

**UNIVERSITE DE PARIS 7 - DENIS DIDEROT
FACULTE DE MEDECINE XAVIER BICHAT**

Année 2006

THESE

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

TRIBOU-GIL Charlotte

née le 6 novembre 1976 à Paris

Présentée et soutenue publiquement le :

**Comorbidités addictives et jeu pathologique :
A propos d'une enquête exploratoire
en population toxicomane.**

Président : Monsieur le Professeur Jean ADES

Directeur : Monsieur le Docteur Marc VALLEUR

Interne DES Psychiatrie

Comorbidités addictives et jeu pathologique : à propos d'une enquête exploratoire en population toxicomane

RÉSUMÉ

Le jeu pathologique, médicalement défini par le DSM-III depuis 1980 parmi les troubles du contrôle des impulsions, est aujourd'hui reconnu comme une addiction comportementale à part entière. Cette pathologie n'a pas encore été étudiée au plan épidémiologique en France, mais concernerait un nombre de personnes croissant avec le développement de l'offre de jeux d'argent et de hasard.

Les principaux acteurs de cette offre sont les casinos, les sociétés de courses de chevaux (Pari Mutuel Urbain) et la Française des Jeux, cette dernière institution faisant l'objet d'une observation récemment mise en place par les pouvoirs publics afin d'encadrer les pratiques de jeu et de favoriser un jeu « responsable ».

L'objet de ce travail, où est présentée une enquête réalisée en population toxicomane, a été d'évaluer la présence de joueurs pathologiques parmi des patients dont l'histoire addictive a été explorée au moyen d'instruments standardisés (South Oaks Gambling Screen, CAGE, Test de Fagerström, Severity of Dependence Scale) et de questions ouvertes. Dans un échantillon de trente-trois toxicomanes, la rencontre de huit joueurs pathologiques (24%) confirme l'intérêt d'un meilleur dépistage de cette pathologie, ainsi que d'études en population générale.

Les liens de comorbidité entre toxicomanie et jeu pathologique ont été plus particulièrement étudiés selon les trois axes psychopathologiques que sont le rapport à la figure paternelle et à la Loi d'une part, une appétence particulière pour les sensations fortes d'autre part, enfin, une relation au risque de type ordalique.

Les limites de cette étude résident actuellement dans l'absence de groupe contrôle où pourraient être étudiées les comorbidités addictives chez des joueurs pathologiques.

MOTS CLÉS

- Jeu pathologique
- Comorbidités addictives
- Toxicomanie
- Addiction
- Recherche de sensations
- Ordalie

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	17
PREMIERE PARTIE : DEFINITIONS ET GENERALITES	19
LE JEU : GENERALITES	19
I. DEFINITIONS	20
II. CATEGORIES	22
III. FONCTIONS DU JEU	24
LES JEUX D'ARGENT ET DE HASARD	25
I. DEFINITION.....	26
II. LES INSTRUMENTS DU JEU	29
III. LES LIEUX DU JEU	31
A. Lieux organisés.....	31
B. Lieux privés.....	34
C. Lieux clandestins	34
D. Lieux « à distance »	35
IV. DONNEES SOCIO-ECONOMIQUES : QUELQUES CHIFFRES.....	36
LE JEU PATHOLOGIQUE	38
I. DESCRIPTIONS INITIALES.....	39
II. EVOLUTION CLINIQUE	41
A. Phase de gain.....	41
B. Phase de perte et de chasse.....	43
C. Phase de désespoir.....	43
III. DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL	44
IV. DESCRIPTIONS ACTUELLES DU JEU PATHOLOGIQUE	47
A. CONSIDERATIONS NOSOGRAPHIQUES.....	47
B. CONSIDERATIONS PSYCHOPATHOLOGIQUES.....	53
C. INSTRUMENTS CLINIQUES D'EVALUATION.....	54
D. PREVALENCE DU JEU PATHOLOGIQUE	56
E. DONNEES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES ET FACTEURS DE RISQUE.....	58
V. JEU PATHOLOGIQUE ET COMORBIDITES	60
A. LES TROUBLES THYMIQUES	62
B. LES TROUBLES DE LA PERSONNALITE	63
C. LES TROUBLES LIES A UNE SUBSTANCE ET AUTRES TROUBLES ADDICTIFS.....	66
DEUXIEME PARTIE : PRESENTATION DE L'ENQUETE	73
I. OBJECTIFS	73
II. METHODOLOGIE.....	73
• POPULATION ETUDIEE	73
• OUTILS.....	74
1. Pour le recueil de données.....	74
2. Pour l'analyse des données.....	76
• PRESENTATION DES QUESTIONNAIRES	77

➤ JEU PATHOLOGIQUE : « SOUTH OAKS GAMBLING SCREEN » (SOGS).....	77
➤ ALCOOL : CAGE	82
➤ TABAC : Test de FAGERSTROM	83
➤ AUTRES SUBSTANCES : SEVERITY OF DEPENDENCE SCALE (SDS)	84

III. RESULTATS ET ANALYSE DES DONNEES	86
1. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION INTERROGEE	86
2. RESULTATS POUR CHAQUE QUESTIONNAIRE	87
➤ SOGS.....	87
➤ CAGE	90
➤ Test de FAGERSTROM.....	91
➤ Autres substances et ECHELLE de SEVERITE de la DEPENDANCE (SDS)	92
• Opiacés.....	92
• Cannabis.....	94
• Cocaïne et crack.....	95
• Benzodiazépines et hallucinogènes.....	96
➤ GLOBALEMENT	98
3. RESULTATS COMPARATIFS ENTRE TOXICOMANES JOUEURS ET NON JOUEURS.....	99
▪ Statut familial et professionnel	99
▪ Profils d'abus et de dépendance aux substances	100
▪ Analyse des pratiques de jeu.....	101
- Nature et fréquence des jeux pratiqués.....	101
- Sommes maximales perdues en une journée	102
- Patients non joueurs.....	104
- Résultats spécifiques aux joueurs	108
✓ <i>Joueurs à problème</i>	108
✓ <i>Joueurs pathologiques</i>	111

TROISIEME PARTIE : 8 VIGNETTES CLINIQUES..... 113

Pour chaque vignette, plan suivant :

- Rappel des scores obtenus aux différents questionnaires
- Eléments biographiques
- Antécédents personnels
 - o Histoire de la toxicomanie
 - o Histoire du jeu pathologique
 - o Antécédents psychiatriques
- Antécédents familiaux
- Analyse sémiologique et hypothèses quant aux liens existant entre jeu pathologique et toxicomanie

CAS CLINIQUE N°1 : MONSIEUR D. (40 ANS).....	114
CAS CLINIQUE N°2 : MONSIEUR F. (37 ANS)	120
CAS CLINIQUE N°3 : MONSIEUR G. (49 ANS)	125
CAS CLINIQUE N°4 : MONSIEUR H. (40 ANS)	135
CAS CLINIQUE N°5 : MONSIEUR L. (45 ANS).....	140
CAS CLINIQUE N°6 : MONSIEUR M. (26 ANS).....	146
CAS CLINIQUE N°7 : MONSIEUR O. (35 ANS)	153
CAS CLINIQUE N°8 : MONSIEUR Y. (28 ANS)	160

QUATRIEME PARTIE : DISCUSSION	166
I. CRITIQUES METHODOLOGIQUES.....	166
A. <i>BIAIS LIES A LA POPULATION INTERROGEE</i>	166
B. <i>BIAIS LIES AUX OUTILS</i>	168
II. ASPECTS PSYCHOPATHOLOGIQUES DES PROBLEMES DE JEU CHEZ LES TOXICOMANES (ILLUSTRES PAR LES VIGNETTES CLINIQUES).....	170
❖ LE JEU COMME PATHOLOGIE EVOLUTIVE	170
❖ LECTURES PSYCHODYNAMIQUES	173
❖ APPROCHES COGNITIVO-COMPORTEMENTALES	176
❖ LES HYPOTHESES NEUROBIOLOGIQUES	178
III. TOXICOMANIE ET JEU PATHOLOGIQUE : DE COMORBIDITES SINGULIERES A UNE COMPREHENSION MULTIMODALE DES PHENOMENES ADDICTIFS.....	180
❖ LA RECHERCHE DE SENSATIONS	180
❖ LE CONCEPT D'ORDALIE ET PARTICULARITES DU RAPPORT AU RISQUE	183
CONCLUSION.....	187
ANNEXES.....	189
BIBLIOGRAPHIE	191

INTRODUCTION

A l'heure où se met en place en France un « Comité consultatif pour la mise en œuvre de la politique d'encadrement des jeux et du jeu responsable » (COJER) ²⁸, la notion d'addiction semble plus que jamais au cœur de la réflexion moderne en psychiatrie, questionnant tant sur les frontières entre le normal et le pathologique, que sur la responsabilité des pouvoirs publics à endiguer ce que certains pointent déjà comme un véritable fléau social. Le jeu pathologique s'inscrit en effet parmi des pratiques largement répandues de jeux d'argent et de hasard, concernant, par l'extension même de ce phénomène en plein essor, un nombre de plus en plus important de personnes. C'est ce dont témoigne la recherche anglo-saxonne, avançant des taux de prévalence pour cette pathologie qui côtoient ceux des affections psychiatriques les plus anciennement reconnues comme la schizophrénie par exemple. Le travail auprès de personnes toxicomanes tend à s'élargir devant cette diffusion des conduites humaines donnant lieu à des problèmes de dépendance, et le jeu pathologique, malgré le nombre encore trop restreint de consultations spécialisées pour ces patients, en est un exemple démonstratif. C'est pourquoi il nous a semblé intéressant d'étudier plus précisément les liens pouvant exister entre jeu pathologique et toxicomanie, avec l'hypothèse que des relations de comorbidité fortes unissent ces comportements.

