (photographe, cinéaste, concepteur de JV) et de réfléchir à son point de vue, de rechercher les « failles de l'image » pour retrouver une réalité plus complexe, contradictoire qu'elle ne peut paraître. Un travail d'éducation aux images est essentiel pour lui.

Ann-Sofié Axelsson (2002, ref 170) réfléchit également sur les nouvelles technologies et les promesses de meilleures communications qu'elles contiennent intrinsèquement. Elle rappelle une étude de Claude Fisher ayant montré que le téléphone, autre révolution technologique avait finalement eu comme effet principal, non pas l'établissement de nouveaux liens, à longue distance, mais surtout de resserrer encore les liens des personnes déjà en contact. On ne peut s'empêcher de penser aux ados sautant sur leur clavier dès leur retour du collège ou de leur lycée pour « *chater »* avec leurs pairs qu'ils ont quitté à la descente du bus 5 minutes plus tôt…

Internet porte en lui la promesse d'un accès au monde entier, à ses habitants, à la connaissance. Il permettrait un lissage social, une plus grande liberté. Qu'en est-il vraiment ? Axelsson souligne que les relations hiérarchiques peuvent persister sur le Web et que les modes de relation dans le monde virtuel son souvent assez rigides. De plus, cette communication est soumise à une sélection basée aussi sur les limites de la technologie (vitesse de connexion, de processeur…), et parfois de la langue avec la prédominance de l'Anglais ? Elle réfléchit sur les nouveaux modes de rencontre passant souvent par la question *ASL,* pour *Age, Sexe and Location ?* question absente de la réalité du fait qu'elle est déduite de la situation alors qu'elle prend une importance fondamentale sur le réseau. On aurait pu espérer que le Web affaiblisse en partie ces barrières sociales alors que l'on constate qu'il les renforce, tout du moins qu'il les met au premier plan. L'auteur soutient finalement la thèse que l'Internet, outil aussi formidable qu'il soit, n'engendre pas automatiquement des relations égales et que ce domaine nécessite une éducation, une information et des aménagements ;

Pour la pratique, on notera que les critères les plus habituels en matière d'addictions, et notamment ceux de Goodman (1990), restent en clinique les plus à même de faire la part des choses entre ce qui est pratique intensive, voire même très intensive des jeux vidéo mais restant néanmoins compatible avec le maintien d'autres investissements essentiels (scolarité ou travail et relations notamment), et ce qui devient plus ou moins rapidement un enfermement synonyme de repli et de désinsertion. La constatation de troubles phobiques, et dans certains cas pré-psychotiques, antérieurs et associés, sera alors un élément supplémentaire d'orientation, définissant en outre des perspectives thérapeutiques essentielles pour le long terme. Autrement dit, comme cela est la règle en addictologie, en dehors de facteurs de vulnérabilité personnels, il est à priori difficile d'imaginer que la pratique même intensive des jeux vidéo puisse être à l'origine d'une addiction.

Annexe 5 :
Etude descriptive réalisée au CHU de Nantes (PHRC inter-régional Ouest 2006) : présentation résumée et synthèse des premiers résultats.

« Description d'un échantillon de joueurs pathologiques et à risque, suivis dans une structure de soins spécialisés en addictologie. »

Investigateur principal :

Mr le Professeur VENISSE – Chef de Service

Service d'Addictologie du CHU de Nantes

Centre de Soins Ambulatoires en Addictologie

9 bis, rue de Bouillé – 44000 Nantes

tél : 02.40.20.66.40 / fax : 02.40.20.66.41

e-mail : jeanluc.venisse@chu-nantes.fr

Co-investigateur :

Mme le Docteur GRALL-BRONNEC – Chef de Clinique Assistant

Service d'Addictologie du CHU de Nantes

Centre de Soins Ambulatoires en Addictologie

9 bis, rue de Bouillé – 44000 Nantes

tél : 02.40.20.66.40 / fax : 02.40.20.66.41

e-mail : marie.bronnec@chu-nantes.fr

Résumé :

En 2004, le chiffre d'affaires de la Française des Jeux s'élève à 8,5 milliards d'euros, celui du PMU à 7,5 milliards, avec une augmentation des mises de 90% en huit ans. Si les Français n'ont jamais autant rêvé de gagner le gros lot, ils n'ont surtout jamais autant perdu.

Sur la foi des études scientifiques internationales, on peut considérer que 1 à 3% des joueurs présentent une pratique ludique pathologique, caractérisée par l'installation d'une dépendance, le jeu occupant progressivement une place centrale dans la vie des sujets, prévalant sur tous les autres investissements habituels (affectifs, sociaux, professionnels...). Après la phase de gain, puis de perte, survient celle de désespoir, dont une issue possible est le suicide. Les joueurs pathologiques manifestent le plus souvent une grande souffrance psychologique, mais aussi sociale.

Alors que les autres conduites de dépendance font l'objet de politiques de santé publique particulièrement volontaristes, voire agressives (alcoolisme, tabagisme, toxicomanie), on ne peut que s'étonner de l'incurie touchant le jeu pathologique.
Quelques rares services hospitaliers français, à l'instar du service d'Addictologie du CHU de Nantes, ont développé des consultations spécifiques à l'usage des joueurs pathologiques. L'expérience clinique montre que les profils des joueurs diffèrent, et que l'offre de soins, pour gagner en efficacité, devrait tenir compte de ces caractéristiques.

Pour cela, il convient de décrire cette population particulière de façon exhaustive, ce qui n'a jamais été réalisé en France. Nous souhaitons ainsi mener une étude prospective, de type enquête, dont l'objectif principal, après constitution d'un échantillon de joueurs « à risque » et « pathologiques », sera de recueillir des données socio-démographiques et cliniques (histoire de la conduite addictive, comorbidités éventuelles, et surtout étude catégorielle et dimensionnelle de la personnalité), afin de confronter nos résultats à ceux de la littérature internationale.
Secondairement, nous souhaitons aussi tester la faisabilité de telles évaluations multiaxiales, en considérant ce travail comme préliminaire à une étude plus ambitieuse, prévue en 2007-2008, visant à comparer, sur une cohorte plus importante, les profils de personnalité de joueurs « à risque » et « pathologiques » en fonction du type de jeu auquel ils s'adonnent principalement. Les perspectives d'un tel travail seraient pronostiques et bien sûr thérapeutiques.

Tous les sujets consultant ou ayant consulté dans le service d'Addictologie se verront proposer la participation au projet. L'inclusion de 30 sujets constituera un compromis entre le petit nombre de joueurs consultant et les exigences statistiques minimales.
L'étude consistera en une unique évaluation (environ 8 heures, réparties en deux 1/2 journées, seule contrainte pour les sujets), reposant sur des instruments d'évaluation validés sur le plan international, dont la passation sera assurée par des cliniciens expérimentés. Les entretiens se dérouleront au Centre de Soins Ambulatoires en Addictologie.

L'analyse statistique des données sera descriptive, au moyen de pourcentages pour les variables qualitatives, et de moyennes et écart-types pour les variables quantitatives.

Méthodologie :

Plan expérimental :

Etude transversale descriptive, consistant en une unique évaluation.

Sujets :

Critères d'inclusion :

- âgés de 18 à 70 ans
- consultant ou ayant consulté depuis 2000 dans le service
- diagnostiqués selon les critères du DSM-IV comme joueurs à risque (2-4 critères positifs) ou joueurs pathologiques (≥ 5 critères positifs)

Critères d'exclusion :

- présence d'un épisode (hypo-) maniaque expliquant directement et chronologiquement la pratique pathologique du jeu
- présence de troubles des fonctions supérieures
- présence de difficultés pour la lecture ou l'écriture de la langue française

Evaluation

- caractéristiques socio-démographiques
- pratiques de jeu : * section jeu pathologique du DSM-IV
  * South Oaks Gambling Screen (SOGS)
  * questionnaire ouvert sur le parcours de jeu (élaboré par le service)
- comorbidités d'axe I : * Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)
  * Addictions Severity Index (ASI)
- comorbidités d'axe II et dimensions de personnalité :
  * Structured Clinical Interview for DSM-IV axis II personality disorders (SCID-II)
  * Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI-2)
  * Sensation Seeking Scale (SSS)
  * Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11)
  * 20-items Toronto Alexithymia Scale (TAS-20)

Analyses statistiques

Nombre de sujets à inclure : taille de l'effectif en fonction de la disponibilité des sujets

Variables qualitatives : décrites par des pourcentages

Variables quantitatives : décrites par des moyennes et des écarts-types

Résultats :

La file active du service d'Addictologie comptait 46 patients ayant un problème de jeu. Onze d'entre eux n'ont pas reçu le courrier adressé par l'équipe de recherche, faute d'adresse valide. Dix sujets ont répondu, mais ont refusé de participer à l'étude (le refus de participer était plus lié à une indisponibilité qu'à toute autre cause).

Au total, 25 sujets ont donc été inclus. Ils se sont tous prêtés à une évaluation complète, malgré sa durée (5h40 en moyenne), témoignant d'un très bon accueil de l'étude par les patients du service. L'analyse des résultats a cependant porté sur les données de 24 sujets ; les résultats aberrants aux échelles de validité du MMPI-2 pour l'un des sujets nous a incité à considérer l'ensemble de ses réponses comme non fiables.

1. Caractéristiques des sujets

a) Caractéristiques socio-démographiques

Tableau 1 : caractéristiques socio-démographiques des sujets (N = 24).

Variables		Pourcentages	Moyennes (écart-types)
Age (années)			43,8 (10,7)
Sexe	- Masculin	79,2 %	
	- Féminin	20,8 %	
État civil	- Célibataire	25,0 %	
	- Séparé(e) ou divorcé(e)	29,2 %	
	- Marié(e) ou en couple	45,8 %	
Nombre d'enfants			1,5 (1,3)
Conditions de vie	- seul	41,7 %	
	- avec un parent / conjoint	54,2 %	
	- en institution	4,2 %	
Niveau d'éducation	- Certificat d'études primaires	4,2 %	
	- BEPC	8,3 %	
	- CAP / BEP	45,8 %	
	- Baccalauréat / études supérieures	41,7 %	
Statut professionnel actuel	- En activité	62,5 %	
	- Chômage / Invalidité / CLD / Retraite	37,5 %	
Catégorie socioprofessionnelle	- Ouvrier / Employé	70,8 %	
	- Cadre / Profession libérale	29,2 %	

La moyenne d'âge (min = 25 ans, max = 63 ans : IC à 95 % [39,3 – 48,3]) était plus élevée pour les femmes (49,2 ans) que pour les hommes (40,2 ans) (tableau 1).

b) Caractéristiques liées à la pratique du jeu

L'échantillon est constitué d'une très large proportion de joueurs pathologiques : 22 joueurs pathologiques (91,7 %) versus 2 joueurs à risque (8,3 %), selon les critères du DSM-IV.

La sévérité de la pathologie a été évaluée par le SOGS. Les scores du SOGS étaient tous ≥ 5, allant de 9 à 16 / 20. Le score moyen lors de la passation de cet instrument est de 12,3 / 20 (sd = 2,5) pour notre échantillon.

L'âge de début de la pratique ludique variait de 12 à 53 ans, soit en moyenne 25,3 ans (sd = 12,1). Onze sujets avaient démarré leurs conduites de jeu entre 20 et 40 ans (45,8 %), neuf sujets avaient débuté avant 20 ans (37,5 %) et 4 d'entre eux après 40 ans (16,7 %).

La durée moyenne des parcours de jeu des sujets au moment de l'évaluation était de 18,5 ans. Les durées oscillaient selon les individus de 1 an à 51 ans.

Il semble exister une distribution bimodale du jeu de prédilection, avec un pic pour le casino et un autre pour les paris sportifs.

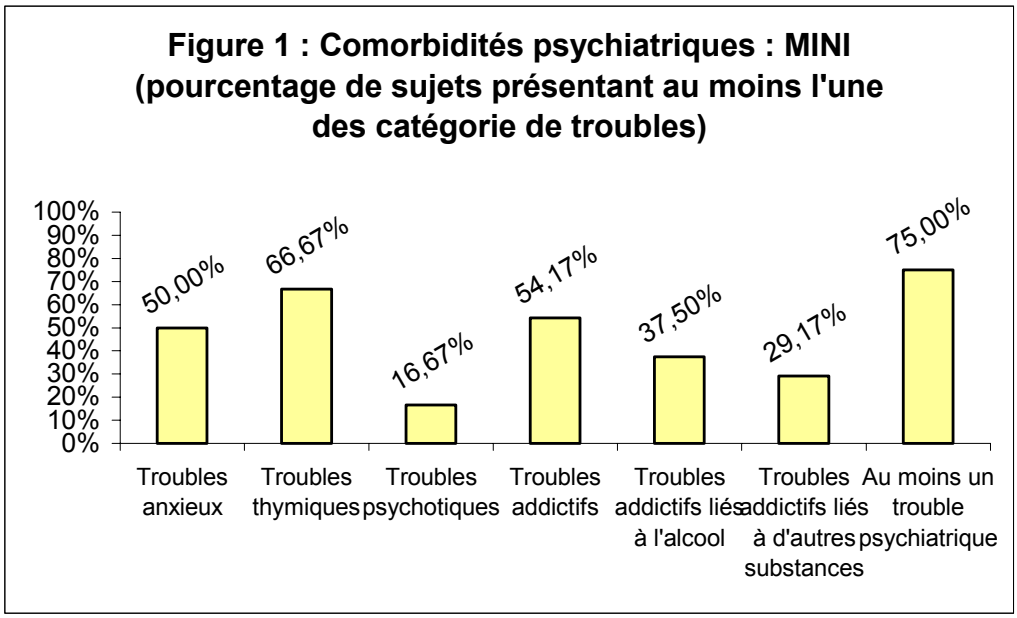
Casino (dont sur Internet)	Paris sportifs (dont PMU)	Loteries instantanées ou pluriquotidiennes
41,7 %	45,8 %	12,5 %

Une écrasante majorité des sujets consultaient régulièrement dans le service, puisque 70,8 % consultaient au moment de l'étude, 12,5 % avaient récemment pris contact avec le service pour débuter une prise en charge et 16,7 % seulement avaient arrêté les soins. De plus, 62,5 % de l'échantillon participait au groupe de parole mensuel destiné aux joueurs.