En choisissant comme sujet d'étude la question posée par la présence de ces deux pathologies chez un même patient, notre intérêt a été aussi de nous questionner plus largement sur ce qui fonde dans un parcours de vie cette attirance pour des conduites procurant à la fois plaisir et destruction, et dont le fait de devenir dépendant reste pour le sens commun énigmatique. Pour le psychiatre en effet, ces pathologies dites « addictives » sont l'occasion d'un pas de recul quant à une souffrance psychique se situant au cœur d'une subjectivité tiraillée entre le raisonnable et l'excessif, entre le besoin intime, urgent, et la critique ou l'incompréhension de

l'entourage. Si l'aliénation – la perte de lien – est à la base des représentations classiques de la folie, la pathologie mentale se niche aussi dans cet autre versant des maladies du lien que sont les problématiques de dépendance, et à ce titre l'étude des pathologies addictives nous paraît une voie d'accès privilégiée dans cette clinique composite que nous soumettent les patients.

Nous nous sommes donc livrés à une enquête exploratoire afin de dépister d'éventuels joueurs parmi un groupe de toxicomanes, pour ensuite nous interroger sur les liens de comorbidité existant entre ces deux addictions, ainsi que sur le sens que peut avoir à titre individuel le fait d'être à la fois joueur et toxicomane.

Après avoir situé la notion de jeu pathologique en ayant rappelé les définitions du jeu et des jeux d'argent et de hasard en particulier, nous présenterons dans ce travail les résultats de notre enquête. A partir d'illustrations cliniques fournies par cette étude, nous proposerons enfin quelques pistes de compréhension éclairant les similitudes et les différences observées entre ces deux pathologies, en nous appuyant sur des modèles transversaux appliqués plus largement dans le champ de l'addictologie.

PREMIERE PARTIE : Définitions et généralités

LE JEU : GENERALITES

« Sur toutes les plages du monde, sans fin les enfants jouent » a pu écrire le poète Rabindranath Tagore. Pour le sens commun en effet il n'est pas choquant de concevoir le jeu comme un comportement universel, et source de plaisir à tous les âges de la vie, « de 7 à 77 ans » pour reprendre le fameux slogan. Evocation de l'enfance certes, avec ses rivages au parfum de liberté et d'imaginaire intemporel ; mais aussi de l'amusement, du temps libre et partagé pour le plaisir, gratuitement avec d'autres, excitation de savoir qui a gagné etc. Le jeu semble présent dans toutes les civilisations, depuis les temps les plus anciens de l'humanité. L'historien et philosophe Johan Huizinga ⁶² écrivit même que « le jeu est plus ancien que la culture, les animaux n'ont pas attendu l'arrivée de l'homme pour qu'il leur apprit à jouer. » L'éthologie ¹³ nous apprend en effet que le phénomène ludique est observé dans certaines espèces animales notamment mammifères, ce qui élargit encore le champ recouvert par ce petit mot « jeu ».

Il ne sera pas le lieu ici de nous étendre trop longuement sur l'ensemble des notions que le terme jeu est capable d'évoquer, mais il nous paraît nécessaire en préambule à ce travail de rappeler quelques définitions qui pourront peut-être mettre en perspective certains points abordés plus loin, du moins aider à circonscrire l'objet de notre étude.

I. DEFINITIONS

Pour le dictionnaire ROBERT ³⁷, le jeu est une « activité physique ou mentale purement gratuite, qui n'a, dans la conscience de la personne qui s'y livre, d'autre but que le plaisir qu'elle procure. ». L'origine étymologique est latine à partir du mot *jocus* : « badinage, plaisanterie ». Ludique vient du latin *ludere* qui désigne le fait de jouer avec quelque chose ou avec quelqu'un, jouer un rôle ou encore se jouer de quelqu'un. Notons aussi l'étymologie du mot illusion qui signifie littéralement « entré dans le jeu », du latin *in lusio*. Nous aurons l'occasion de revenir sur ce terme.

Le LITRE ⁸⁶ quant à lui définit le jeu comme un « amusement soumis à des règles où il s'agit de se divertir sans qu'il n'y ait aucun enjeu. »

Si la langue française ne dispose que d'un seul terme pour désigner le jeu, ce qui rend son usage relativement imprécis, les anglo-saxons ⁵⁸ eux distinguent les verbes « to play » (se mouvoir vivement, folâtrer, gambader, jouer, s'amuser librement, jouer au théâtre, à la marchande, au foot, au piano, aux cartes, aux échecs) « to game » (jeu d'adresse, de hasard, jeux olympiques, jeux de ballon, billard, jeux de plein air) et « to gamble » (parier de l'argent), ce qui nous permet d'ores et déjà de situer l'écart de nature entre des activités de jeux libres et désordonnés chez le petit enfant, des jeux de société dont les règles structurent la participation de chaque joueur, ou encore les jeux où il s'agit de parier et de miser de l'argent sur des courses d'animaux par exemple.

Ainsi, quel serait le dénominateur commun nécessaire à la définition du jeu ?

Johan Huizinga en 1951 dans son ouvrage Homo Ludens ⁶², définit ainsi le jeu :

« Action libre, sentie comme fictive et située en dehors de la vie courante, capable néanmoins d'absorber totalement le joueur ; une action dénuée de tout intérêt matériel et de toute utilité qui s'accomplit en un temps et dans un espace expressément circonscrits, se déroule avec ordre selon des règles données et suscite dans la vie des relations de groupe s'entourant volontiers de mystère ou accentuant par leur déguisement, leur étrangeté vis-à-vis du monde extérieur habituel. »

L'académicien Roger Caillois reprend et précise ainsi les critères définissant le jeu, dans son ouvrage publié en 1958 Les jeux et les hommes²³:

« Le jeu est une activité :

- libre : à laquelle le joueur ne saurait être obligé sans que le jeu perde aussitôt sa nature de divertissement attirant et joyeux ;
- séparée : circonscrite dans des limites d'espace et de temps précises et fixées à l'avance ;
- incertaine : dont le déroulement ne saurait être déterminé ni le résultat acquis préalablement, une certaine latitude dans la nécessité d'inventer étant obligatoirement laissée à l'initiative du joueur ;
- improductive : ne créant ni biens, ni richesse, ni élément nouveau d'aucune sorte ; et, sauf déplacement de propriété au sein du cercle des joueurs, aboutissant à une situation identique à celle du début de la partie ;
- réglée : soumise à des conventions qui suspendent les lois ordinaires et qui instaurent momentanément une législation nouvelle, qui seule compte ;

- fictive : accompagnée d'une conscience spécifique de réalité seconde ou de franche irréalité par rapport à la vie courante. »

II. CATEGORIES

Roger Caillois a pu également décrire une classification des jeux selon les principes qui les animent. L'auteur distingue quatre types possibles, qui peuvent se combiner entre eux comme le montre la figure 1 ci-dessous.

-Jeux dominés par le principe de la compétition ou « *Agôn* » : le joueur oppose une rivalité dans un désir de démontrer sa supériorité par rapport à un adversaire situé sur un plan d'égalité et dans un cadre loyal. « L'agôn représente la forme pure du mérite personnel » et ces jeux demandent entraînement, effort, attention, volonté, persévérance. L'auteur y classe par exemple les jeux de lutte, d'échecs, de sports comme l'athlétisme, le billard, le golf.

-Jeux dominés par le principe de hasard ou « *Alea* » : à l'opposé des précédents, car le joueur n'engage pas son mérite personnel mais s'en remet à la chance, au destin qui lui accorde ou non de gagner. Ici pas d'autre adversaire que le hasard, l'exemple emblématique pouvant être la loterie, ou les jeux de dés, de tirage au sort. Ces jeux de hasard sous-tendent le plus souvent des paris et impliquent des enjeux financiers, réalisant le vaste ensemble des jeux de hasard et d'argent dont il sera question plus précisément dans ce travail.

-Jeux dominés par le « faire-semblant », le simulacre ou « *Mimicry* » : le joueur s'amuse à faire comme si, c'est l'espace de la simulation au moyen de déguisements, de masques, de scénarii théâtraux, de rôles d'emprunt. On joue à faire croire qu'on est un autre.

L'une des formes modernes de ce type de jeux est celle des jeux en ligne sur Internet où le joueur endosse l'identité d'un avatar pour le faire interagir avec ses cyber-homologues.

-Jeux dominés par la sensation de vertige ou « *Ilinx* », qui « consistent en une tentative de détruire pour un instant la stabilité de la perception et d'infliger à la conscience lucide une sorte de panique voluptueuse. Dans tous les cas, il s'agit d'accéder à une sorte de spasme, de transe ou d'étourdissement qui anéantit la réalité avec une souveraine brusquerie. » Citons parmi cette catégorie les sports de glisse ou de vitesse, le saut à l'élastique, les manèges.

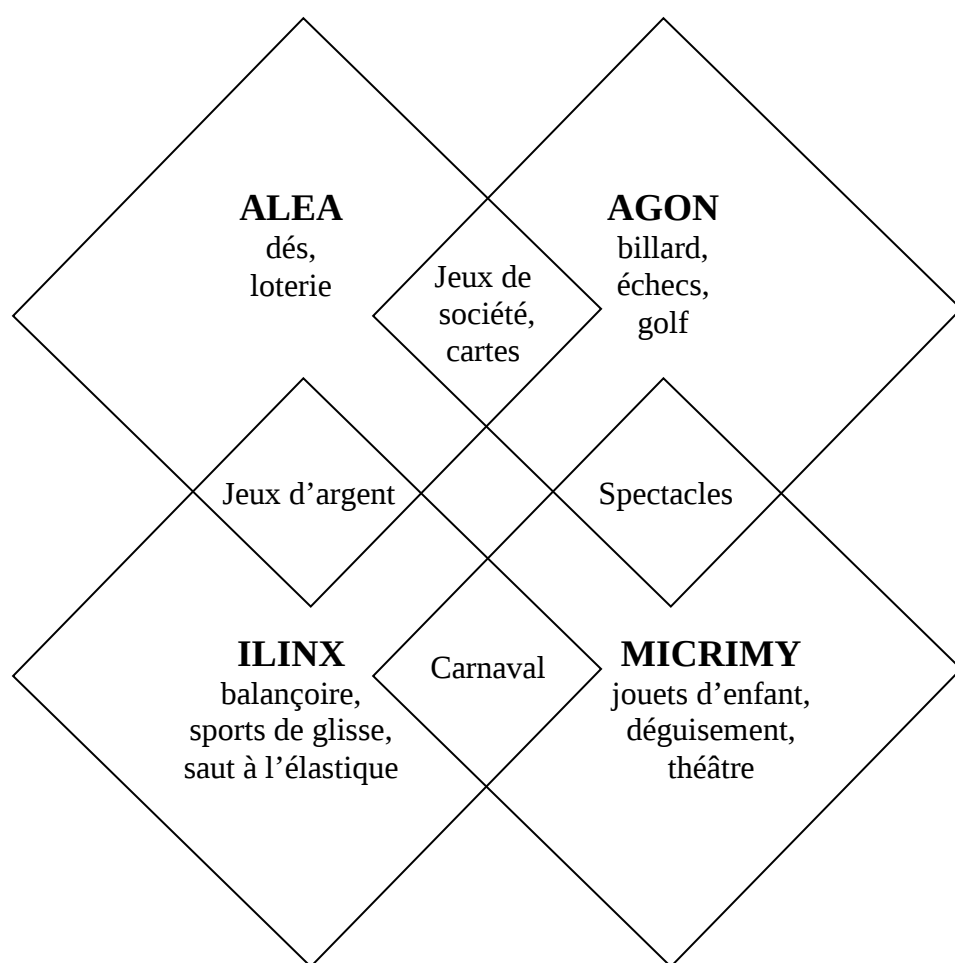


Figure 1 : d'après « Une typologie des jeux », In Dossier coordonné par M. Fournier : A quoi sert le jeu ? ⁴⁸

Caillois va plus loin encore, cette classification selon lui étant insuffisante à recouvrir l'univers du jeu. Il propose donc de ranger les jeux sur un axe reliant deux aspects opposés, qu'il nomme *païda* et *ludus*. *Païda* serait ce « principe commun de divertissement, de turbulence, d'improvisation libre et d'épanouissement insouciant, par où se manifeste une certaine fantaisie incontrôlée. » A l'inverse, *ludus* désignerait « des conventions arbitraires, impératives et à dessein gênantes », nécessitant « une somme constamment accrue d'efforts, de patience, d'adresse ou d'ingéniosité ».

III. FONCTIONS DU JEU

A l'orée de ce travail sur une forme particulière de jeu, dont la pratique peut devenir pathologique, il nous paraît important de souligner aussi, au-delà de ces définitions, combien le jeu en général est souvent considéré dans ses aspects positifs et structurants. Ainsi, Freud, Winnicott, Piaget, Mélanie Klein, Lacan ou encore Françoise Dolto pour ne citer que les plus connus ⁹⁷, se sont penchés sur le jeu des enfants et en ont fait pour certains un moyen thérapeutique privilégié auprès de leurs jeunes patients. Dans L'enfant et le monde extérieur ¹⁴¹, Winnicott expose ses conceptions sur les différentes fonctions du jeu : les enfants jouent par plaisir, pour exprimer l'agressivité, pour maîtriser l'angoisse, établir des contacts sociaux, communiquer avec les autres, in fine le jeu leur permettant l'intégration de leur personnalité en offrant un vaste terrain d'accroissement de l'expérience. « Le jeu, c'est la preuve continue de la créativité qui signifie la vie. » dira cet auteur.

Chez l'adulte, ce sont les sociologues qui nous rappellent l'importance du jeu dans la vie sociale en tant qu'activité supposant un rapport au monde différent de celui qui est habituel. Cette « réalité seconde » venant précisément offrir la possibilité de sortir un temps du rôle social assigné dans la vie réelle, pour mieux l'assumer grâce à cette distance qu'aura permis le

jeu avec ses parts de compétition, de hasard, de sensation et d'imitation. Dans son article de l'Encyclopaedia Universalis ²⁵, Jean Cazeneuve reprend ainsi les analyses de Caillois, Huizinga et G.H. Mead pour situer le paradoxe qui fait du jeu « un processus important dans la socialisation de l'individu, par le fait même qu'il suppose une distance à l'égard des déterminations [...] et qu'il encourage à assumer le risque d'une vie collective jamais totalement dénuée d'incertitudes. [...] Il est aussi prise de conscience de la gratuité possible de tout engagement. ».

Ces considérations non exhaustives sur le jeu en général introduisent ainsi l'arrière-plan sur lequel viennent se situer les jeux d'argent et de hasard, dont on a pu dire qu'ils étaient les jeux humains par excellence et dont l'histoire à travers les âges est marquée du paradoxe de susciter autant d'engouements et de passions que de répressions moralisatrices.

LES JEUX D'ARGENT ET DE HASARD

Les jeux de hasard et d'argent ont une très vieille histoire. Des découvertes archéologiques de l'ancienne Babylone (3000 ans av. J.-C.) ont mis en évidence des objets très vraisemblablement utilisés pour les jeux de hasard.

On pense que l'origine des jeux de hasard et d'argent réside dans les rituels de divination et de tirage au sort. Les civilisations anciennes avaient recours à différentes pratiques pour se renseigner sur les dispositions des dieux (par exemple, les Grecs interprétaient le vol des oiseaux et les Hindous la forme des nuages). Par la suite, les rituels sacrés de divination se sont partiellement sécularisés et le recours au hasard à des fins profanes s'est lentement répandu. L'interrogation du sort est devenue source de paris et de spéculations ¹³³.

Une lecture historique des jeux de hasard et d'argent apporterait nombre d'arguments quant à l'ambiguïté du statut de ces jeux vis-à-vis de la religion, de la morale et de la loi. En effet, même s'ils sont largement répandus à travers le monde, les cultures et les époques, les jeux d'argent ont le plus souvent oscillé entre les « aléas » des différentes législations en vigueur, entre diffusion et contrôle restrictif des états. Notons simplement pour la « petite histoire » que les premières loteries instituées en Europe ont servi à financer de grandes constructions d'intérêt collectif, comme par exemple l'hôpital de la Salpêtrière ou le Champs de Mars à Paris, ainsi que la tour de Westminster, ou encore les bibliothèques publiques en Angleterre.

Les jeux de hasard et d'argent sont le support de la pathologie qui nous intéresse, et existent sous des formes diverses que nous décrirons après avoir énoncé ce qui fonde leur définition.

I. DEFINITION

Les jeux d'argent et de hasard impliquent un pari face à un événement aléatoire dont l'issue détermine pour le parieur un gain ou une perte.