Le montant moyen des pertes financières liées au jeu était de 419 261 €, et 62,50 % ont reçu une aide financière de leur entourage (majoritairement des parents : 63,64 %).

Malgré ces difficultés financières, plus de la moitié des sujets (54,2 %) n'avait effectué aucune démarche pour être interdit de casino et les trois-quarts n'avaient pas demandé de curatelle.

2. Comorbidités d'axe I



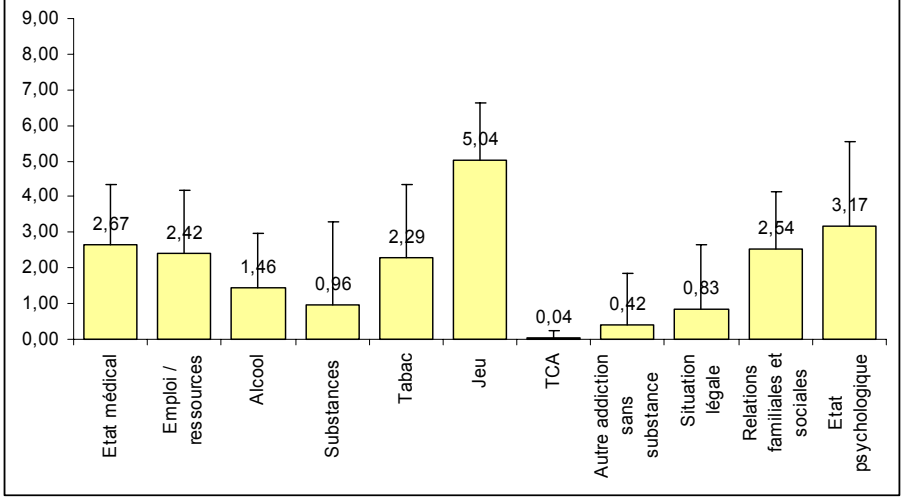
Les troubles les plus fréquemment retrouvés dans l'échantillon sont les troubles thymiques (66,7 % : épisode dépressif, dysthymie, épisode maniaque ou hypomanie, troubles de l'humeur avec caractéristiques psychotiques) (figure 1). Parmi ces troubles, la comorbidité dépressive était très fréquente (58,4 %). De plus, le risque suicidaire actuel était considéré comme léger pour 20 % des sujets et élevé pour 16 % d'entre eux. Lorsqu'on considère l'ensemble des sujets présentant un risque suicidaire, 44,5 % d'entre eux ne souffraient pas actuellement d'épisode dépressif majeur.

Suivent ensuite les troubles addictifs (54,2 %), incluant la dépendance et l'abus d'alcool, la dépendance et l'abus d'autres substances et les troubles du comportement alimentaires. La majorité des troubles addictifs étaient liés à l'alcool (37,5 %), et aucun cas de trouble du comportement alimentaire n'a été retrouvé dans l'échantillon.

Les troubles anxieux (trouble panique, agoraphobie, phobie sociale, troubles obsessionnel compulsif, état de stress post-traumatique, anxiété généralisée) étaient également souvent retrouvés (50 %).
En outre, un tiers de l'échantillon a souffert d'un trouble panique.

Enfin, les troubles psychotiques étaient les moins représentés dans l'échantillon (16,7 %).

Figure 2 : Evaluation multifactorielle : ASI



Le seul score de sévérité de l'ASI à dépasser le seuil clinique (4) était le score concernant le jeu (figure 2). Les scores de la section jeu étaient inférieurs à 4 (le seuil clinique) pour 11 sujets et supérieurs à 4 pour 13 sujets. La moyenne des scores de sévérité de la section jeu était de 5 / 9, avec un intervalle de confiance à 95 % de [4,38 à 5,71].

Au niveau des sections substances de l'ASI, 4 sujets avaient des scores positifs de 3 à 8, soit un score de sévérité moyen de 5,7 pour ces 4 sujets présentant des problèmes liés aux substances. Les 20 autres sujets avaient des scores nuls.

3. Comorbidités d'axe II et dimensions de personnalité

a) Etude catégorielle de la personnalité

Tableau 2 : Répartition des troubles de personnalité observés dans notre population de joueurs pathologiques ou à risques selon le SCID II

Type de personnalité	Effectif	Répartition en % par rapport à la population totale de l'étude
Total	N=24	100 %
% de TP	13	54,2%
Cluster C	**6**	**25**
Evitante (E)	4	**16,6**
Dépendante (D)	0	0
Obsessionnelle compulsive (OC)	2	8,3
Passive agressive (¨PA)	1	4,2
Cluster A	**5**	**20,8**
Paranoïaque (Par)	4	**16,6**
Schizotypique (S.typ)	2	8,3
Schizoïde (S.oïd)	1	4,2
Cluster B	**7**	**29,2**
Histrionique (H)	0	0
Narcissique (N)	0	0
Borderline (BDL)	6	**25**
Antisociale (AS)	4	**16,6**

Dans notre étude, 13 sujets, soit 54,2 % de l'échantillon, répondaient aux critères d'au moins un trouble de la personnalité selon le SCID-II (tableau 2). Parmi eux, 9 sujets avaient un trouble de la personnalité isolé (soit 69,2 % des sujets ayant au moins un trouble de la personnalité) et 4 sujets associaient plusieurs troubles (2 troubles pour 3 sujets et 3 troubles pour 1 sujet). Le nombre moyen de troubles de la personnalité catégoriels par personne chez les sujets ayant au moins un trouble de personnalité était de 1,4.

La répartition des troubles diagnostiqués selon les clusters était assez équilibrée : 7 diagnostics de troubles du cluster B (29,2 %), 6 du cluster C (25 %) et 5 du cluster A (20,8 %) (tableau 2).

La personnalité pathologique la plus représentée dans notre échantillon était la personnalité borderline, chez 6 sujets, soit 25 % de l'échantillon. Suivaient ensuite en proportion égale les personnalités paranoïaque, antisociale et évitante (n = 4, soit 16,6 %pour chacune).

Parmi les sujets présentant un trouble de personnalité borderline, la majorité (4 sujets sur 6, soit 66,6 %) présentaient d'autres troubles de personnalité associé. Ces troubles associés étaient pour la moitié d'entre eux (2 sujets) le trouble de personnalité antisociale et pour l'autre moitié (2 sujets) le trouble de personnalité évitante (dont un sujet qui présentait également un troisième trouble de personnalité passive-agressive).

Par ailleurs, 2 sujets présentaient un trouble de personnalité obsessionnelle-compulsive (8,3 %) et 1 sujet un trouble de personnalité schizoïde (4,2 %).

Aucun cas de trouble de personnalités dépendante, narcissique et histrionique n'a été retrouvé dans l'échantillon.

b) Etude dimensionnelle de la personnalité

- Evaluation dimensionnelle : le MMPI-2

1

2 **Tableau 3 : Moyennes et Intervalles de confiance à 95% des scores du MMPI**

Echelle MMPI	Moyenne de T-score	Intervalle de confiance à 95%
Echelles de validité		
Echelle L (mensonge)	51,6	[47.0 - 56.2]
Echelle F (rareté)	58,1	[54.4 - 61.8]
Echelle K (correction)	45.0	[41.0 - 48.9]
Hypocondrie	56.9	[50.5 - 63.3]
Dépression	61.6	[55.8 - 67.5]
Hystérie	55.8	[49.5 - 62.0]
Déviation psychopathique	57.8	[53.7 - 61.8]
Masculinité-Féminité	50.5	[46.0 - 55.0]
Paranoïa	55.8	[49.6 - 62.0]
Psychasthénie	60.8	[54.7 - 67.0]
Schizophrénie	59.5	[54.5 - 64.5]
Manie	52.4	[46.5 - 58.2]
Introversion sociale	54.1	[49.4 - 58.7]

Les moyennes au MMPI-2 étaient plus élevées pour les items de dépression et de psychasthénie (moyenne > 60 et intervalles de confiance allant au-delà de 65 de T score) (tableau 3).

Puis de 55 à 60 de moyenne, on retrouvait les items de schizophrénie (59.5), déviation psychopathique (57.8) et l'hypocondrie (56.9) puis avec des moyennes inférieures l'hystérie et la paranoïa (moyennes de 55).

Au niveau monodimensionnel, on retrouvait des scores significatifs (T-score >65) de dépression chez 11 sujets, soit 45.8 % des sujets. De même, les dimensions de psychasthénie et d'hypocondrie étaient retrouvées significativement élevées (T-score >65) chez 9 sujets, soit respectivement 37.5 % sujets pour la première et 6 sujets soit 25% du nombre total de l'échantillon pour la seconde.

Puis on retrouvait des pourcentages similaires de 16.6% (n=4) pour les dimensions de déviation psychopathique, d'hypomanie et de paranoïa.

Les dimensions les moins retrouvées étaient celles de masculinité/féminité (n=3 pour chacune, soit 12.5%) et celles d'hystérie de conversion et de schizophrénie (n=2 pour chacune, soit 8.3% des sujets).

Quand on considérait un modèle bidimensionnel, c'est-à-dire les deux dimensions pour lesquelles chaque sujet avait les scores les plus élevés, on retrouvait que l'association bidimensionnelle la plus représentée était celle de l'Hypocondrie et la Dépression (n=4 sujets, soit 16.6 %). Puis on retrouvait à égale répartition 3 profils différents (n=2 pour chaque profil, soit 8.3%) : hypocondrie et hystérie, dépression et inhibition sociale et déviation psychopathique associée à l'hypomanie.

- Mesure de la recherche de sensations

Tableau 4 : Résultats des scores à l'échelle de recherche de sensations de Zuckerman, moyennes et intervalles de confiance

	Moyenne	IC 95 %
Score total /40	18,4	[14,9-21,8]
Goût du danger et de l'aventure /10	5,2	[3,7 - 6,6]
Recherche d'expérience /10	5,5	[4,7 - 6,4]
Désinhibition /10	4	[3,0 - 5,1]
Susceptibilité à l'ennui /10	3,6	[2,4 - 4,8]

Les moyennes des scores de goût du danger et de l'aventure et de recherche d'expériences étaient relativement élevées au dessus de 5/10 (tableau 4).

Les sujets présentant un trouble de personnalité antisociale (n= 4) tendaient à avoir des scores de recherche de sensations plus élevés au niveau global et pour tous les sous scores. La moyenne du score global pour eux était de 29.5 (écart de 29 à 32). Celle du goût du danger et de l'aventure était à 8.5, la recherche d'expériences à 6.25, celle du score de désinhibition était de 6.75 et la susceptibilité à l'ennui à 8. Mais l'effectif étant petit, on ne pouvait que parler de tendance.

- Mesure de l'impulsivité

Tableau 5 : Résultats des scores de Barratt Impulsive Scale, moyennes et intervalles de confiance 95%

	Moyenne
Score total /100	59
Identification /35	20.8
Description /25	16.9
Pensées extérieures /40	21.3

On retrouvait des scores moyens au dessus de la moyenne pour le score total et pour chaque sous score. Proportionnellement, le score de difficultés de planification tendait à être le plus élevé, avec un intervalle de confiance à 95 % assez serré de 26.1 à 29.7 /44.

Les sujets présentant une personnalité antisociale avait des scores relativement plus élevés. La moyenne du score total était de 82.2 dans ce sous groupe. Il y avait une différence au niveau de l'impulsivité motrice (29.7 en moyenne) et des difficultés de planification (31.7 en moyenne). La moyenne pour l'impulsivité cognitive était aussi un peu supérieure dans le groupe antisocial par rapport à la moyenne de tous les joueurs.

- Mesure de l'alexithymie

Tableau 6 : Résultats des scores de 20-items Toronto Alexithymia Scale, moyennes

	Moyenne	**IC 95 %**
Score total /120	69.9	[65,2 - 74,5]
Impulsivité motrice /44	24.4	[22.4 - 26.4]
Impulsivité cognitive /32	17.5	[15.8 - 19.1]
Difficultés de planification /44	27.9	[26.1 - 29.7]

Le score global d'alexithymie apparaît largement au dessus de la moyenne (59,00 / 100 ; sd = 10,73). Le sous-score d' « identification » tendait à être le plus élevé (20,8 / 35 ; sd = 6,50), suivi de près par le sous-score de « description » (16,92 / 25 ; sd = 3,99) (tableau 6).

On peut aussi noter que deux tiers des sujets de l'échantillon (N = 16, soit 66,7 %) avaient un score global à la TAS-20 supérieur à 56, la note seuil du questionnaire.

Conclusion :

L'objectif de ce travail était de décrire de façon précise un échantillon de joueurs à risque et pathologiques français, consultant dans une structure de soins spécialisés en Addictologie, sur un ensemble de variables, et de confronter nos résultats à ceux de la littérature internationale.
Nos résultats concernant les données socio-démographiques vont globalement dans le sens de ceux retrouvés dans la littérature internationale (prédominance masculine, population d'âge moyen, sujets majoritairement célibataires, séparés ou divorcés, actifs pour la plupart, avec un niveau d'éducation relativement faible) (Ladouceur et al., 2005 ; Petry et al., 2005).

Donnée originale de ce travail, nous nous sommes attachés à décrire les caractéristiques de la pratique ludique. Parmi les données les plus rares dans la littérature internationale, on peut citer un âge moyen de début de la pratique de jeu autour de 25 ans, malgré un âge moyen des sujets de 43,8 ans. Il peut alors s'agir d'une demande de prise en charge tardive ou d'une arrivée tardive de la dépendance.

L'étude des troubles psychiatriques selon l'axe I du DSM-IV confirme le poids des comorbidités. En cela, nous reproduisons globalement les résultats de travaux internationaux (Ladouceur et al., 2005 ; Petry et al., 2005 ; Kim et al., 2006 ; Kruedelbach et al., 2006), hormis pour les troubles psychotiques comorbides, ayant donné lieu à peu de publications jusqu'à présent. Une hypothèse explicative de la relative haute fréquence de ces troubles est la particularité des distorsions cognitives rencontrées chez le joueur pathologique, qui pose la question du diagnostic différentiel quand on utilise des outils diagnostiques peu discriminants comme le MINI.

Concernant l'étude catégorielle de la personnalité, nos résultats sont concordants avec la littérature internationale (Petry et al., 2005 ; Blaszczynski et Steel, 1998). L'approche dimensionnelle confirme que les joueurs pathologiques partagent avec les sujets souffrant d'une autre forme d'addiction un niveau élevé d'impulsivité et d'alexithymie (Patton et al., 1995 ; Parker et al., 2005). Nous attendions un score de recherche de sensations plus élevé, même si des travaux précédents rapportaient déjà ce résultat (Linnet et al., 2006). Le choix de la population d'étude peut en rendre compte : nous supposons que la prise en charge thérapeutique permet aux sujets de mieux contrôler leur besoin de rechercher des sensations fortes, démasquant alors de façon plus évidente la dimension alexithymique.

Au niveau du cadre proprement dit de l'étude, il est particulièrement intéressant de relever que nous ne rapportons aucune donnée manquante, et que l'ensemble des joueurs s'est prêté avec une grande disponibilité à une évaluation complète (malgré sa longueur). Ceci témoigne d'une part de l'intérêt que portent les patients à ce type de travail et d'autre part de la faisabilité de l'évaluation, nous incitant alors à poursuivre nos projets de recherche dans ce domaine.

Dans le prolongement de ce travail, nous souhaitons ainsi réaliser une étude multicentrique visant en particulier à mesurer les pensées dysfonctionnelles, ou distorsions cognitives, mises à l'œuvre par le joueur, en fonction de son type de jeu de prédilection. Les perspectives d'un tel travail sont thérapeutiques, en particulier pour adapter les propositions de soins en fonction des profils.

ANNEXE 6 :

Projets de recherche multi-centriques récemment déposés sur le thème à l'appel d'offre MILDT et PHRC national 2007 : Présentation résumée.

Projet pour l'appel d'offre MILDT, INCa, INSERM 2006

Étude multicentrique comparative visant à déterminer les facteurs conditionnant le recours aux soins chez les joueurs pathologiques.

	Responsable scientifique	Titre et Appartenance	Nom du Directeur du laboratoire	Appartenance N° U. si INSERM	Ville
I	Jean-Luc VENISSE	PU / PH CHU de Nantes	Jean-Luc VENISSE	CHU de Nantes	Nantes
	Responsable d'équipe	Titre et Appartenance	Nom du Directeur du laboratoire	Appartenance N° U. si INSERM	Ville
	Philip GORWOOD	PU / PH Faculté X Bichat	Philip GORWOOD	Faculté X Bichat / U675	Paris
B	Marc VALLEUR	PH Hôpital Perray-Vaucluse	Marc VALLEUR	Hôpital Perray-Vaucluse	Paris
C	Marc AURIACOMBE	PU / PH Université Bordeaux 2	Marc AURIACOMBE	Laboratoire de psychiatrie / JE2358	Bordeaux
D	Christian BUCHER	PH CH de Jury	Claude JACOB	CH de Jury	Metz

2.1.1. RESUME

En 2005, le chiffre d'affaires de la Française des Jeux s'élevait à 8,93 milliards d'euros, celui du PMU à 8,01 milliards et celui des casinos à 18,91 milliards, avec une augmentation des mises de 90 % en huit ans. Si les Français n'ont jamais autant rêvé de gagner le gros lot, ils n'ont surtout jamais autant perdu. D'après la littérature scientifique internationale, on peut considérer que 1 à 3 % des joueurs présentent une pratique ludique pathologique, caractérisée par l'installation d'une dépendance, le jeu occupant progressivement une place centrale dans la vie des sujets, prévalant sur tous les autres investissements habituels (affectifs, sociaux, professionnels,…). Les joueurs pathologiques manifestent le plus souvent une grande souffrance psychologique, mais aussi sociale.

Quelques rares services hospitaliers français ont développé des consultations spécifiques à l'usage des joueurs pathologiques. L'expérience clinique montre que les profils des joueurs diffèrent, et que l'offre de soins, pour gagner en efficacité, devrait en tenir compte, ce que souligne la littérature internationale récente.

Pour cela, il convient de déterminer les facteurs conditionnant le recours aux soins chez les joueurs pathologiques. Nous souhaitons ainsi mener une étude transversale multicentrique visant à comparer les profils des joueurs, notamment en terme de comorbidités, entre différents groupes : des joueurs non pathologiques, des joueurs pathologiques non consultant et des joueurs pathologiques consultant. Secondairement, nous pourrons déterminer les modalités du passage d'une pratique sociale du jeu à une pratique pathologique.

Tous les sujets consultant ou ayant consulté dans un des centres participant à l'étude se verront proposer la participation au projet. L'étude consistera en une unique évaluation reposant sur des instruments d'évaluation validés sur le plan international. Les entretiens se dérouleront dans les différents centres participant à l'étude pour les joueurs consultant et directement dans les lieux de pratique des jeux pour les deux autres groupes. Des questionnaires seront de plus remis à ces derniers afin qu'ils les remplissent à leur domicile et les renvoient aux différents centres. Un dédommagement en bon FNAC indemnisera les sujets ayant correctement rempli et renvoyé les questionnaires. Une analyse génétique sera également réalisée auprès des joueurs consultant.

Les perspectives d'un tel travail sont pronostiques et bien sûr thérapeutiques, ainsi qu'appliquées au domaine de la prévention.

PROGRAMME HOSPITALIER DE RECHERCHE CLINIQUE national 2007

Jeu pathologique et distorsions cognitives, selon le type de jeu de prédilection.

« Etude multicentrique transversale comparant les niveaux de distorsions cognitives des joueurs pathologiques, selon le type de jeu auquel ils s'adonnent principalement. »

INVESTIGATEUR COORDONATEUR

Mr le Professeur VENISSE – Chef de Service du service d'Addictologie du CHU de Nantes
Centre de Soins Ambulatoires en Addictologie
9 bis, rue de Bouillé – 44000 Nantes
tél : 02.40.20.66.40 / fax : 02.40.20.66.41
e-mail : jeanluc.venisse@chu-nantes.fr

CO-INVESTIGATEUR

Mme le Docteur GRALL-BRONNEC – Chef de Clinique Assistant du service d'Addictologie du CHU de Nantes
Centre de Soins Ambulatoires en Addictologie
9 bis, rue de Bouillé – 44000 Nantes
tél : 02.40.20.66.40 / fax : 02.40.20.66.41
e-mail : marie.bronnec@chu-nantes.fr

EQUIPES ASSOCIEES

*** hôpital Louis Mourier à Colombes :**

Investigateur principal :

Pr Philip Gorwood (PUPH)
INSERM U675
Faculté Xavier Bichat
16 rue Henri Huchard
75018 Paris
01.44.85.63.47
philip.gorwood@bichat.inserm.fr

Co-investigateur :

Pr Jean Adès (PUPH)
Hôpital Louis Mourier
Service de psychiatrie
178 rue des Renouillers
92701 Colombes cedex
01.47.60.64.09
jean.ades@lmr.aphp.fr

*** centre médical Marmottan à Paris :**

Investigateur principal :

Dr Marc Valleur (PH)
Centre médical Marmottan (EPS Perray-Vaucluse)
17 rue d'Armaillé
75017 Paris
01.45.74.00.04
clotilde.carrandie@ toxibase.org

Co-investigateur :

Dr Michel Hautefeuille (PH)
Centre médical Marmottan (EPS Perray-Vaucluse)
17 rue d'Armaillé
75017 Paris
01.45.74.00.04
michel.hautefeuille@toxibase.org

*** centre hospitalier de Jury les Metz à Metz :**

Investigateur principal :

Dr Christian Bucher (PH)
Intersecteur des Pharmacodépendances de la Moselle
CH de Jury les Metz
BP 91084
57038 Metz cedex 1
03.87.56.39.60
christian.bucher@ch-jury.fr

Co-investigateur :

Dr Claude Jacob (PH)
Intersecteur des Pharmacodépendances de la Moselle
CH de Jury les Metz
BP 91084
57038 Metz cedex 1
03.87.56.39.60
claude.jacob@ch-jury.fr

Résumé :

Contexte : En 2005, le marché des jeux a représenté en France une dépense brute totale de 35,85 milliards d'euros. Si les Français n'ont jamais autant rêvé de gagner le gros lot, ils n'ont surtout jamais autant perdu. Sur la foi des études scientifiques internationales, on estime à 1-3% la prévalence en population générale du jeu pathologique. Celui-ci se caractérise par l'installation d'une dépendance, le jeu occupant progressivement une place centrale dans la vie des sujets, prévalant sur tous les autres investissements habituels (affectifs, sociaux, professionnels...). Les joueurs pathologiques manifestent le plus souvent une grande souffrance psychologique, mais aussi sociale.

Objectif : Quelques rares services hospitaliers français ont développé des consultations spécifiques à l'usage des joueurs pathologiques. L'expérience clinique montre que les profils des joueurs diffèrent et que l'offre de soins, pour gagner en efficacité, devrait en tenir compte. Notre hypothèse est qu'il n'existe pas un profil-type de joueurs pathologiques mais que leurs caractéristiques diffèrent, en particulier selon leur jeu de prédilection. Nous souhaitons ainsi mener une étude transversale multicentrique dont l'objectif principal est de déterminer les pensées dysfonctionnelles particulièrement associées au jeu pathologique et de montrer des différences dans le niveau de ces distorsions cognitives entre trois sous-groupes de joueurs pathologiques, définis par le type de jeu auquel ils s'adonnent principalement : les jeux de casinos, les paris sportifs et les loteries instantanées ou pluri-quotidiennes. L'un des objectifs secondaires est de préciser les profils et caractéristiques (données socio-démographiques, comorbidités psychiatriques, éléments de personnalité) de ces joueurs pathologiques dans les trois sous-groupes. Certaines caractéristiques génétiques des joueurs pathologiques consultant dans les différents centres seront également étudiées.

Méthodologie : Le premier temps de l'étude sera consacré à la traduction et à la validation française des deux questionnaires d'évaluation des distorsions cognitives utilisés dans l'étude : le GRCS et le GABS. Cette étape sera réalisée auprès d'étudiants nantais et du personnel du CHU de Nantes, qui constitueront une population témoin, au cours de l'année 2007. Pour le deuxième temps de l'étude, à partir de janvier 2008, nous proposerons la participation à l'étude à tous les sujets consultant ou ayant consulté dans un des centres participant depuis 2000, mais également aux sujets fréquentant les espaces de jeux proches de ces centres. Seuls les joueurs diagnostiqués comme « joueurs pathologiques » selon le DSM-IV seront inclus. Il s'agira d'une unique évaluation reposant sur des outils validés sur le plan international. Les entretiens se dérouleront dans les différents centres participant à l'étude pour les joueurs consultant et directement dans les lieux de pratique des jeux pour les joueurs

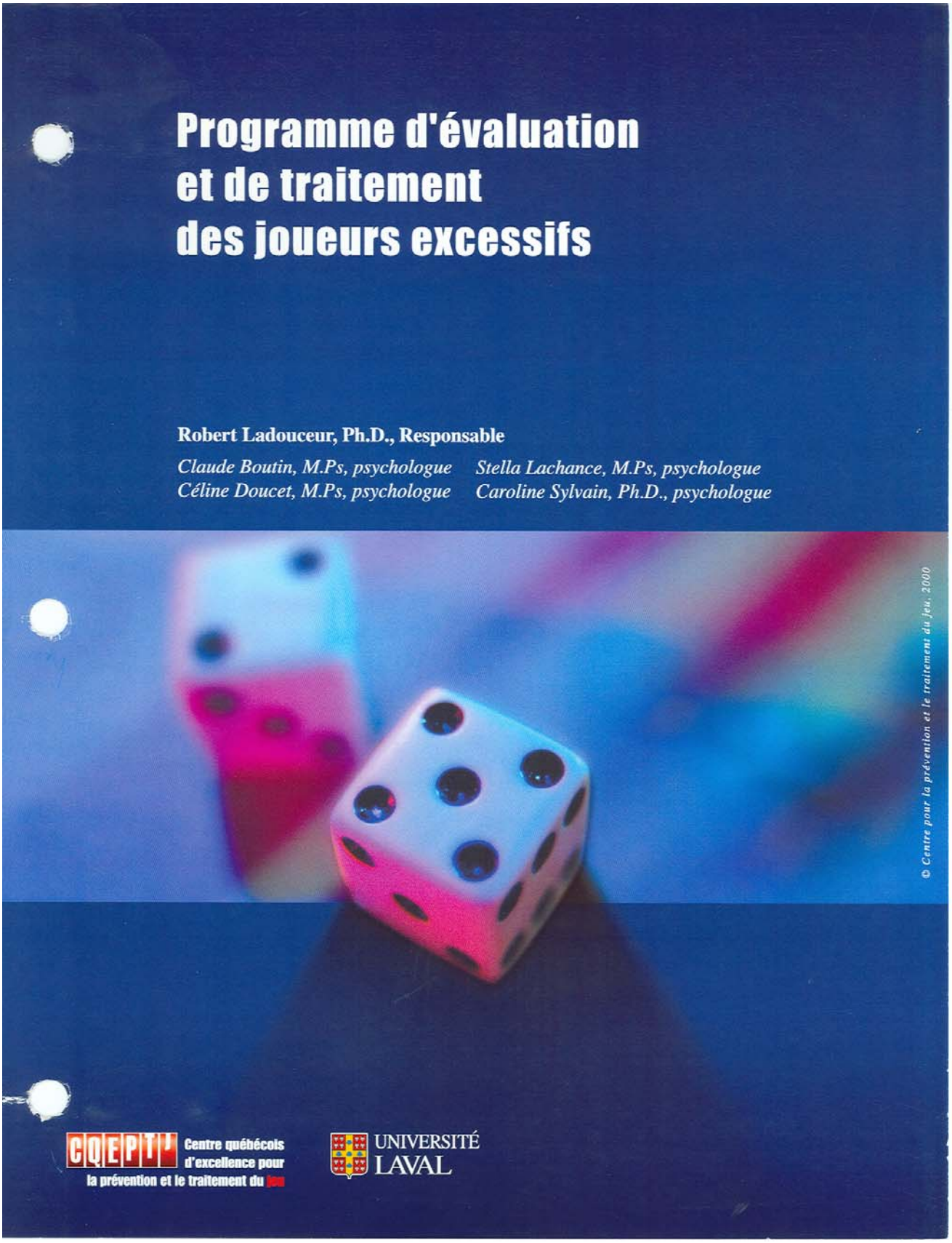
rencontrés dans les espaces de jeux. Quelques questionnaires seront remis à ces derniers pour qu'ils les remplissent à leur domicile. Un bon cadeau de 20 € indemnisera les sujets ayant correctement rempli et renvoyé les questionnaires. Une analyse génétique sera également réalisée auprès des joueurs consultants, à partir d'un prélèvement buccal simple.