L'acte de parier est ce qui spécifie le jeu de hasard et d'argent (parier, du latin *pariare* qui signifie « évaluer »). Ce pari constitue une forme de défi, ce que les joueurs eux-mêmes ne manquent pas de faire remarquer. Il se caractérise par l'engagement d'une mise d'argent, reflétant le degré de « sérieux » que le parieur attache à sa prédiction ainsi que le risque qu'il accepte d'encourir.

M. Neveux dans un article de l'encyclopédie de la Pléiade ⁹⁵ a proposé une définition des jeux de hasard et en a exposé ainsi les principales caractéristiques :

- Il est tout d'abord nécessaire que l'issue ou résultat de la suite chronologique d'événements constitutive du jeu soit indéterminable (imprévisibilité, hasard).
- Il faut pour qu'il y ait jeu que plusieurs partenaires soient en présence (ce qui permet compétition). Notons que le partenaire peut prendre la forme d'une machine ou d'une institution organisatrice.
- Il est indispensable que les joueurs, avant que la série d'événements constitutive du jeu ne soit commencée, ou, à la rigueur, à un moment déterminé conventionnellement de ce déroulement, fixent une certaine valeur à leur degré de croyance concernant l'issue de l'expérience. Ils l'expriment en langage commun, en le déterminant au moyen d'une valeur d'échange.
- Les joueurs doivent s'engager à maintenir, jusqu'au terme du jeu, le serment qu'ils font de verser à celui dont les prévisions étaient exactes les valeurs auxquelles ils avaient fait correspondre leur croyance erronée.
- Du fait que le jeu est un contrat provisoire, il est indispensable qu'il ait un commencement, tacite ou non, et une fin, tacite ou non.
- N'importe quelle activité humaine peut donner naissance à un jeu de hasard, pour peu que son résultat soit imprévisible.

L'auteur propose une classification des jeux en fonction du véhicule du pari utilisé, dans laquelle il distingue :

- a) les paris sur soi, où entrent des jeux pouvant faire place à l'habileté (poker),
- b) les paris sur les autres où le joueur s'identifie à un champion (loto sportif par exemple),
- c) les paris sur les animaux (courses de chevaux, combats de coqs),

- d) les paris sur les choses, cette catégorie incluant les jeux de hasard proprement dits (roulette, loterie, machine à sous).

Ce qui vaut pour le jeu en général s'appliquerait-il à ces variétés de jeux où l'*alea* aurait la plus grande part ? M. Neveux nous montre combien le pari ne se restreint pas à la dimension aléatoire mais puise aussi dans chacune des catégories décrites par Caillois :

« Le risque fait naître de fortes émotions, mélange d'angoisse et d'ivresse, qui apparente le jeu de pari au jeu de vertige. Mais il porte à son point maximal de pureté, l'essence originale de l'Alea. Le pari, dans sa spécificité, prend ses distances par rapport aux activités engagées et sérieuses en les parodiant : le pari est donc aussi Mimicry. On peut penser que le pari est le plus exemplaire des jeux de compétition. C'est en effet celui où la rivalité se manifeste à l'état le plus pur. Il consiste en un combat dont la loyauté est parfaite, car c'est l'affrontement de deux pairs. »

Cette description nous laisse entrevoir ce qui anime les joueurs, trouvant dans ces paris de nombreuses et diverses formes d'intérêts. Pratiqués par un grand nombre de personnes, les jeux de hasard et d'argent semblent actuellement en pleine expansion, occupant une part importante de la vie économique dans les pays industrialisés. Alain Cotta en a fait dès 1980 le constat dans son livre La société ludique²⁹ où il situe les dépenses du jeu à hauteur de 5 à 6 % du produit national brut français, soit, soulignait-il, le « double de ce que les hommes consacrent à améliorer leurs connaissances technologiques et scientifiques ».

Nous présenterons ici les formes de jeux d'argent les plus courantes dans notre pays, en exposant d'abord les instruments spécifiques aux jeux de hasard, puis les lieux où ils sont pratiqués ainsi que quelques données chiffrées illustrant l'importance de ce phénomène.

II. LES INSTRUMENTS DU JEU

Les outils des jeux de hasard relèvent de catégories anciennes et au nombre relativement limité, comprenant les dés, les cartes, les grilles et tableaux, la roulette ¹³⁴. Ces instruments sont dérivés pour la plupart des moyens employés par les anciens pour interroger les puissances sacrées.

Les dés : l'archéologie nous apprend qu'il s'agissait initialement d'osselets (astragale et os du carpe du mouton) dont on retrouve trace d'usage vers 5000 ans avant J.-C. Ils sont ainsi la première machine à produire du hasard inventé par l'homme, offrant une possibilité variée de combinaisons aléatoires. Les jeux de dés actuellement les plus souvent pratiqués sont le 421, le backgammon, le craps et le money craps, ou encore la passe anglaise.

Les cartes : introduites en occident au XIV^{ème} siècle par les Arabes, elles seraient d'origine chinoise, se répandant en Europe à partir de l'invention de l'imprimerie. Servant à jouer aussi bien qu'à dire la bonne aventure, les cartes sont extrêmement populaires et se déclinent en une vaste gamme de jeux, les plus souvent pratiqués pour de l'argent étant le poker, le rami, le black jack, le trente et quarante, le baccara ou le punto banco par exemple. Comportant une part d'aléatoire par la distribution de la donne, les jeux de cartes font aussi appel à des stratégies où les capacités mnésiques et de concentration des joueurs sont sollicitées, ainsi que leur capacité à « bluffer » l'adversaire si nécessaire.

Les grilles ou tableaux : ancêtres de toutes les formes de loterie, les grilles peuvent être rapprochées des marelles, avec leur lien à une représentation sacrée de l'univers. Aujourd'hui, les différentes formes de loto, ainsi que les paris sur les courses de chevaux continuent à faire remplir des grilles aux parieurs. De nombreux jeux de casino utilisent des

tapis de jeu aux tableaux complexes. De même, les machines à sous continuent à afficher les gains par type de combinaison sous forme de tableaux ornés de symboles de richesse. Nous avons également perçu dans la diversité des jeux de grattage un lointain cousinage avec cette représentation imagée d'un monde offrant la fortune à portée de main. L'effet de gamme utilisé par la Française des Jeux pour commercialiser sans cesse de nouveaux jeux de grattage semble s'appuyer sur les possibilités de projection imaginaire que constitue chaque ticket, toujours estampillé d'un logo évocateur dont le but semble être de rejoindre le joueur dans ses rêves de gloire et d'évasion.

La roulette : introduite en France au XVIIIème siècle, elle est le support des jeux de hasard pur. L'origine de la roulette viendrait des soldats grecs ou romains qui gageaient à l'époque sur le nombre de tours de roue de leur chariot ⁴⁶. C'est ensuite Blaise Pascal qui inventa un modèle précurseur de la roulette moderne, alors qu'il travaillait à construire une machine à mouvement perpétuel. Dans ces jeux, boules ou billes tombent au hasard dans des cases tour à tour rouges, noires, numérotées etc. La roulette est traditionnellement pratiquée dans les casinos sous ses formes classiques (version anglaise, française, jeu de la boule), mais nous retrouvons ce même principe à la base d'autres jeux, notamment les machines à sous inventées aux U.S.A. à la fin du XIXème siècle et qui connaissent depuis un essor manifeste. Il est également intéressant de remarquer que les sports d'adresse et de boules comme la pétanque, le golf ou le billard, ainsi que le football sont souvent des occasions de paris financiers, au point de les voir apparaître dans le questionnaire de dépistage du jeu pathologique que nous détaillerons plus loin. Des expressions populaires telle que « la roue a tourné » ou encore le célèbre jeu télévisé « la roue de la fortune » illustrent bien la place centrale de cet instrument dans l'univers du jeu, qui ne doit pas nous faire oublier le danger extrême de cette autre jeu de roulette qu'est la « roulette russe ». Dans ce jeu, la vie est littéralement suspendue aux aléas des tours de barillet lorsque celui dont la mise est

l'existence même appuie sur la gâchette de son pistolet... Cette conduite qualifiée d'ordalique vient projeter une ombre morbide sur ces jeux de hasard pourtant volontiers ressentis comme anodins et sans conséquences pour qui s'y adonne occasionnellement, simplement pour voir ce que la chance lui réserve.

III. LES LIEUX DU JEU

Comme le définit Caillois, le jeu se pratique dans des lieux circonscrits, autorisés ou non mais toujours identifiés par les joueurs. On peut distinguer quatre grand groupes : les lieux organisés par des opérateurs, les lieux privés, les lieux clandestins, les lieux « à distance ».

A. Lieux organisés :

Les trois principaux opérateurs de jeux de hasard et d'argent en France sont les casinos, la Française des jeux et les sociétés de courses de chevaux représenté par le Pari Mutuel Urbain.