Perspectives : Les perspectives d'un tel travail sont thérapeutiques, en particulier pour adapter les propositions de soins en fonction des profils des joueurs. Il s'agit notamment de mieux définir les indications du recours à une thérapie cognitive spécifique, centrée sur les croyances irrationnelles des joueurs, et adaptée au type de jeu auquel ils s'adonnent principalement. Elles comportent également une dimension de prévention, permettant de mieux adapter les stratégies aux différents publics de joueurs.

Mots-clés : Etude transversale, jeu pathologique, distorsions cognitives, jeu de prédilection, comorbidités psychiatriques, personnalité, génétique.

ANNEXE 7 :

Programme d'évaluation et de traitement développé par le Centre Québécois d'excellence pour la prévention et le traitement du jeu : présentation brève.



1. Programme de traitement

1.1 PRÉSENTATION

Le traitement du joueur excessif peut être abordé sous plusieurs angles. Actuellement, nous utilisons l'approche cognitive et comportementale qui s'est révélée très efficace auprès d'une population clinique. Ce guide propose des points cibles d'intervention, accompagnés de quelques exemples issus de nos expériences cliniques, sous forme d'extraits de rencontres entre un joueur excessif et un thérapeute.

Afin d'offrir une vision globale du traitement propre aux joueurs excessifs, nous présentons l'évaluation initiale du problème de jeu excessif, les points cibles de l'intervention cognitive (puisque la dimension cognitive représente l'élément principal du traitement, celle-ci sera présentée en détails sous la forme d'un manuel du thérapeute et d'un manuel du client), la dimension comportementale du traitement, la prévention de la rechute, l'évaluation posttraitement et enfin, les rencontres de suivi couvrant au minimum la première année suivant la fin du traitement.

Aperçu général du déroulement du traitement et des points cibles d'intervention

Avant le début de toute intervention visant la modification d'un comportement, le thérapeute se doit de faire une évaluation complète de différentes variables, tels l'ampleur du problème de jeu, les répercussions des habitudes de jeu excessives sur la vie du joueur (tant au plan financier que social, psychologique et familial), la présence d'autres troubles mentaux et d'autres dépendances, le risque suicidaire, etc. L'utilisation de questionnaires et d'une entrevue diagnostique permettra au thérapeute d'avoir une vision globale de la situation vécue par le joueur.

C'est également l'évaluation initiale qui permet au thérapeute de déterminer si le joueur doit régler un autre problème avant de passer au traitement spécifique du jeu (par exemple, si le joueur souffre d'une dépression majeure). Par ailleurs, une personne souffrant d'un trouble bipolaire qui dirait jouer excessivement seulement lorsqu'elle est en période maniaque ne présentera peut-être plus de problèmes de jeu excessif une fois son humeur stabilisée. De même, quelqu'un ayant une dépendance à l'alcool et qui perd le contrôle sur ses habitudes de jeu uniquement lorsqu'elle boit pourrait ne plus être un joueur pathologique une fois son problème de dépendance à l'alcool résolu.

Suite à l'évaluation initiale, on précisera la motivation du joueur. Cette étape est importante afin de savoir si l'individu est prêt à s'investir dans le traitement de sa dépendance au jeu.

Dans la majorité des traitements relatifs au jeu excessif, l'observation du problème constitue l'étape la plus importante. Ce que nous appelons l'analyse d'une séance de jeu représente une étape charnière du traitement, puisque le joueur a l'occasion d'exprimer toutes les idées qui le poussent à jouer et qui le tiennent captif du jeu.

L'observation d'une séance de jeu permet de déceler les pensées qui rendent le joueur vulnérable aux jeux de hasard. Plus le joueur entretient des idées fausses concernant ses chances de gagner ou de déjouer le « système », plus on dit qu'il possède des idées erronées. Le traitement qu'il s'apprête à entreprendre s'attaquera précisément à ce type d'idées, et bien connaître les idées erronées du joueur en constitue donc la première étape.

Comme il s'agit d'un traitement propre aux jeux de hasard et d'argent, il importe que le joueur soit en mesure de saisir la notion du mot « hasard ». Tous les joueurs excessifs ont du hasard une compréhension erronée qui alimente leur goût du jeu; c'est pour cette raison qu'il importe de clarifier cet aspect. La définition du hasard est primordiale car le joueur s'y rapportera à de nombreuses reprises au cours des séances de thérapie. En fait, plus le joueur maîtrisera le concept du hasard et qu'il sera à même de faire la distinction entre jeux d'adresse et jeux de hasard, plus il sera en mesure de se libérer des illusions créées par le jeu.

Souvent, le joueur excessif oublie le sens véritable du mot « hasard » dès qu'il ressent le goût du jeu. La situation désastreuse de sa vie, ses émotions intenses et ses jeux préférés forment un écran qui l'empêche de se rendre compte qu'il est sur le point de traiter avec le hasard. Chaque fois, le retour au jeu prend la forme d'un combat à armes inégales. Le joueur se laisse envahir par les illusions et, de surcroît, il ne connaît pas les pièges que les jeux recèlent. Il est donc incapable de leur résister. Les jeux sont conçus de façon à laisser croire qu'il est possible de prédire un tour gagnant. Le joueur qui cherche la meilleure façon d'obtenir le gros lot mise essentiellement sur l'idée qu'il pourra un jour maîtriser le jeu. Il développera une kyrielle d'idées erronées à l'égard de ces jeux. Notre tâche consiste à semer le doute chez lui quant à la véracité de ses croyances. À cette étape, le point cible de l'intervention est d'entraîner le joueur à reconnaître les idées erronées qui habitent son esprit. Nous lui présentons donc de l'information qui concerne le rendement financier des différents jeux, l'indépendance des tours, les illusions de contrôle, les superstitions, le désir de se refaire, etc. Aussi, plus la thérapie progresse, plus le joueur parviendra à remplacer ses idées erronées par des pensées justes et appropriées, qui l'aideront à atteindre l'objectif qu'il s'est fixé, à savoir renoncer au jeu.

Les exercices ayant pour objet la modification de la pensée représentent le cœur du traitement et visent à responsabiliser le joueur par rapport à son comportement. C'est pourquoi la plupart des rencontres de thérapie gravitent autour de ces exercices. Grâce à la répétition de chaque exercice, le joueur apprend à maîtriser les pensées qui le poussent à retourner au jeu et il peut ainsi se libérer de l'espoir illusoire de se refaire.

Certaines situations de vie ou caractéristiques propres aux joueurs peuvent nuire à la mise en pratique des exercices de modification de la pensée. Des interventions comportementales viendront en aide aux joueurs qui seraient aux prises avec des problèmes tels l'exposition au jeu, des problèmes financiers, un manque d'occupation, une consommation abusive d'alcool ou de drogues ou encore des problèmes relationnels.

Par ailleurs, il sera possible aux établissements qui le désirent de personnaliser ce programme de traitement en y ajoutant des activités complémentaires qu'ils jugent pertinentes (par exemple, une rencontre avec le/la conjoint(e) ou encore l'invitation à participer aux séances des Gamblers Anonymes).

Le joueur qui réussit à modifier ses pensées erronées augmente considérablement ses chances d'arrêter de jouer. Toutefois, comme il n'existe pas de traitement miracle, la question des risques de rechute est abordée et le joueur examine les différents scénarios susceptibles de l'entraîner à nouveau au jeu. Enfin, dans le but de maintenir les gains thérapeutiques, l'arrêt des rencontres se fera graduellement. La thérapie se termine lorsque le joueur maîtrise la technique de modification de ses pensées et qu'il est averti des risques de rechute. Nous estimons que le joueur excessif atteint son but lorsqu'il est en mesure de résister à son goût de jouer tout en sachant pourquoi il réussit .

L'évaluation (posttraitement) permet au clinicien de mesurer les acquis réalisés pendant le traitement, ainsi que les effets de la modification des habitudes de jeu sur différentes sphères de la vie du joueur (humeur, qualité de vie, etc.). De même, les rencontres de suivi (d'une durée minimale d'un an) permettent de veiller au maintien des acquis à long terme.

Précisons que ce manuel sera accompagné de séances de formation pendant lesquelles on illustrera la mise en œuvre des différentes interventions. À l'aide de vignettes cliniques, de présentations de cas, de jeux de rôles et de vidéos, le clinicien sera alors en mesure d'appliquer les interventions décrites au cours des prochaines pages.

1.2 SOUTIEN EMPIRIQUE

Des études ont été effectuées afin d'évaluer l'efficacité du traitement cognitif auprès des joueurs pathologiques.

Première étude :

Un premier traitement évalué combinait des composantes thérapeutiques de nature cognitive et comportementale. La composante principale du traitement visait la correction des cognitions erronées entretenues par le joueur. S'ajoutaient au traitement diverses interventions comportementales telles que l'entraînement à la résolution de problèmes et le développement des habiletés sociales pour des difficultés en rapport avec le problème de jeu et des exercices de prévention de rechute. Un groupe de quinze joueurs pathologiques ont été traités et quatorze autres faisaient partie d'un groupe de comparaison. Le traitement a duré en moyenne 16.7 heures. Les résultats de cette première étude ont démontré que :

1) 86% des clients qui ont reçu le traitement et l'ont suivi jusqu'à la fin n'étaient plus considérés comme pathologiques selon les critères diagnostiques du DSM-III-R;

2) Les clients traités, en comparaison avec un groupe de joueurs non traités, rapportaient un désir de jouer significativement plus bas;

3) De même, les clients traités rapportaient avoir une perception de contrôle sur le jeu et une perception d'efficacité personnelle sur des situations à risque de jeu significativement supérieures à celles présentées par les joueurs n'ayant pas reçu le traitement;

4) Ces résultats se maintenaient aux suivis de (6) et (12) mois.

Deuxième étude :

Après avoir constaté l'efficacité du traitement cognitif et comportemental, il restait à évaluer l'impact d'une intervention cognitive lorsque utilisée comme seul élément de traitement. Dans des conditions très strictes, un traitement purement cognitif a été offert aux joueurs sans aucune autre intervention comportementale. Un groupe de 35 joueurs pathologiques ont été traités et 29 autres faisaient partie d'un groupe de comparaison. Le traitement a duré en moyenne 11,3 heures. Les résultats de cette seconde étude ont démontré que :

1) Le comportement des clients ayant reçu le traitement s'est avéré significativement différent des joueurs n'ayant pas reçu de traitement sur diverses dimensions : ils rencontraient moins de critères diagnostiques (selon le DSM-IV); ils affichaient un désir de jouer inférieur; leur perception de contrôle et d'efficacité personnelle était significativement plus élevée après le traitement;

2) 87,5 % des clients traités ne correspondaient plus aux critères diagnostiques du DSM-IV, et n'étaient donc plus considérés comme des joueurs pathologiques après le traitement;

3) Les changements observés suivaient la même tendance aux suivis de (6) et (12) mois.

ARTICLES DE RÉFÉRENCE

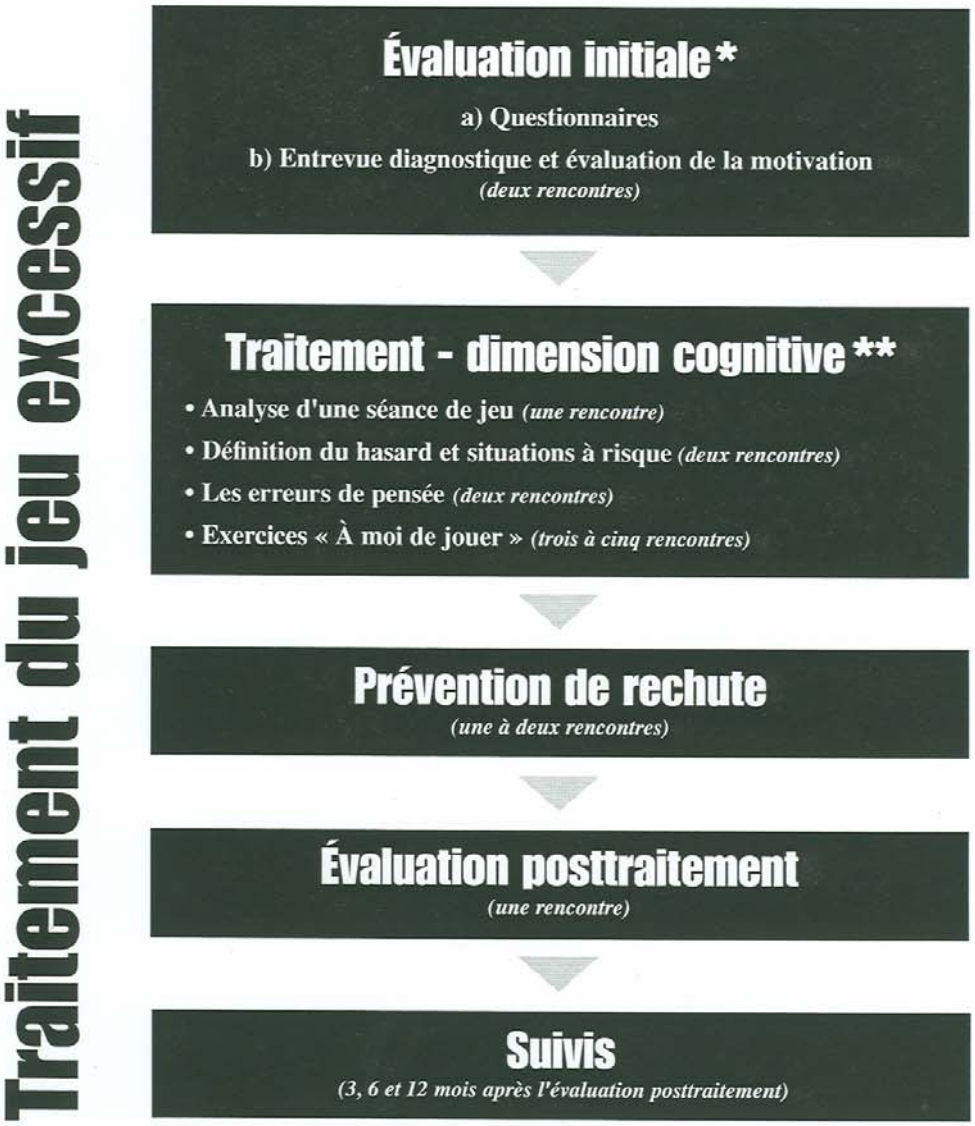
Les articles suivants décrivent en détail les études évaluant l'efficacité du traitement chez les joueurs pathologiques:

Ladouceur, R., Sylvain, C., Jacques, C., Boutin, C., Lachance, S., Doucet, C., Leblond, J., & Jacques, C. (2001). Cognitive treatment of pathological gambling. Journal of Nervous and Mental Disease, 189, 766-773.

Ladouceur, R., Sylvain, C., Letarte, H., Giroux, I., & Jacques, C. (1998). Cognitive treatment of pathological gamblers. Behavior Research and Therapy, 36, 1111-1119.

Sylvain, C., Ladouceur, R., & Boisvert, J. M. (1997). Cognitive and behavioral treatment of pathological gambling: A controlled study. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65, 727-732.

1.3 SCHÉMA DU PROGRAMME DE TRAITEMENT



* S'il existe un autre problème au premier plan (dépression, trouble biopolaire, toxicomanie, etc.), référer ou traiter en priorité.

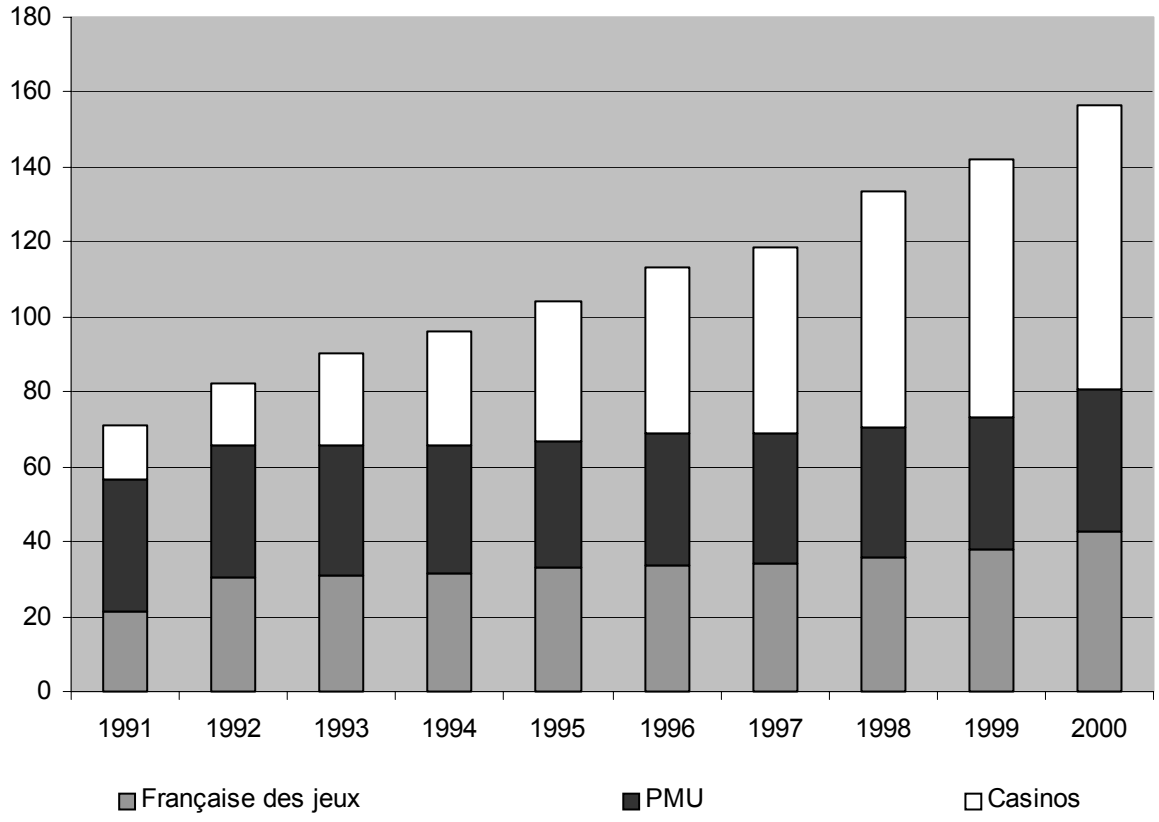
** La **dimension cognitive** (correction des pensées erronées) est l'élément principal et incontournable du traitement. Cependant, le clinicien peut juger nécessaire de mettre en place des interventions comportementales.

ANNEXE 8 :
Données et références concernant la situation internationale et principalement européenne en matière de soins et de prévention des conduites de jeu pathologique.

1. La France du jeu par rapport aux autres pays…

L'évolution des jeux doit moduler les comparaisons internationales : nous tendons à rattraper les pays qui jouent plus…

Evolution du chiffre d'affaires des jeux d'argent, entre 1991 et 2000, en milliards de francs (d'après le rapport Trucy, 2002)



2. Comparaisons internationales

Nation		Mises (Milliards €)	Mises par habitant €	% PIB
1	Japon	508,9	4020	11,1 %
2	USA	499,2	1811	4,6 %
3	Royaume Uni	69,4	1161	4,2 %
4	Australie	61,0	3178	12,5 %
5	Italie	48,6	844,6	3,4 %
6	Canada	42,1	1356,5	5,2 %
7	Espagne	41,7	1043,1	6,2 %
8	Allemagne	39,7	480	1,5 %
9	Chine	34,8	27,6	3,0 %
10	France	25,1	421,8	1,5 %
Total	36 % pop. mondiale	1370,6 (77 % mondial)	680,8 (moy)	5,3 % (moy)

D'après le rapport Trucy, François TRUCY, LES JEUX DE HASARD ET D'ARGENT EN FRANCE. L'état croupier, le Parlement croupion ? RAPPORT D'INFORMATION sur la mission sur les jeux de hasard et d'argent en France, Sénat, 2002.

2. Les jeux en Europe

(données transmises par M. Griffiths)

Detail information by country - London economics, sept 2006.

Types de paris légaux dans les états de l'Union Européenne							
Pays	Chevaux	Chevaux / bookmakers	Lévriers	Lévriers / bookmakers	Paris sportifs	Paris sportifs / bookmakers	Paris sportifs / hasard
Autriche	+	+		+	+	+	+
Belgique	+	+		+	+	+	+
Chypre		+				+	
R. Tchèque	+	+			+	+	+
Danemark	+						+
Estonie	+				+		
Finlande	+				+		+
France	+				+		+
Allemagne	+	+			+		+
Grèce	+				+		+
Hongrie	+				+		+
Irlande	+	+	+	+		+	
Lettonie						+	
Luxembourg							+
Pays Bas	+				+		+
Pologne	+		+		+	+	
Portugal					+		
Slovaquie	+	+					+
Slovénie						+	+
Espagne	+		+		+		
Suède	+				+		+
Grande Bretagne	+	+		+		+	

Modèles de régulation pour les paris			
Pays	Droit exclusif	Licence limitée	Licence illimitée
Autriche			+
Belgique			+
Chypre		+	
R. Tchèque			+
Danemark	+		
Estonie			+
Finlande	+		
France	+		
Allemagne	+		
Grèce	+		
Hongrie	+		
Irlande		+	
Lettonie			+
Luxembourg		+	
Pays Bas	+		
Pologne		+	
Portugal	+		
Slovaquie			+
Slovénie	+		
Espagne	+		
Suède	+		
Grande Bretagne			+

Nombre de casinos et type de régulation				
Pays	Nbre de casinos	Droit exclusif	Licence limitée	Licence illimitée
Autriche	12		+	
Belgique	9		+	
Chypre	0			
R. Tchèque	150			
Danemark	6		+	
Estonie	175			+
Finlande	1	+		
France	190		+	
Allemagne	76		+	
Grèce	9		+	
Hongrie	6	+	+	
Irlande	0			
Italie	4		+	
Lettonie	15			+
Luxembourg	1	+		
Pays Bas	13	+		
Pologne	25		+	
Portugal	8		+	
Slovaquie	3			+
Slovénie	14			+
Espagne	35		+	
Suède	4	+		
Grande Bretagne	123		+	+

Machines à sous			
Pays	Interdit	Seulement dans casinos	Hors casinos
Autriche		+ (fortes mises)	+ (faibles mises)
Belgique		+ (fortes mises)	+ (faibles mises)
Chypre	+		
R. Tchèque			+
Danemark			+
Estonie		+	
Finlande			+
France		+	
Allemagne	+	+ (fortes mises)	+ (faibles mises)
Grèce		+	
Hongrie			+
Irlande	+		
Italie	?		
Lettonie			+
Luxembourg		+	
Pays Bas			+
Pologne		+ (fortes mises)	+ (fortes mises)
Portugal		+	
Slovaquie			+
Slovénie			+
Espagne			+
Suède		+	+ (vlt's)
Grande Bretagne			+

3. L'Italie

A noter que pour l'Italie, M. Croce brosse le tableau suivant, assez proche de celui de la France :

LE CHANGEMENT DES DONNEES DE L'OFFRE
ET DE LA TYPOLOGIE DES JEUX EN ITALIE
Mauro Croce

In Prévention du jeux excessif et recherche : de la législation à l'action.
Centre du Jeu Excsessif, Lausanne, 2005, pag. 18.

Ces dernières années révèlent en Italie – comme dans la plupart des pays occidentaux – un grand changement concernant l'offre et la typologie des jeux. En particulier, on assiste à un nombre croissant de personnes impliquées dans le jeu, ainsi qu'à une augmentation des problématiques qui lui sont liées.
Les principaux éléments de ce changement peuvent être résumés dans ce schéma :

PASSE ⟶ PRESENT ⟶ FUTUR

Social : le jeu était pratiqué avec d'autres personnes et il répondait à des besoins ou affrait des occasions de socialisation.	**Solitaire** : les jeux modernes ne sont pas « à somme zéro » (où l'argent perdu par un joueur est gagné par un autre), mais pratiqués par une personne contre une organisation ou une machine.
Seuil d'accès haut : participer à certains jeux demandait l'accès à des lieux spécifiques et délimités, avec l'exclusion p. ex. des mineurs ou, dans le cas des casinos, des résidents ou de certaines professions.	**Seuil d'accès bas** : il est et il sera toujours plus possible de « trouver » des jeux dans des lieux où l'on se rend aussi pour d'autres raisons et où les contrôles sont beaucoup moins serrés.
Rituel : jouer faisait partie d'un rite collectif, souvent circonscrit et limité à certaines occasions : le loto à Noël, la loterie, etc.	**Consommation** : le jeu perd sa valeur et son sens rituel et est « consommé » dans les occasions les plus diverses, « choisies » par l'individu.
Lenteur : beaucoup de jeux étaient caractérisés par un déroulement lent.	**Vitesse** : la plupart des nouveaux jeux sont très rapides et ne prévoient pas de moments de pause.
Suspension : le jeu était sujet à une discipline s'appliquant non seulement à certains lieux mais aussi à des horaires définis.	**Continuité** : avec certains jeux, p. ex. ceux pratiqués avec l'Internet, il est possible de jouer sans interruption.
Complexité : de nombreux jeux de hasard présentaient des éléments de complexité et d'agon (Caillois, 1957).	**Simplicité** : les jeux deviennent toujours plus simples et caractérisés par une prédominance d'aléa.
Contextualisation : les jeux (p. ex. les jeux de cartes) étaient liés à des traditions du territoire et les règles étaient souvent transmises d'une génération à l'autre.	**Globalisation** : les jeux se ressemblent de plus en plus et les différences locales et culturelles sont aplanies.
Encaissement non immédiat : l'encaissement du gain n'était pas toujours immédiat.	**Encaissement immédiat** : l'encaissement est immédiat et parfois virtuel, ce qui favorise la possibilité de continuer à jouer.
Manuel : les jeux demandaient des opérations manuelles, telles que distribuer les cartes, lancer les dés, tirer au sort.	**Technologie** : on joue contre une machine, un site. Souvent l'activité physique correspond (et se limite) à « cliquer ».

En Italie, les SERT (services pour toxicomanes) ont pour certains intégré le jeu pathologique dans leur activité. Il n'y a pas de services spécifiques. Les intervenants se sont regroupés dans une association ALEA. Il n'y a pas eu d'enquête épidémiologique de prévalence.