Les casinos : forme emblématique de lieux organisés, ils ont une place à part dans l'univers des jeux d'argent, devenant de véritables temples modernes qui leur sont dédiés. Leurs ancêtres sont apparus au XVIIème siècle à Venise, à la suite des maisons de jeux. Entourés d'un certain mystère, il s'y rend une clientèle de connaisseurs avec ses codes et ses rites. On y joue dans des salles feutrées à l'ambiance quasi professionnelle tant la concentration des joueurs semble intense, émaillée de gros coups pour lesquels les vainqueurs sont fêtés, le champagne offert venant signer l'importance de l'événement. Cependant, les casinos ont de plus en plus tendance ces dernières années à devenir des lieux plus accessibles, moins élitistes, ouverts au plus grand nombre, ce mouvement répondant à la perte de vitesse dont souffraient dans les années 80 ces établissements, concurrencés par les machines à sous et la multiplicité des jeux d'argent instantanés diffusés dans des points de vente plus

accessibles. En France, deux décisions ont été très importantes pour la période actuelle : l'amendement Chaban-Delmas qui autorise, depuis 1988 et dans certaines conditions, l'implantation de casinos dans les villes de plus de 500 000 habitants et l'autorisation, en 1987, par Charles Pasqua d'implanter des machines à sous dans les casinos uniquement. Au moment où tous les casinos, même les plus huppés, étaient en difficulté et où leur nombre diminuait, ces deux autorisations ont provoqué un redémarrage prodigieux de leur activité. Notons qu'ils sont subordonnés à une autorisation du ministère de l'Intérieur. Au nombre de 192 en 2005¹⁰⁶, leur chiffre d'affaire en 2004 s'élevait à 18,66 milliards €, en progression annuelle de 2,6%, (+1,33 % en 2005). Ces lieux permettent de jouer au jeux traditionnels que sont les roulettes, les cartes, les dés, ainsi qu'à ces jeux aux gains instantanés que sont les machines à sous. Ces appareils électroniques représentent 93% du produit brut des jeux¹²⁹ (différence entre mises et gains) soit 2,47 milliards € en 2005. Les 17519 « bandits manchots » accessibles dans les casinos attirent une vaste clientèle, souvent plus âgée, féminine et populaire que celle des salles de jeux traditionnels¹³³.

Les hippodromes : s'y déroulent les paris sur les courses de chevaux, organisés soit sur le lieu même par le Pari Mutuel Hippodrome, soit relayés par le Pari Mutuel Urbain dans les bars, brasseries, tabacs et points de vente en ville⁹⁸; la France métropolitaine compte actuellement plus de 8900 PMU. C'est sous cette forme que se pratiquent surtout ces paris, bien des turfistes n'ayant pas la possibilité de se rendre sur les champs de courses et faisant leur papier devant les écrans des « course par course », avant ou « pendant la réunion ». Il existe en France plus de 250 hippodromes, héritiers d'une passion des courses équestres que connaissaient déjà les romains puisque le premier lieu de ce type a été construit à Rome en 600 avant J.-C. Les célèbres hippodromes d'Auteuil, Longchamp, Enghien, Vincennes, et les non moins célèbres grands prix comme celui du Jockey Club, Steeple Chase, Diane, Arc de triomphe, offrent un attrait luxueux aux 6 millions de parieurs (soit 14% de la population

adulte française), qui se repartissent en clients réguliers (55%) jouant de façon hebdomadaire le week-end, clients occasionnels (40%) jouant surtout au Quinté + ou lors de grands événements, enfin les turfistes passionnés (5%), jouant plusieurs fois par semaine et lecteurs assidus de la presse spécialisée qui guide leurs pronostics. Le PMU propose une grande diversité de paris, variant entre les tiercés, quartés, quintés, simples ou couplés, multi, 2 sur 4 etc. Il est également possible de jouer via les médias que sont le téléphone, la chaîne de télévision câblée Equidia, ou Internet depuis fin 2003. Alors qu'au hasard s'ajoute dans ces paris la possibilité d'exercer des compétences de pronostiqueur, il en existe cependant une forme automatisée où la machine choisit aléatoirement les chevaux, c'est le fameux Spot, permettant ce slogan : « Au PMU, on joue comme on aime » ... Egalement victime de la concurrence d'autres jeux, le domaine des courses déploie de constants efforts pour se maintenir au niveau atteint et entretenir la passion de ses joueurs.

La Française des jeux : leader incontesté des jeux de hasard en France, nous avons visité son site web ⁴⁹ où une présentation des différents jeux proposés, ainsi que des chiffres éloquentes sur la progression de cette institution créée en 1978 nous ont donné un aperçu de sa place majeure dans la vie quotidienne d'un grand nombre de nos concitoyens. La Française des jeux organise des jeux de tirage sous forme de loteries à résultat différé (Loto, Euro-Millions, Jocker plus, Keno) ou instantané (Rapido), des jeux de grattage dont la variété ne cesse de croître (plus d'une douzaine sont actuellement commercialisés, parmi eux citons le Millionnaire, le Tac-O-Tac « gagnant à vie » tous deux couplés à des émissions télévisées, ou encore Astro, Banco, Goal, Morpion, Solitaire etc.), des jeux de pronostic sportif (Loto Foot, Cote & Match), enfin de façon très récente des jeux dits « interactifs » commercialisés sur Internet. Avec plus de 40 000 points de vente sur le territoire dans les bars, tabacs, cafés, relais presse, la Française des jeux fait jouer 28,8 millions de français par an et réalise un chiffre d'affaire en constante progression, atteignant 8,55 milliards € en 2004. Le Rapido a

connu en 2005 une limitation des mises maximales à 1000 € (au lieu de 4000), devant la fréquence des excès rapportés avec ce jeu de loterie instantanée dont les 250 tirages quotidiens sont dénoncés comme ayant un potentiel addictogène particulièrement élevé.

B. Lieux privés :

- Les cercles : lieux privés organisés en associations loi 1901 et organisant pour ses membres différents jeux notamment de cartes (bridge, poker, tarot, rami, baccara, chemin de fer ou banque), ou de boules (multicolore). Marqués par un certain prestige, les habitués (en majorité masculins) s'y fréquentent après s'être acquittés d'un droit d'adhésion relativement élevé. Il existe de célèbres cercles à Paris, comme les Cercles Central, Aviation Club, Clichy-Montmartre, Haussman. Le rapport du sénateur F. Trucy¹²⁹ en 2002 en dénombre 27 au total en France, regroupant 60 000 membres, ainsi qu'une centaine de maisons de jeux au statut comparable.
- Ajoutons à cela l'ensemble des jeux notamment de cartes pratiqués dans le cadre privé, amical ou non, pour de l'argent, activité non quantifiable mais représentant certainement une part non négligeable des jeux d'argent.

C. Lieux clandestins

En marge des 17 519 machines à sous autorisées et installées dans les casinos, existent des « bandits manchots » clandestins, dissimulés dans des jeux d'arcades ou de flipper des bars et des cafés. L'estimation moyenne de leur nombre en France serait d'environ 6000 appareils, réalisant un chiffre d'affaire estimé en 2002 à 2 milliards de francs, non négligeable en regard des 9 milliards de francs (produit brut des jeux) des appareils légaux à la même époque¹²⁹.

Cette pratique illégale n'a évidemment pas disparu avec l'autorisation Pasqua de 1987, elle continue à refléter la part criminelle des jeux d'argent, liée ici à des mafias contrôlant le réseau de ces « baraques ».

Citons aussi dans ce chapitre des jeux clandestins les regroupements spontanés de joueurs dans les arrières salles des bars et cafés, où les parties de cartes « intéressées » se jouent jusqu'à des heures avancées de la nuit.

D. Lieux « à distance »

- Les « cyber-casinos » : la connexion Internet à haut débit se démocratise et fait actuellement partie d'un grand nombre de foyers. Le développement spectaculaire d'Internet et de la téléphonie mobile ces dernières années offre des nouveaux supports à toutes sortes de jeux. Ainsi, le premier casino virtuel sur Internet a été créé en 1995. On peut donc à présent jouer sur son ordinateur, chez soi et à n'importe quelle heure, ce qui confère à cette forme de jeu un caractère solitaire et « privé » malgré une organisation extérieure dont le statut légal est d'ailleurs source de vives polémiques dans l'actualité, la presse s'en faisant l'écho. Plus de 1400 sites Internet de casinos payants (via carte de crédit) auraient été créés, principalement dans les paradis fiscaux, avec une évaluation minimale de 2,2 milliards de dollars par an de chiffre d'affaire^{20, 144}.
- Rappelons qu'il est également possible via Internet de faire son tiercé, ainsi que de jouer à certains jeux de la Française des jeux.