4. Correspondants européens sur le jeu pathologique

Belgique

- Thibault Verbiest
  Avocat aux barreaux de Paris et de Bruxelles
  Chargé d'enseignement à l'Université de Paris I (Sorbonne)
  http://www.ulys.net
  Tel. Belgique +32 (0) 2 340 88 10 Tel France +33 (0) 1 40 70 90 11
  Fax Belgique +32 (0) 2 345 35 80 Fax France +33 (0) 1 40 70 01 38

- Serge Minet
  Clinique du jeu Dostoievski
  Service de psychiatrie
  CHU Brugmann
  Place van Gehuchten, 4
  1070 Bruxelles
  Bureau : 02/477.27.99 ou 26 ou 77 (Rv)
  24h/24h : 0477/41.60.40 (24h/24h)

Suisse

- Centre du jeu excessif
  Docteur Olivier Simon
  Section d'addictologie
  Service de psychiatrie communautaire
  Département de psychiatrie du CHUV
  Chef de clinique
  7, rue Saint-Martin
  1003 Lausanne
  Suisse
  (41 21) 316 44 40 (Direct : 44 3…)
  olivier.simon@chuv.ch

Allemagne

- Prof. Gerhard Meyer
  University of Bremen
  Institute of Psychology and Cognition Research
  Grazer Strasse 4
  D- 28359 Bremen
  Tel: ++ 49 (0)421 218 – 2193
  Fax: ++ 49 (0)421 218 – 4600
  gerhard.meyer@uni-bremen.de
  http://www-user.ini-bremen.de/~drmeyer

- Tobias Hayer
  University of Bremen
  Institute of Psychology and Cognition Research
  Grazer Strasse 4
  D- 28359 Bremen
  Tel: ++ 49 (0)421 218 – 4333
  Fax: ++ 49 (0)421 218 – 4600
  tobha@uni-bremen.de
  http://www.tobha.de

Angleterre

- Prof. Mark Griffiths
  International Gaming Research Unit
  Psychology Division
  Nottingham Trent University
  Burton Street
  Nottingham
  NG1 4BU
  England
  Tel: +44 115 848 5528
  Fax: +44 115 848 6826
  mark.griffiths@ntu.ac.uk
  http://ess.ntu.ac.uk/griffiths

Autres experts étrangers

Belgique, Bruxelles
Rodin Foundation
110, Bd Auguste Reyers
1030 Bruxelles
Belgium
Tel : 32.2.738.10.50
Fax : 32.2.478.13.99
info@jeu-pathologique.be
www.rodin-foundation.org
www.jeu-pathologique.be

Danemark, Arhus
Jakob Linnet, PhD, of Aarhus University
Society for Neuroscience
1121 14th Street
Suite 1010
Washington DC
20005
innet@pet.auh.dk
The Danish national research foundation's center for functionnaly integrative neuroscience, University of Aarhus, Aarhus University Hospital

Estonie, Tallinn
Laansoo Stella et Toomas Niit
Tallinna Ülikooli Akadeemiline Raamatukogu
Rävala pst. 10
15042 Tallinn
Tel : 6659 439
Faks : 6659 400
stella.laansoo@piirivalvekool.ee

Finlande, Helsinki
Jaakkola Tapio
Peluuri – Gambling helpline

Peluuri is a nationwide helpline for problem gamblersa nd other people concerned or affected by problem gambling. The service is open every xeekday from noon to 6 pm. Calls to the helpline number 0800 100 101 are toll free. Peluuri Helpline offers service primarily in Finnish. During our first whole year of service 2005 we answered 1, 361 calls.
Peluuri started on 1 Sptember 2004 as a pilot project for the period between 1 September 2004 and 31 May 2005. After the pilot, the service was made permanent.
Contact information of Peluuri Helpline
Adress : Siltasaarenkatu 4, 00530
Helsinki, FINLAND
Fax: +358 (0)9 7206 1531
Email: peluuri@peluuri.fr

Tapio Jaakkola
Project Manager
Tel : +358 40 760 8507
E-mail : tapio.jaakkola@peluuri.fi

Islande, Reykjavik
Olason Daniel Thor et Grétarsson S.G.
Department of Psychology, Faculty of Social Science
University of Iceland Oddi, 101, Reykjavik, Iceland
Phone 354-5255265
Email : dto@hi.is

Italie, Siena
Croca Mauro et Fiasco Maurizio

Lithuania, Kaunas
Skokauskas Norbert
Department of Psychiatry
Kaunas University of Medicine
Eiveniu 2
3000 Kaunas
Lithuania
Norbertass@hotmail.com

Pays-Bas, Amsterdam

- Goudriaan Anna E.
  Academic Medical Center University of Amsterdam
  Amsterdam Institute for Addiction Research
  The Netherlands
  ae.goudriaan@psy.vu.nl
- Koeter Maarten W.J.
  Amsterdam Institute for Addiction Research, Amsterdam, Netherlands
  Overschiestraat 65
  1001 AS Amsterdam
  The Netherlands
  koeter@aiar.nl
  Phone : + 31 20 408 7878
  Fax : + 31 20 408 7862

Norvège, Trondheim
Götestam and Johansson A.
Department of Psychiatry and Behavioural Medicine
Norwegian University of Science and Technology (NTNU), Trondheim
Ostmarka Hospital, PO Box 3008 Lade, NO-7441 Trondheim, Norway
gotestam@medisin.ntnu.no

Poland, Warsaw
Dzik Bartlomiej
Graduate School for Social Research.
Polish Academy of Sciences
bdzik@idea.net.pl

Roumanie, Cluj-Napoca
Lupu V
Iuliu Hatieganu University of Medicine and Pharmacy
Cluj-Napoca
Romania
violupu@yahoo.com

Voir aussi

Les Congrès

http://www.easg.org/conferences.htm

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Ades J, Lejoyeux M. Jeu pathologique. *Encyclopédie médico chirurgicale.* Vol Psychiatrie. Paris: Editions scientifiques et médicales Elsevier SAS; 2000:396-A-325.
2. Alessi SM, Petry N. Pathological gambling severity is associated with impulsivity in a delay discounting task procedure. *Behavioural Processes.* 2003;64:345-354.
3. Alexander BK. The globalization of addiction. *Addiction Research.* 2000;8(6):501-526.
4. Allcock CC, Grace DM. Pathological gamblers are neither impulsive nor sensation-seekers. *Aust N Z J Psychiatry.* Sep 1988;22(3):307-311.
5. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 3rd edn Revised (DSM-IIIR)*. Washington, DC: APA; 1987.
6. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th edn (DSM-IV).* Washington, DC: APA; 1994. Traduction française par Guelfi et al, Paris, Masson, 1996.
7. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3rd edn (DSM-III)*. Washington, DC: APA; 1980.
8. Amir S., Galina Z.H., Blair R., Brown Z.W., Amit Z. Opiate receptors may mediate the suppressive but not the excitatory action of ACTH on motor activity in rats. Eur J Pharmacol. 1980 ; 66 (4) : 307-13.
9. Art 410. *Code Pénal*: Dalloz; 1980:284-290.
10. Barratt E. Anxiety and impulsiveness related to psychomotir efficiency. *persp. motor schills ;* 1959;9:191-198.
11. Bergler E. *The psychology of gambling*. USA: International Universities Press; 1985.
12. Béziat B. 128 millionnaires en trente ans. *Sud Ouest.* 19/05/06 2006.
13. Bienvenu O.J., Samuels J.F., Riddle M.A., Hoehn-Saric R., Liang K.Y., Cullen B.A.M., Grados M.A., Nestadt G. The relationship of obsessive-compulsive disorder to possible spectrum disorders: results from a family study. *Biological Psychiatry*. 2000 ; 48 (4) : 287-293.
14. Black DW, Monahan PO, Temkit M, Shaw M. A family study of pathological gambling. *Psychiatry Res.* Mar 30 2006;141(3):295-303.
15. Black DW, Moyer T, Schlosser S. Quality of life and family history in pathological gambling. *J Nerv Ment Dis.* Feb 2003;191(2):124-126.
16. Black DW, Moyer T. Clinical features and psychiatric comorbidity of subjects with pathological gambling behavior. *Psychiatr Serv.* Nov 1998;49(11):1434-1439.
17. Blanco C, Hasin DS, Petry N, Stinson FS, Grant BF. Sex differences in subclinical and DSM-IV pathological gambling: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychol Med.* Jul 2006;36(7):943-953.
18. Bland R.C., Newman S.C., Orn H., et al. Epidemiology of pathological gambling in Edmonton. Can J Psychiatry. 1993 ; 38 : 108-112.
19. Blaszczynski AP. Pathological gambling and obsessive-compulsive spectrum disorders. *Psychological reports.* 1999;84:107-113.
20. Blaszczynski A, Steel Z, McConaghy N. Impulsivity in pathological gambling: the antisocial impulsivist. *Addiction.* Jan 1997;92(1):75-87.
21. Blaszczynski A, Steel Z. Personality Disorders Among Pathological Gamblers. *J Gambl Stud.* Spring 1998;14(1):51-71.
22. Blaszczynski A. A pathways model of problem and pathological gambling. *Addiction.* 2002;97:487-499.
23. Blaszczynski A.P., Wilson A.C., McConaghy N. Sensation seeking and pathological gambling. *Br J Addict*. 1986 ; 81 (1) : 113-7.
24. Blumes S.B. Pathological gambling. In: Miller SN ed. The principles and practice of addictions in psychiatry, Philadelphia: WB Saunders. 1997 : 422-432.

25. Brand M, Kalbe E, Labudda K, Fujiwara E, Kessler J, Markowitsch HJ. Decision-making impairements in patients with pathological gambling. *Psychiatry Research.* 2005;133:91-99.
26. Brant S, Horst M. *La Nef des fous (Narrenschift)*: La Nuée Bleue; 2005.
27. Brasey E. *La République des Jeux*. Paris Robert Laffont S.A.; 1992.
28. Breen R.B., Kruedelbach N.G., Walker H.I. Cognitive changes in pathological gamblers following a 28-day inpatient program. Psychol Addict Behav. 2001 ; 15 (3) : 246-8.
29. Breen RB, Zuckerman M. 'Chasing' in gambling behavior: personality and cognitive determinants. Pers Individ Dif, 1999 ; 27 ; 1097-1111.
30. Brenner R, Brenner G. *Spéculation et jeux de hasard*. Paris: PUF; 1993.
31. Brunelle C, Assaad JM, O.Phil R, Tremblay RE, vitaro F. Exaggerated Ethanol-induced Cardiac Reactivity as an indicator of increased Risk for gambling *Addict Behav.* 2003;17(1):83-86.
32. Bucher C. Jouer à se faire interdire *Psychotropes.* 2005;11(2):87-98.
33. Burge AN, Pietrzak RH, Petry NM. Pre/Early adolescent onset of gambling and psychosocial problems in treatment-seeking pathological gamblers. *J Gambl Stud.* Fall 2006;22(3):263-274.
34. Caillois R. *Les jeux et les hommes, le masque et le vertige*. Paris: Folio essais; 1992.
35. Castellani B, Rugle L. A comparison of pathological gamblers to alcoholics and cocaïne misusers on impulsivity,sensation seeking and craving. *International journal of the addictions* 1995;30:275-289.
36. Castellani B, Wootton E, Rugle L, et al. Homelessness, negative affect, and coping among veterans with gambling problems who misused substances. *Psychiatr Serv.* 1996;47(3):298-299.
37. Castro Pd. Genetic association study between pathological and a functionnal DNA polymorphism at the D4 receptor gene. *Pharmacogenetics.* 1997(7):345-348.
38. Chevalier S, Griffiths M. Why don't adolescents turn up for gambling treatment? *eGambling: The Electronic Journal of Gambling Issues.* 2004.
39. Chevalier S., Hamel D., Ladouceur R., Jacques C., Allard D., Sevigny S. Comportements de jeu et jeu pathologique au Québec en 2002. Montréal et Québec, Institut national de santé publique du Québec et Université Laval.
40. Cloninger CR, Svrakic DM, Przybcek TR. A psychobiological model of temperament and character. *Arch gen psychiatry.* 1993;50:975-990.
41. Code civil. Vol Titre XIII des contrats aléatoires: Litec; 1989:1016-1019.
42. Cohen MX, Youngb J, Baekc J, Kesslerc C, Ranganath R. Individual differences in extraversion and dopamine genetics predict neural reward responses *Cognitive Brain Research* 2005;25:851-861.
43. Comings DE, Gade R, Wu S, et al. Studies of the potential role of the dopamine D1 receptor gene in addictive behaviors. *Mol Psychiatry.* Jan 1997;2(1):44-56.
44. Comings DE, Gonzalez N, Wu S, et al. Studies of the 48 bp repeat polymorphism of the DRD4 gene in impulsive, compulsive, addictive behaviors: Tourette syndrome, ADHD, pathological gambling, and substance abuse. *Am J Med Genet.* Aug 20 1999;88(4):358-368.
45. Comings DE, Rosenthal RJ, Lesieur HR, et al. A study of the dopamine D2 receptor gene in pathological gambling. *Pharmacogenetics.* Jun 1996;6(3):223-234.
46. Corcos M., Flament M., Jeammet P. Les conduites de dépendance. Dimensions psychologiques communes, Paris, Masson, 2003, 424 p.
47. Coventry K., Norman. Arousal, erroneous verbalizations and the illusion of control during a computer-generated gambling task. Br J Psychol. 1998 ; 89 : 629-645.
48. Cunningham-Williams R.M., Cottler L.B., Compton W.M. III, et al. Taking chances: problem gamblers and mental health disorders: results from the Saint Louis Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. Am J Public Health. 1998 ; 88 : 1093-1096.