Ayant ainsi passé en revue les jeux d'argent les plus fréquemment pratiqués, nous insistons sur le fait que chacun de ces jeux font plus ou moins appel aux dimensions *alea*, *agôn*, *ilinx* et *mimicry*. Ainsi, les jeux de cartes ou les paris sportifs, ainsi que les paris sur les courses de chevaux comportent une réelle part de compétition, là où les jeux de boules ou de dés n'en offrent au mieux que l'illusion. Notons aussi l'importance des sensations vertigineuses procurées par les jeux où domine le hasard, lorsque surgit cet « instant renversant » lorsque la boule se pose là où les prédictions l'espéraient...

IV. DONNEES SOCIO-ECONOMIQUES : QUELQUES CHIFFRES

En 2004, les dépenses des ménages en jeux se sont élevées à 8,3 milliards € en valeur, c'est-à-dire lorsque l'on soustrait les gains aux mises engagées (= pertes), ces dernières étant évaluées à 34 milliards € misés en 2004, tous jeux confondus ¹⁵. Cela signifie que la dépense annuelle par habitant est de 134 €, beaucoup plus par joueur. La part du budget des ménages que le jeu représente est à peine moindre que celle consacrée aux livres, journaux et périodiques, soit 0,92 % d'après l'INSEE. Expansion du nombre de casinos, de points de vente, de la diversité de l'offre notamment en ce qui concerne les jeux instantanés, autorisation des machines à sous, dynamique commerciale et publicitaire des différents opérateurs, tout ceci contribue à l'augmentation des dépenses de jeux à un rythme soutenu depuis 1976, de +3,1% par an en moyenne. Côtés opérateurs, les chiffres d'affaires s'accroissent également, pour, en 2004, atteindre 7,56 milliards € pour le PMU (progression annuelle de +7%) et 8,55 milliards € pour la Française des jeux (+ 9,8%). Les casinos quant à eux affichaient un chiffre d'affaire de 18,66 milliards €, en progression de +2,6%. De tels chiffres illustrent bien non seulement l'accroissement mais aussi l'ampleur du phénomène,

mettant le jeu d'argent à portée du plus grand nombre et le popularisant : les joueurs sont aujourd'hui majoritaires dans notre société où plus de 30 millions de français tentent leur chance au moins une fois dans l'année. Une enquête « Budget des familles »⁸⁸ réalisée en 2001 montrait que 1 ménage sur 5 (21%) avait joué auprès de l'un des trois opérateurs, et que le tiers de ces ménages était de catégorie ouvrière (sur-représentation par rapport à la population générale où un ménage sur cinq est ouvrier). En moyenne, chacun de ces ménages jouait 1,3% de son revenu annuel, avec dans les ménages les plus pauvres (revenu annuel < 7500 €) une part plus grande encore atteignant 2,6% des revenus joués. Le fait que les joueurs se recrutent ainsi plus volontiers parmi les couches populaires ou moyennes de la société est parfois mis en lien avec la crise économique des dernières décennies, où chômage et difficultés économiques favorisent le recours à cette voie courte vers la fortune (ou du moins la fortune potentielle), accessible à tous que sont les jeux d'argent.

LE JEU PATHOLOGIQUE

Parmi le grand nombre de personnes jouant à des jeux d'argent, une certaine proportion va développer une véritable « passion envahissante » pour ces jeux, pratiqués plus que de raison et entraînant ruine financière voire morale.

La littérature et les arts nous donnent de nombreux exemples de figures emblématiques de ces joueurs invétérés, que ce soient le très célèbre Alexis Ivanovitch dans Le joueur de Dostoïévski ³⁸, ou la description du jeu par Zweig dans Vingt-quatre heures de la vie d'une femme ¹⁴⁷, ainsi que les romans de Kessel, Pouchkine, Hoffmann par exemple, les Elixirs du diable ⁶⁰ de ce dernier nous faisant d'emblée rentrer dans le caractère mystérieusement dangereux et attirant des jeux d'argent.

Ce n'est qu'en 1980 que la littérature médicale dans le DSM-III ⁹ fait état du « jeu pathologique » comme entité morbide, qui s'installe alors dans les classifications nosographiques internationales. Ce qui était autrefois considéré comme passion ou vice acquiert ainsi un statut de maladie, cette évolution n'étant pas sans soulever un certain nombre de débats tant parmi les sociologues que les cliniciens d'ailleurs ¹²⁴. Nous y reviendrons brièvement après avoir examiné les définitions du « jeu pathologique » à travers ses descriptions cliniques initiales, l'évolution classique, les diagnostics différentiels, pour ensuite aborder les descriptions médicales actuelles. Nous traiterons la question des aspects psychopathologiques du jeu excessif dans la dernière partie de ce travail, et excluons de notre description les différentes prises en charge thérapeutiques existant à ce jour.

I. DESCRIPTIONS INITIALES

Les premières études du jeu d'argent comme pathologie se sont faites sous la plume de psychanalystes ⁶, le premier en date étant Von Hattinberg pour qui la tension psychique associée au jeu était de nature sexuelle. Simmel en 1920 relate la première cure analytique d'un joueur, et c'est en 1928 que Freud écrit Dostoïevski et le parricide où il analyse le cas de cet écrivain joueur.

En 1929, R. Dupouy et P. Chatagnon publient l'un des tout premiers textes de psychiatrie sur le jeu pathologique Le joueur, esquisse psychologique ³⁹, où ils rapprochent le cas d'un joueur excessif d'une forme de toxicomanie. Ils y décrivent aussi l'évolution de ce nouveau trouble qui progresse par étapes, à l'instar d'une maladie « incontrôlable ». Les phases décrites par ces auteurs sont l'initiation, l'accoutumance, le besoin, la souffrance et les conséquences, reprenant un modèle inspiré par l'observation des toxicomanies.

En 1957, Edmund Bergler, psychanalyste ayant suivi en thérapie une soixantaine de joueurs, propose dans The Psychology of Gambling ¹⁴ une description du jeu pathologique répondant à six caractéristiques :

1. La pratique du jeu doit être régulière. Notons que cet aspect quantitatif rejoint la question commune à nombre d'addictions où il s'agit de distinguer par rapport à une consommation ou un comportement le moment où cela devient quantitativement « trop ».
2. Le jeu prévaut sur tous les autres centres d'intérêt.
3. Le joueur manifeste un optimisme que n'entament pas ses expériences répétées d'échec.

4. Le joueur ne s'arrête jamais tant qu'il gagne.
5. Malgré les précautions qu'il s'est initialement promis de respecter, il finit par prendre trop de risques.
6. Il existe chez lui un vécu subjectif de *thrill* (sensation de frisson, d'excitation, de tension à la fois douloureuse et plaisante) durant les phases de jeu. C'est ce frisson que le joueur recherche par la suite de façon frénétique : c'est le *craving for the thrill*.

Nous retrouvons dans cette description des aspects quantitatifs, dont témoignent la fréquence et la régularité des pratiques de jeux d'argent, aboutissant à l'envahissement de la vie par cette activité. Bergler souligne également que l'optimisme est inadéquat, conduisant à une quête sans fin où la prise de risque va crescendo. Enfin, la nature exceptionnelle des sensations éprouvées semble expliquer en partie cet attrait démesuré pour le jeu, dans une recherche que Bergler connote comme à la fois douloureuse et plaisante : nous entrevoyons à travers cette description toute la mystérieuse ambiguïté de ces passions (passion, du latin *pator* = souffrir) du jeu.

Citons également les descriptions de E. Moran, qui, dès 1970, propose une description de cinq grandes catégories de joueurs, qu'il distingue ainsi ⁹⁴:

- le type symptomatique, où le jeu apparaît secondairement à une pathologie psychiatrique, le plus souvent dépressive, dont le jeu serait une sorte de symptôme ;
- le type névrotique, le jeu venant répondre à un problème affectif, notamment durant l'adolescence, ou en réponse à un conflit conjugal ;

- le type impulsif, caractérisé par une perte de contrôle périodique par rapport au jeu, avec phénomènes de tolérance, de *craving* et de dépendance qui apparaissent rapidement face aux jeux d'argent ;
- le type psychopathique, où le jeu s'intègre dans une personnalité antisociale ;
- le type sous-culturel enfin, où le jeu excessif serait surtout favorisé par le contexte social où évolue le joueur.

II. EVOLUTION CLINIQUE

A la suite des travaux de Dupouy et Chatagnon, Custer a décrit l'évolution clinique du joueur pathologique qui va suivre une trajectoire aux phases stéréotypées ³². La succession de ces phases semble plus ou moins inexorable et cette évolution peut s'étendre sur de longues périodes (de 10 à 15 ans).