49. Cunningham-Williams R.M., Grucza R.A., Cottler L.B., Womack S.B., Books S.J., Przybeck T.R., Spitznagel E.L., Cloninger C.R. Prevalence and predictors of pathological gambling: results from the St. Louis personality, hezlth and lifestyle (SLPHL) study. J Psychiatr Res. 2005 ; 39 (4) : 377-390.
50. Custer RL. Profile of the pathological gambler. *J Clin Psychiatry.* 1984;42(12):139-147.
51. Dannon P.N., Lowengrub K., Sasson M., Shalgi B., Tuson L., Saphir Y., Kotler M. Comorbid psychiatric diagnoses in kleptomania and pathological gambling: a preliminary comparison study. Eur Psychiatry. 2004 ; 19 : 299-302.
52. Delfabbro P. The stubborn logic of regular gamblers : obstacles and dilemmas in cognitive gambling research. J Gambl Stud. 2004 ; 20 (1) : 1-21.
53. Delfabbro P.H., Winefield A.H. Predictors of irrational thinking in slot-machine gambling. J Psychol. 2000 ; 134 : 17-28.
54. Dell'Osso B., Allen A., Hollander E. Comorbidity issues in the pharmacological treatment of pathological gambling: a critical review. Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health. 2005 ; 1 : 21.
55. Douglas A. The effect of violent video game habits on adolescent hostility, aggressive behaviours, and school performance. 2003. Journal of adolescence.
56. Drapier D, Drapier S, Sauleau P, et al. Pathological gambling secondary to dopaminergic therapy in Parkinson's disease. *Psychiatry Res.* Sep 29 2006.
57. Dupouy R, Chatagnon P. Le joueur, esquisse psychologique. *Annales médico-psychologiques.* 1929;12,II(087):102-112.
58. Eisen SA, Lin N, Lyons MJ, et al. Familial influences on gambling behavior :an analysis of 3359 twin pairs. *addiction.* 1998;93:1375-1384.
59. Eisen SA, Slutske WS, Lyons MJ, et al. The genetics of pathological gambling. *Semin Clin Neuropsychiatry.* Jul 2001;6(3):195-204.
60. Eysenck SBG, Eysenck HJ. The place of impulsiveness in a dimensionnal system of personnality description. *British journal of clinical psychology.* 1977;16:57-68.
61. Feline A, Guelfi J-D, Hardy P. *Les troubles de la personnalité*: Médecine-Sciences Flammarion; 2002.
62. Fernandez-Montalvo J, Echeburua E. Pathological gambling and personality disorders: an exploratory study with the IPDE. *J Personal Disord.* Oct 2004;18(5):500-505.
63. Frost RO, Meagher BM, Riskind JH. Obsessive-compulsive features in pathological lottery and scratch-ticket gamblers. *J Gambl Stud.* Spring 2001;17(1):5-19.
64. Gill T, Dal Grande E, Taylor AW. Factors associated with gamblers:A Population-based cross-sectionnal Study of South Australian Adults. *J Gambl study.* 2006;22(2):143-164.
65. Gold M.S., Rea W.S. The role of endorphins in opiate addiction, opiate withdrawal, and recovery. Psychiatr Clin North Am. 1983 ; 6 (3) : 489-520.
66. Gonzalez N, Mora M, Gutierrez-Maldonado J, Ariza A, lourido-Ferreira MR. Pathological Gambling and Age : differences in personality ,psychopathology and response to treatment variables. *Addict Behav.* 2005;30:380-388.
67. Goodman A. Addiction : definition and implications. *Br J Addict.* 1990 ; 85 (11):1403-1408.
68. Goudriaan AE, Oosterlaan J, De Beurs E, van den Brink W. Decision making in pathological gambling :A comparison between pathological gamblers,alcohol dependents,persons with Tourette syndrome,and normal controls. *Cognitive Brain research.* 2005;23:137-151.
69. Goudriaan AE, Oosterlaan J, de Beurs E, van den Brink W. Neurocognitive functions in pathological gambling: a comparison with alcohol dependence, Tourette syndrome and normal controls. *Addiction.* Apr 2006;101(4):534-547.
70. Grant J.E., Kim S.W. Comorbidity of impulse control disorders in pathological gamblers. Acta Psychiatr Scand. 2003 ; 108 : 203-7.

71. Grant J.E., Kim S.W., Kuskowski M. Retrospective review of treatment retention in pathological gambling. Comprehensive psychiatry. 2004 ; 45 (2) : 83-87.
72. Grant J.E., Potenza M.N., Hollander E., Cunningham-Williams R., Nurminen T., Smits G., Kallio A. Multicenter investigation of the opioid antagonist nalmefene in the treatment of pathological gambling. Am J Psychiatry. 2006 ; 163 (2) : 303-312.
73. Griffiths M. Internet Gambling: Issues, Concerns, and Recommendations. Cyber Psychology & Behavior. 2003 ; 6 (6) : 557-568.
74. Griffiths M.D. The role of cognitive bias and skill in fruit machine gambling. Br J Psychol. 1994 ; 85 : 351-369.
75. Hall GW, Carriero NJ, Takushi RY, Montoya ID, Preston KL, Gorelick DA. Pathological gambling among cocaine-dependent outpatients. *Am J Psychiatry.* Jul 2000;157(7):1127-1133.
76. Hayez J.-Y. Quand le jeune est scotché à l'ordinateur : les consommations estimées excessives. 2006. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence.
77. Henderson MJ. Psychological correlates of comorbid gambling in psychiatric outpatients: a pilot study. *Subst Use Misuse.* Jul 2004;39(9):1341-1352.
78. Hodgins D.C., Peden N., Cassidy E. The association between comorbidity and outcome in pathological gambling: a prospective follow-up of recent quitters. J Gambl Stud. 2005 ; 21 : 255-271.
79. Hollander E, Concetta MD, J, Finkell JN, Begaz T, Wong CM, Cartwright C. A randomized double blind fluvoxamine/placebo crossover trial in pathological gambling. *Biological psychiatry.* 2000;47(9):813-817.
80. Hollander E. Obsessive-compulsive disorder: the hidden epidemic. *J Clin Psychiatry*. 1997 ; 58 Suppl 12 : 3-6.
81. http://www.jeuxonline.info
82. http://www.omnsh.org/article.php3?id_article=15
83. Huizinga J. *Homo ludens. Essai sur la fonction sociale du jeu*. Paris: Gallimard; 1951.
84. Ibanez A, Blanco C, Moreryra P, Saiz-Ruiz J. Gender differences in pathological gambling. *J Clin Psychiatry.* Mar 2003;64(3):295-301.
85. Ibanez A., Blanco C., Donahue E., Lesieur H.R., Perez de Castro I., Fernandez-Piqueras J., Saiz-Ruiz J. Psychiatric comorbidity in pathological gamblers seeking treatment. Am J Psychiatry. Oct 2001 ; 158 (10) : 1733-1735.
86. Joukhador J., Blaszczynski A., Maccallum F. Superstitious beliefs in gambling among problem and non-problem gamblers: preliminary data. J Gambl Stud. 2004 ; 20 (2) : 171-180.
87. Kim SW, Grant JE. The psychopharmacology of pathological gambling. *seminars in clinical neuropsychiatry.* 2001(6):184-194. (b)
88. Kim S.W., Grant J.E., Eckert E.D., Faris P.L., Hartman B.K. Pathological gambling and mood disorders: clinical associations and treatment implications. J Affective Disorders. 2006 ; 92 : 109-116.
89. Kim SW, Grant JE. Personality dimensions in pathological gambling disorder and obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res.* Nov 30 2001;104(3):205-212. (a)
90. Kreek M, Koob G. Drug dependence :stress and dysregulation of brain reward pathway. *Drug and alcohol dependence.* 1998;51:23-47.
91. Kruedelbach N., Walker H.I., Chapman H.A., Haro G., Mateu C., Leal C. Comorbidity on disorders with loss of impulse-control: pathological gambling, addictions and personality disorders. Actas Esp Psichiatr. 2006 ; 34 : 76-82.
92. Krueger RF, Hicks BM, Patrick CG, Carlson RS, Iacono WG, McGue M. Etiologic connections among substance dependence ,antisocial disorder ,and desinhibited personnality :modeling the externalizing spectrum. *Journal of abnormal psychology* 2002;111:411-424.
93. Kuzyszyn I. the gambling addict versus the gambling professional. *The International Journal of Addictions* 1972;7(2):387-393.

94. Ladd G, Petry N. Gender differences among pathological gamblers seeking treatment. *Experimental and clinical psychopharmacology.* 2002;10(3):302-309.
95. Ladd G.T., Petry N.M. Disordered Gambling Among University-Based Medical and Dental Patients: A Focus on Internet Gambling. Psychology of Addictive Behaviors. 2002 ; 16 (1) : 76-79.
96. Ladouceur R, Ferland F, Vitaro F, Pelletier O. Modifying youth perception toward pathological gamblers. *Addictive Behaviors.* 2005;30:351-354.
97. Ladouceur R, Jacques C, Chevalier S, Sevigny S, Hammel D, Allard D. Prevalence des habitudes de jeu et du jeu pathologique au Québec en 2002. Montréal et Québec, ed: Université Laval et Institut national de santé publique du Québec, 2004.
98. Ladouceur R. Perceptions among pathological and non-pathological gamblers. *Addict Behav.* 2004;29(3):555-565.
99. Ladouceur R. Prevalence estimate of Pathological Gambling in Quebec *Can J Psychiatry.* 1991;36:732-734.
100. Ladouceur R. The prevalence of pathological gambling in Canada. *J Gambl Stud.* 1996;12:129-142.
101. Ladouceur R., Gaboury A., Dumont D., Rochette P. Gambling : relationship between the frequency of wins and irrational thinking. J Psychol. 1988 ; 122 : 409-414.
102. Ladouceur R., Jacques C., Chevalier S., Sevigny S., Hamel D. Prevalence of pathological gambling in Quebec in 2002. Can J Psychiatry. 2005 ; 50 (8) : 451-6.
103. Ladouceur R., Walker M. A cognitive perspective on gambling. In P.M. Salkovskis (Ed.), Trends in cognitive and behavioural therapies (pp. 89-120). New York: John Wiley & Sons. 1996.
104. Lai DW. Gambling and the older chinese in canada. *J Gambl Stud.* 2006;22(1):121-141.
105. Lam D. Influence of religiosity on gambling participation *J Gambl Stud.* 2006 ; 22 (3): 305-320.
106. Langer E.J. The illusion of control. J Pers Soc Psychol. 1975 ; 32 : 311-328.
107. Langer E.J., Roth J. Heads you win, tails it's chance : the illusion of control as a function of the sequence of outcomes in a purely chance task. J Pers Soc Psychol. 1975 ; 32 : 951-955.
108. Lejoyeux M., Feuche N., Loi S., Solomon J., Adès J. Impulse-control disorders in alcoholics are related to sensation seeking and not to impulsivity. Psychiatry Res. Nov 1998 ; 81 (2) : 149-155.
109. Lejoyeux M., Mc Loughlin M., Adès J. Epidemiology of behavioral dependence : literature review and results of original studies. Eur Psychiatry. 2000 ; 15 : 129-134.
110. Lesieur H.R., Blume S.B., Zoppa R.M. Alcoholism, drug abuse, and gambling. Alcohol Clin Exp Res. 1986 ; 10 (1) : 33-8.
111. Lesieur H.R., Klein R. Pathological gambling among high school students. *Addict Behav*. 1987 ; 12 (2) : 129-35.
112. Lesieur H.R., Rosenthal R.J. Pathological gambling: a review of the literature. J Gambl Stud. 1991 ; 7 : 5-39.
113. Lesieur HR, Blume SB. Evaluation of patients treated for pathological gambling in a combined alcohol,substance abuse and pathological gampbling treatment unit using the Addiction Severity Index. *Br J Addict.* aug 1991;86(8):1017-1028.
114. Lesieur HR, Blume SB. Pathological gambling, eating disorders, and the psychoactive substance use disorders. *Journal of Addictive diseases.* 1993;12:89-102.
115. Lesieur HR, Blume SB. The South Oaks Gambling (SOGS) : a new instrument for the identification of pathological gamblers *Am J Psychiatry.* 1987;144(9):1184-1188.
116. Linnet J., Rojskjaer S., Nygaard J., Maher B.A. Episodic chasing in pathological gamblers using the Iowa Gambling Task. Scand J Psychol. 2006 ; 47 : 43-49.
117. Logue A.W. Self-control. Prentice Hall, Englewood Cliffs, N.J., 1995.
118. Lopez Viets V.C. et Miller W.R. Treatment approaches for pathological gamblers. Clin Psychol Rev, 1997; 17 (7) : 689-702.

119. Martignoni-Hutin J. Que peut apporter la sociologie dans le débat sur le jeu compulsif? *Psychotropes* 2005;11(2):55-86.
120. Martinotti G, Andreoli S, Giametta E, Poli V, Bria P, Janiri L. The dimensional assessment of personality in pathologic and social gamblers: the role of novelty seeking and self-transcendence. *Compr Psychiatry.* Sep-Oct 2006;47(5):350-356.
121. McCormick R. A., Taber J., Kruedelbach N., Russo A. Personality profiles of hospitalized pathological gamblers: the California Personality Inventory. *Journal of Clinical Psychology*. 1987 ; 43, 521–527.
122. McCormick R.A. The importance of coping skill enhancement in the treatment of the pathological gambler. *Journal of Gambling Studies*. 1994 ; 10 : 77-86.
123. Messerlian C, Derevensky JL, Gupta R. Youth gambling problems : a public health perspective *Health Promotion International.* 2005;20(1):69-79.
124. Meyer G, Hauffa BP, Schedlowski M, Pawlak C, Stadler MA, Exton MS. Casino gambling increases Heart rate and salivary corticol in regular gamblers. *Biol Psychiatry.* 2000;48:948-953.
125. Meyer G, Schwertfeger J, Exton MS, Janssen OF, Knapp W, krüger THC. Neuroendocrine response to casino gambling in problem gamblers *Psychoneurendocrinology.* 2004;29:1272-1280.
126. Montanari Sonia. L'identification au héros dans les jeux vidéo. 2005. Thèse de psychologie.
127. Nelson SE, Laplante DA, Labrie RA, Shaffer HJ. The proxy effect:Gender and Gambling Problem Trajectories of Iowa gambling Treatment Program participants. *J Gambl Stud.* jul 2006;13.
128. Nordin C, Ingemar SD. CSF monoamine patterns in pathological gamblers and healthy controls. *Journal of Psychiatric Research.* 2006;40:454-459.
129. Nordin C., Eklundh T. Tapping time at lumbar puncture is longer in pathological male gamblers than in healthy male controls. *J Psychiatr Res*. 1998 ; 32 (6) : 421-2.
130. Oei T.P., Raylu N. Familial influence on offspring gambling: a cognitive mechanism for transmission of gambling behavior in families. Psychol Med. 2004 ; 34 (7) : 1279-88.
131. Olievenstein C. *La vie du toxicomane*. Paris: Presses Universitaires Françaises; 1982.
132. Pallanti S, Bernardi S, Quercioli L, Decaria C, E H. Serotonin Dysfunction in Pathological Gamblers: Increased Prolactin Response to Oral m-CPP Versus Placebo. *CNS Spectr.* . 2006;11(12):956-964.
133. Pallesen S., Mitsem M., Kvale G., Johnsen B.H., Molde H. Outcome of psychological treatments of pathological gambling: a review and meta-analysis. Addiction. 2005 ; 100 (10) : 1412.
134. Parker J.D., Wood L.M., Bond B.J., Shaughnessy P. Alexithymia in young adulthood : a risk factor for pathological gambling. Psychother Psychosom. 2005 ; 74 (1) : 51-55.
135. Papineau E. Le jeu pathologique dans la communauté chinoise,une vision anthropologique. *Loisir et Société.* automne 2001 ; 24(2).
136. Patton J.H., Stanford M.S., Barratt E.S. Factor structure of the Barratt Impulsiveness Scale. J Clin Psychol, 1995 ; 51 : 768-774.
137. Perez de Castro I, Ibanez A, Saiz-Ruiz J, Fernandez-Piqueras J. Concurrent positive association between pathological gambling and functional DNA polymorphisms at the MAO-A and the 5-HT transporter genes. *Molecular Psychiatry.* 2002;7,(927–932).
138. Petry N. A comparison of treatment-seeking pathological gamblers based on preferred gambling activity *Addiction.* 2003;98:645-655.
139. Petry N.M. et Armentano C. Prevalence, assessment, and treatment of pathological gambling : a review. Psychiatric services, 1999; 50 (8) : 1021-1027.
140. Petry N.M., Ammerman Y., Bohl J., Doersch A., Gay H., Kadden R., Molina C. et Steinberg K. Cognitive-behavioral therapy for pathological gamblers. J Consult Clin Psychol, 2006 ; 74 (3) : 555-567.