A. Phase de gain

La première phase, dite « de gain », se caractérise lors des expériences de jeu initiales par un gain d'importance variable. Il arrive même de retrouver dans les récits des joueurs un gain majeur, un « big win », associé à un sentiment d'euphorie et d'exaltation. Cette expérience prend une valeur quasi traumatique, bousculant les repères habituels et laissant entrevoir la possibilité de s'enrichir non plus par le travail mais grâce au jeu. Le sujet essaiera dès lors de renouveler cette expérience. Il joue de plus en plus fréquemment, acquérant une certaine

connaissance voire une technique de jeu qu'il assimile à une compétence, se convaincant peu à peu que cela l'assure d'un gain à plus ou moins brève échéance.

Il existe désormais dans le raisonnement du joueur une part importante d'altération de son jugement, avec surestimation des gains et sous-estimation des pertes ainsi qu'une évaluation erronée des probabilités de succès. Le hasard, dont les statistiques montrent qu'il entraîne une remise en jeu indépendante des chances à chaque coup, est appréhendé par le joueur de façon subjective et irrationnelle, celui-ci ayant recours à des superstitions, fétiches et autres systèmes de martingales lui donnant l'illusion de maîtriser la chance, du moins de pouvoir agir sur elle. Il s'agit là de ce que les chercheurs cognitivistes identifient comme des distorsions et cognitions erronées, ainsi que l'ont mis en évidence les équipes nord-américaines notamment ⁵¹. Ces auteurs soulignent par ailleurs que la structure et le fonctionnement même de certains jeux comme les machines à sous ou les jeux instantanés favorisent l'apparition de telles distorsions logiques. Ladouceur et Sévigny ⁷¹ montrent comment les appareils de loterie vidéo ont le pouvoir de renforcer le comportement de jeu, donnant une illusion de contrôle qui s'appuie sur des croyances erronées. Un exemple du même ordre se trouve dans les casinos, qui constituent un milieu valorisant au niveau social et où l'alcool, qui nous le verrons est un élément de comorbidité important, contribue à modifier l'attention, l'éveil et les capacités de jugement.

Cependant, cette première phase est teintée de plaisir et d'élation de l'humeur, le joueur expérimentant une sorte de « lune de miel » pour reprendre l'analogie avec la toxicomanie, durant ici quelques mois à quelques années. Par le jeu, il découvre une possibilité de peut-être infléchir le cours de son destin, y voyant le moyen qui va résoudre magiquement ses difficultés existentielles. Le jeu devient ainsi plus ou moins rapidement une nécessaire habitude, anxiété et affects dysphoriques pouvant être ressentis à l'arrêt. Ces signes discrets de sevrage sont le reflet d'une dépendance comportementale qui s'est installée le plus souvent insidieusement.

B. Phase de perte et de chasse

L'épreuve de réalité rattrape le joueur, qui se trouve confronté à des pertes venant mettre en échec son sentiment de compétence et de maîtrise vis-à-vis du jeu, ainsi que son équilibre financier. L'humeur devient labile, fluctuant au grès des gains et des pertes, le joueur s'engage dans une chasse pour tenter de « se refaire » et combler ses pertes de jeu ...grâce au jeu. C'est une escalade dans laquelle il va engager des sommes d'argent croissantes, n'hésitant pas à emprunter à ses proches, animé par la conviction qu'il retrouvera sa mise par des gains à venir. Peu à peu, le jeu envahit l'ensemble des sphères sociales, professionnelles, familiales, cette activité devient obligatoire et prioritaire, ne pouvant être interrompue sans que surviennent un malaise intense et une envie irrésistible de jouer, analogue au *craving* des dépendances toxicomaniaques ¹³⁵. La personne est centrée sur le jeu, la dépendance comportementale est alors bien installée.

C. Phase de désespoir

Les problèmes financiers, l'accumulation de dettes et la survenue de complications judiciaires éventuelles lorsque cet accablement a poussé le joueur à des actes délictueux, tout ceci enferme le joueur dans le désespoir. La souffrance est intense, longtemps tenue secrète par rapport à l'entourage. La dépression est retrouvée chez plus de 70% des joueurs pathologiques à ce stade du processus évolutif et le taux de tentatives de suicide est de 17 à 24% des cas ⁴⁰, ce qui reflète bien la gravité de cette pathologie dans ses formes évoluées. Custer décrit quatre types d'issues s'offrant alors au joueur exténué : le suicide, l'incarcération, la fuite, ou l'appel à l'aide.

Pourtant, même si le joueur a alors abandonné tout espoir de rembourser ses dettes, il continue le plus souvent à jouer, c'est le « jeu pour le jeu » dans une sorte de fuite et de déni

des complications que cela entraîne ⁶. La poursuite de l'activité de jeux d'argent à ce stade semble aussi fortement motivée par l'attachement au contexte social dans lequel elle se déroule, le joueur trouvant dans les casinos par exemple une ambiance de camaraderie sécurisante pour lui.

III. DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Malgré cette description évolutive où les phases semblent se succéder implacablement, il est important de mettre en avant la multiplicité des attitudes humaines face aux jeux d'argent, et donc la possibilité non seulement de parcours singuliers par rapport à cette pathologie, mais aussi de pratiques tout simplement non pathologiques des jeux d'argent. Le psychologue canadien Igor Kusyszyn ⁶⁶ distingue quant à lui plusieurs catégories de joueurs, offrant ici quelques repères en terme de **diagnostic différentiel** :

- Les « joueurs sociaux » : ce sont des personnes qui jouent soit occasionnellement, soit régulièrement, mais dans la vie desquelles le jeu garde une place de loisir, une part limitée et contrôlée de leur budget et de leur temps y étant consacrée. Ils peuvent s'arrêter de jouer à tout moment, et ne surestiment pas leurs chances de gagner qu'ils savent minimales. Ainsi, Custer ³² explique que si ces joueurs gardent la capacité de cesser de jouer lorsqu'ils le décident, c'est en raison des trois facteurs suivants : le joueur social ne trouve pas de valorisation dans le fait de gagner ou perdre ; d'autres aspects de sa vie sont plus importants ou gratifiants ; un gain important est rarement expérimenté initialement. Ce groupe est très majoritaire, constituant la partie centrale d'une courbe gaussienne aux extrémités de laquelle se trouveraient les gens n'ayant jamais joué d'une part, et les joueurs excessifs de l'autre ¹³⁴. Si les joueurs sociaux

sont les plus nombreux, leurs habitudes de jeu sont variées, de la fréquentation exclusivement estivale des casinos au loto quotidien, en passant par les turfistes du dimanche.

- Les joueurs professionnels : mis à part les organisateurs ou le personnel vivant de l'industrie du jeu, il existe des personnes pour lesquelles le jeu tient lieu d'activité professionnelle et dont ils tirent des revenus substantiels. Ces joueurs vivent leur activité comme un sport professionnel, et peuvent connaître une forme de célébrité dans leur milieu. Les jeux qu'ils pratiquent ne sont pas de hasard pur mais ont une part de savoir-faire, comme au poker, ou impliquent des connaissances, comme dans le cas de pronostics. Sérieux et logiques, ces professionnels se gardent de toute superstition, et leur détachement par rapport aux gains et pertes leur permet de contrôler leur jeu, s'appuyant sur une grande confiance en leurs capacités techniques et expériences.
- Un sous-groupe de cette catégorie serait celui des tricheurs. Ce sont essentiellement les jeux de cartes, comme le bonneteau par exemple, qui se prêtent à ces manipulations, faisant du « joueur » un expert en trucages. Assuré de ses gains, ce type de joueur manifeste une habileté certaine à contourner les règles et la loi pour son profit. D'une certaine manière, la spéculation, le jeu à la bourse, peuvent être rapprochés de ces jeux « professionnels ».

A ces catégories, ajoutons à la suite des travaux de J. Adès ⁷ la catégorie des « joueurs indifférents », qui ne jouent pas ou n'y trouvent pas de plaisir, et à l'opposé celle des « passionnés contrôlés », véritables amateurs de sensations et de risque, mais ayant pourtant la capacité de ne pas se laisser emporter par leur goût excessif pour le jeu. Ces joueurs sont donc

la catégorie la plus à risque d'évoluer vers une pathologie du jeu, si le contrôle qu'ils exercent se relâche quelles qu'en soient les raisons.

Les joueurs pathologiques seraient donc une catégorie à part, minoritaire et distincte des autres catégories de joueurs. Les critères quantitatifs et surtout qualitatifs ont ici toute leur importance, les véritables joueurs pathologiques se trouvant aux prises avec une dépendance comportementale à laquelle échappe la plupart des personnes jouant aux mêmes jeux de hasard et d'argent. Cette dépendance se manifeste par la démesure et l'empiètement du jeu sur le reste de la vie affective, sociale, professionnelle, entraînant une souffrance psychologique certaine malgré la force d'un déni qui retarde souvent la formulation d'une demande d'aide.