141. Petry NM, Stinson FS, Grant BF. Comorbidity of DSM-IV pathological gambling and other psychiatric disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry.* May 2005 ; 66 (5): 564-574.
142. Petry NM. Internet gambling: an emerging concern in family practice medicine? *Fam Pract.* Aug 2006;23(4):421-426.
143. Piazza PV. Individual vulnerability to drug self administration :action of corticosterone on dopaminergic systems as a possible pathophysiological mechanism. *Willner,P ,Sheel-Krüger ed.The mesolimbic dopamine system for motivation to action* john Wiley and Soms LTS; 1992
144. Piazza PV, Rougé-Pont F, Deminière JM, Kharoubi M, Le Moal M, Simon H. Dopaminergic activity is reduced in the prefrontal cortex and increased in the nucleus accumbens of rats predisposed to develop amphetamine self-administration. *Brain Research.* 1991; 567(1):169-174.
145. Pietrzak RH, Petry NM. Antisocial personality disorder is associated with increased severity of gambling, medical, drug and psychiatric problems among treatment-seeking pathological gamblers. *Addiction.* Aug 2005 ; 100 (8): 1183-1193.
146. Pietrzak RH, Petry NM. Severity of gambling problems and psychosocial functioning in older adults. *J Geriatr Psychiatry Neurol.* Jun 2006;19(2):106-113.
147. Potenza M.N., Chambers R.A. Schizophrenia and pathological gambling. Am J Psychiatry. 2001 ; 158 : 497-498.
148. Potenza MN, Leung HC, Blumberg HP, et al. An fMRI Stroop Task Study of Ventromedial Prefrontal Cortical Function in Pathological Gamblers. *Am J Psychiatry* 2003;160:1990-1994.
149. Potenza MN, Steinberg MA, Wu R, Rounsaville BJ, O'Malley SS. Characteristics of older adult problem gamblers calling a gambling helpline *J Gambl Stud.* Jul 2006.
150. Potenza MN. Shared genetic contributions to pathological gambling and major depression in men *Arc Gen Psychiatry* Sep 2005;62(9):1015-1021.
151. Ramirez LF. Patterns of substance abuse in pathological gamblers undergoing treatment. *Addictive behavors.* 1983;8:425-428.
152. Raylu N, Oei TP. The Gambling Related Cognitions Scale (GRCS): development, confirmatory factor validation and psychometric properties. Addiction, 2004 ; 99(6) ; 757-769.
153. Reynaud M, Bailly D, Venisse JL. *Médecine et Addictions : Peut on intervenir de manière précoce et efficace?* Paris: Masson; 2005.
154. Rodriguez-Jimenez R, Avila C, Jimenez-Ariero MA, et al. Impulsivity and sustained attention in pathological gamblers : influence of chidhood ADHD history. *J Gambl Stud.* 2006;22:451-461.
155. Roy A, Adinoff B, Roehrich L, et al. Pathological gambling. A psychobiological study. *Arch Gen Psychiatry.* Apr 1988;45(4):369-373.
156. Rugle LJ, Melamed Neuropsychological assesment of attention problems in pathological gamblers. *Journal of nervous and mental disease.* 1993; 181:107-112.
157. Sevy S, Hassoun Y, Bechara A, et al. Emotion-based decision-making in healthy subjects :short-term effects of reducing dopamine levels. *Psychopharmacology.* Aug 17 2006.
158. Sharpe L. A reformulated cognitive-behavioural model of problem gambling : a biopsychosocial perspective. Clinical Psychology Review, 2002 ; 22 : 1-25.
159. Slutske W.S. Natural recovery and treatment-seeking in pathological gambling: results of two U.S. national surveys. Am J Psychiatry. 2006 ; 163 (2) : 297-302.
160. Slutske WS, Eisen S, Xian H, et al. A twin study of the association between pathological gambling and antisocial personality disorder. *J Abnorm Psychol.* May 2001;110(2):297-308.
161. Smeaton M., Griffiths M. Internet Gambling and Social Responsibility: An Exploratory Study. Cyber Psychology & Behavior. 2004 ; 7 (1) : 49-57.

162. Specker SM, Carlson GA, Edmondson KM, Johnson PE, Marcotte M. Psychopathology in gamblers seeking treatment. *J Gambl study.* 1996;12(1):67-81.
163. Specker SM. Impulse control disorders and attention deficit disorder in pathological gamblers. *Annals of Clinical Psychiatry* 1995;7:175-179.
164. Steel Z, Blaszczynski A. Impulsivity, personality disorders and pathological gambling severity. *Addiction.* Jun 1998 ; 93 (6): 895-905.
165. Stora M. Manipuler la souris, une épreuve de théorie de l'esprit. 6 mai 2004. http://www.carnetpsy.com/Archives/Dossiers/Items/SpecialVirtuel/index.htm
166. Strong D.R., Daughters S.B., Lejuez C.W., Breen R.B. Using the Rasch model to develop a revised Gambling Attitudes and Beliefs Scale (GABS) for use with male college student gamblers. Subst Use Misuse, 2004 ; 39 (6) : 1013-24.
167. Sucquart I. *Le jeu pathologique :"Une addiction nouvelle"*. Nantes, thèse de médecine; 1993.
168. Tamminga C., Nestler E.J. Pathological gambling: focusing on the addiction, not the activity. Am J Psychiatry. 2006 ; 163 (2) : 180-181.
169. Tavares H., Zilberman M.L. et el-Guebaly N. Are there cognitive and behavioural approaches specific to the treatment of pathological gambling ? Can J Psychiatry, 2003; 48 (1) : 22-7.
170. The digital Divide : Status Differences in virtual Environment. In *The Social Life of Avatars: Presence and Interaction in Shared Virtual Environments*, R. Schroeder (ed.), London: Springer, Jan 2002, pp. 188-204.
171. Tisseron S. Jeux vidéos : la triple rupture. Numéro 47, de juillet-août 1999, pages 23-30. http://www.carnetpsy.com/Archives/Dossiers/Items/SpecialVirtuel/index.htm
172. Toneatto T., Blitz-Miller T., Calderwood K., Dragonetti R., Tsanos A. Cognitive distortion in heavy gambling. J Gambl Stud, 1997 ; 13 : 253-266.
173. Toneatto T., Ladouceur R. Treatment of pathological gambling: a critical review of the literature. Psychol Addict Behav, 2003; 17 (4) : 284-92.
174. Toneatto T., Millar G. Assessing and Treating problem gambling: empirical status and promising trends. Can J Psychiatry, 2004; 49: 517–25.
175. Trucy F. Rapport d'information sur l'évolution des jeux de hasard et d'argent au nom de la commission des Finances, du contrôle budgétaire et des comptes économiques de la Nation: Sénat; 2006.
176. Turchi RM, Derevensky JL. Youth Gambling :Not a safe bet *Curr Opin Pediatr.* 2006;18(4):454-458.
177. Valleur M, Bucher C. *Le Jeu pathologique*. Paris: Presses Universitaires de France 1997.
178. Valleur M. Jeu pathologique et conduites ordaliques. *Psychotropes.* 2005;11(2):9-30.
179. Valleur M, Bucher C. *Le Jeu pathologique*. Paris: Armand Colin; 2006 ; 127 p.
180. Valleur M, Matysiak JC. Les addictions – dependences, toxicomanies : repenser la souffrance psychique, Armand Colin Editeur, oct 2003, 272 pages.
181. Venisse JL, Dupuis G, Gohier M. Le jeu pathologique : entre Passion et Addiction ?
182. Voon V, Hassan K, Zurowski M, et al. Prospective prevalence of pathological gambling and medication association in parkinson disease. *Neurology.* 2006;66(11):1750-1752.
183. Walker M.B. Irrational thinking among slot machine players. J Gambl Stud. 1992 ; 8 : 245-288.
184. Wang X. Antisocial personality disorder and gambling: comments on Pietrzak & Petry (2005). *Addiction.* May 2006;101(5):748; author reply 748-749.
185. Wanner B, Vitaro F, Ladouceur R, Brendgen M, Tremblay RE. Joint trajectories of gambling, alcohol and marijuana use during adolescence : a person and variable-centered developpemental approach *Addict Behav* 2006;31(4):566-580.
186. Weintraub D, Sideroxf A, Potenza M, et al. Association of dopamine agonist use with impulse control disorders in parkinson disease. *Arch Neurol.* 2006;63(7):963-973.

187. Williams D., Skoric M. Internet fantasy violence: a test of aggression on a online game. 2005. Communication monographs.
188. Wilson DH, Gilliland J, Ross N, Derevensky JL, Gupta R. Video lottery terminal acces and gambling among high school students in Montréal *can J Public Health.* 2006;97(3):202-206.
189. Winnicot D. *Jeu et Réalité ,l'espace potentiel.* gallimard; 1971.
190. Yee N. The psychology of Massively Multi-User Online Role Playing Games: Motivations, Emotional Investment, Relationships, and Problematic Usage. Site : http://www.nickyee.com/daedalus/
191. Zimmerman M, Chelminski I, Young D. Prevalence end diagnostic correlates of DSM IV pathological gambling in psychiatric outpatients. *J Gambl study.* 2006;22:255-262.
192. Zuckerman M, Eysenck S, Eysnck HJ. Sensation Seeking in England and in America :cross cultural,age,and sex comparisons. *Journa of consulting and clinical psychology.* 1978;46:139-149.
193. Zuckerman M. Vulnerability to psychopathology: a biopsychosocial model. In: Substance abuse and dependance and pathological gambling disorders, Washington, DC: American Psychological Association, 1999 : 255-317.
194. Zweig S. *Vingt-quatre heures de la vie d'une femme.* Paris: Stock; 1992.

RAPPORT POUR LA MILDT CONCERNANT LE PROBLEME DES ADDICTIONS AUX JEUX

Jean-Luc VENISSE
Avec la collaboration de Jean ADES et Marc VALLEUR

Partant d'un constat d'absence de données épidémiologiques et de politique sanitaire dans le domaine des conduites de jeu pathologique, pourtant bien documenté au niveau de la littérature internationale, les auteurs du présent rapport insistent tout d'abord sur l'urgence de réaliser de telles études en s'appuyant si possible sur les organismes officiels déjà engagés dans le champ des addictions : MILDT et OFDT.

La réalisation de travaux de recherche clinique et paraclinique est un prolongement nécessaire de ces études épidémiologiques permettant de caractériser un certain nombre de facteurs de risque, tenant notamment aux types de jeu pratiqué, et à des facteurs de vulnérabilité chez certains joueurs. Parallèlement, des études pluri-disciplinaires précisant l'évolution et la place des offres et des pratiques ludiques dans la société devront être menées.

En lien étroit avec les données les plus actuelles de la littérature internationale sur le sujet, ces travaux devraient notamment prendre en compte les principaux types de jeux disponibles et s'interroger sur la spécificité des distorsions cognitives retrouvées chez les joueurs, en ne s'adressant pas exclusivement à des populations de joueurs pathologiques suivis dans des structures de soins.

Ces différentes études permettront de cibler de façon adaptée et efficace les actions de prévention et les propositions thérapeutiques dont notre pays ne peut plus faire l'économie, ce qui est d'ailleurs souligné dans le récent Plan addictions gouvernemental.

Sans attendre leurs résultats ni les conclusions de l'expertise collective de l'INSERM prévue en 2007, il paraît indispensable qu'un dispositif thérapeutique puisse être constitué, par exemple à partir de centres "référence" au niveau de chacune des huit inter-régions, incluant une structure d'écoute et d'orientation des joueurs en difficulté ainsi que de leur entourage (de plus en plus sensibilisés et dans l'attente d'une prise en charge spécialisée).

La place des structures associatives et des groupes d'entraide ne peut être que complémentaire d'un tel dispositif appelé à terme à s'articuler étroitement avec le dispositif général de prise en charge des addictions.

Au niveau de la prévention, la création d'un observatoire des jeux, indépendant et pluridisciplinaire, souhaitée de longue date, et encore récemment dans le rapport Trucy, apparaît comme la seule manière de prendre en compte la complexité des questions et enjeux soulevés, à fortiori dès lors que le problème des jeux en ligne et des jeux vidéo doit être également envisagé.