Bergler soulignait déjà qu'il ne suffit pas de jouer pour être joueur pathologique : « *not everyone who gambles is a gambler* » écrit-il, ce que reprendra par exemple le sociologue J.P.G. Martignoni-Hutin⁸⁹ pour qui le joueur, à l'instar de l'alcoolique, n'est pas simplement celui qui joue, mais celui qui rejoue : critère quantitatif, mais cette répétition est bien sous-tendue ici par une nécessité de l'ordre de la contrainte addictive, le joueur pathologique ayant comme « *perdu la liberté de s'abstenir* » pourrait-on dire encore, filant la métaphore avec l'alcoolisme décrit par Fouquet⁴⁷...

Il y a bien là un saut de nature qualitative, qui, si nous relions cette perte de liberté de jouer aux définitions même du jeu, activité par nature libre de toute contrainte et nécessité (« *tout jeu est avant tout une action libre ; tout jeu commandé n'est plus un jeu* », écrit Huizinga⁶²), nous introduit au paradoxe perpétuel que vit le joueur, à la fois capable de se décrire prisonnier de son comportement mais en même temps persuadé qu'il est bien en train de « jouer » volontairement et librement. Rappelons aussi la notion de corruption du principe du jeu définie par Roger Caillois qu'il décrit pour les jeux de hasard, dans le cas où le joueur

cesse de respecter l'*alea* c'est-à-dire qu'il cesse de le voir comme un pur effet mécanique des lois présidant à la répartition des chances. « *Le joueur accorde une valeur de signe à toutes sortes de phénomènes, rencontres et prodiges qu'il imagine préfigurer sa bonne ou sa mauvaise fortune. [...] Ce qui était un plaisir devient une idée fixe ; ce qui était évasion devient obligation ; ce qui était divertissement devient passion, obsession et source d'angoisse* ». Nous retrouvons bien dans cette description des éléments caractéristiques de certains mécanismes du jeu pathologique.

Enfin, nous soulignons aussi que le joueur pathologique, lorsqu'il attend du jeu un gain salvateur pour ses finances, ne se situe plus tout à fait ni dans un espace séparé puisque des éléments de réalité matérielle s'interpénètrent avec la « réalité seconde » du jeu par le biais de l'argent misé, ni dans un cadre de jeu improductif, puisqu'au contraire il en attend une manne, se considérant volontiers comme suffisamment compétent pour espérer gagner au-delà des lois mathématiques des probabilités...

IV. DESCRIPTIONS ACTUELLES DU JEU PATHOLOGIQUE

A. CONSIDERATIONS NOSOGRAPHIQUES

Le regard porté sur les joueurs excessifs a considérablement évolué au cours des trois dernières décennies. Autrefois considéré comme amoral, le joueur pathologique d'hier avait un « vice » le mettant au ban de son entourage, là où celui d'aujourd'hui se voit proposer des soins psychologiques et groupes d'entraide. Ce changement semble en cela analogue à l'évolution de la perception des alcoolodépendants et de l'alcoolisme.

Le jeu pathologique est classé comme pathologie médicale pour la première fois en 1977 dans la Classification Internationale des Maladies de l'Organisation Mondiale de la Santé²⁷.

Absent des troubles psychiatriques décrits par le DSM-I et le DSM-II, ce n'est qu'en 1980 que le jeu pathologique fait son apparition dans le DSM-III, où il est cité parmi les « troubles du contrôle des impulsions non classifiés ailleurs »⁹.

Les désordres d'impulsions, comprenant le jeu, mais aussi la kleptomanie, la trichotillomanie, la pyromanie, le trouble explosif intermittent y sont caractérisés de la façon suivante :

1. Incapacité à résister à une impulsion de commettre un acte nuisible à la personne elle-même ou aux autres.
2. Sensation croissante de tension et d'excitation avant de commettre l'acte.
3. Expérience de plaisir, de gratification ou de soulagement au moment où le geste est posé.
4. L'acte commis est égo-syntone, en consonance avec le désir immédiat de la personne.
5. Après avoir posé le geste impulsif, le sujet peut éprouver ou non des regrets et un sentiment de culpabilité.

A la suite des travaux de Custer, le jeu pathologique est défini dans le DSM-III par un certain nombre de critères, qui seront remaniés au fil des éditions suivantes de ce manuel diagnostic, mais tous évoquent l'envahissement et la centration de la vie du sujet par le jeu, son incapacité ou inadaptation à résister et à contrôler cette « impulsion » à jouer, les phénomènes de tolérance et de manque, les conséquences sur sa vie familiale, sociale et financière ; le tableau de cette pratique excessive des jeux d'argent n'étant pas la résultante d'une personnalité psychopathique ou d'un état maniaque avérés.

Les critères actuels cités dans l'édition du DSM-IV-TR¹⁰ sont en correspondance avec ceux de la CIM-10 établis par l'OMS, à ceci près que cette dernière classification requiert la

présence de la totalité des items, avec « au moins deux épisodes de jeu pathologique pendant un an ou plus », là où les critères DSM n'exigent la présence que d'au moins 5 items parmi les 10 cités, sans précision de durée.

Les critères définis par le DSM-IV-TR sont les suivants (correspondance avec les critères diagnostics de F 63.0 [312.31] :

A. Pratique inadaptée, persistante et répétée du jeu, comme en témoigne au moins cinq des manifestations suivantes :

- 1– Préoccupation par le jeu (par exemple, préoccupation par la remémoration d'expériences de jeu passées ou par la prévision de tentatives prochaines, ou par les moyens de se procurer de l'argent pour jouer).
- 2– Besoin de jouer avec des sommes d'argent croissantes pour atteindre l'état d'excitation désiré.
- 3– Efforts répétés mais infructueux pour contrôler, réduire ou 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 (par exemple, des sentiments d'impuissance, de culpabilité, d'anxiété, de dépression).
- 6– Après avoir perdu de l'argent au jeu, retourne souvent jouer un autre jour pour recouvrer ses pertes (pour « se refaire »).
- 7– Ment à sa famille, à son thérapeute ou à d'autres pour dissimuler l'ampleur réelle de ses habitudes de jeu.

8– Commet des actes illégaux, tels que falsifications, fraudes, vols ou détournement d'argent pour financer la pratique du jeu.

9– Met en danger ou perd une relation affective importante, un emploi ou des possibilités d'étude ou de carrière à cause du jeu.

10– Compte sur les autres pour obtenir de l'argent et se sortir de situations financières désespérées dues au jeu.

B. La pratique du jeu n'est pas mieux expliquée par un épisode maniaque.

Notons le parallèle avec certains éléments définissant la dépendance à une substance d'une part (cf. tableau 1), et avec les addictions comportementales telles que définies par A. Goodman d'autre part (cf. tableau 2) ⁵³. Ces classifications diagnostiques situent ainsi d'emblée le jeu pathologique « impulsif » dans le cadre d'un rapprochement avec la notion de toxicomanie et d'addiction, ce que le sens commun résume volontiers dans des formules désignant le joueur comme un « accro », l'expression « la fièvre du jeu » venant comme signer la teneur malade de cette dépendance. Pour M. Valleur en effet, les critères DSM font du jeu pathologique un ensemble équivalent aux toxicomanies ¹³⁴. Outre les notions d'excès quantitatif (critère 1 et 2), d'escalade (critère 2), de syndrome de sevrage à l'arrêt du jeu (critère 4), de la fonction possible d'automédication du jeu (critère 5), la notion du sentiment subjectif d'aliénation (critère 3) vient signer l'équivalent toxicomane que constitue le jeu pathologique.

Tableau 1 : Critères du DSM-IV-TR de la dépendance à une substance

Usage inadapté de substance produisant des complications cliniquement significatives, se manifestant par trois ou plus des éléments suivants présents à tous moments sur une période de 12 mois :

1. Tolérance définie par l'un ou l'autre des critères ci-dessous :
 - a) besoin d'augmenter significativement les quantités de substance pour obtenir une intoxication ou l'effet recherché
 - b) effet significativement diminué alors que la substance est consommée de manière continue en quantité stable
2. Sevrage se manifestant par l'un ou l'autre des critères ci-dessous :
 - a) existence d'un syndrome de sevrage caractéristique
 - b) la substance est prise pour atténuer ou éviter les symptômes de sevrage
3. Substance souvent prise en quantité supérieure ou sur un laps de temps plus long que ce que la personne avait envisagé.
4. Désir persistant de la substance ou existence de plusieurs efforts infructueux pour en réduire ou contrôler l'utilisation.
5. Temps considérable passé à faire le nécessaire pour se procurer la substance, la consommer ou se remettre de ses effets.
6. D'importantes activités sociales, occupationnelles ou de loisir sont abandonnées ou réduites en raison de l'utilisation de la substance.
7. La consommation est poursuivie en dépit de la connaissance de problèmes somatiques ou psychologiques, continus ou récurrents, provoqués ou aggravés par cette consommation.

Existence ou non d'une dépendance physiologique (présence de signes de tolérance et/ou de sevrage)

Tableau 2 : Critères de l'addiction comportementale d'après Goodman (1990)

- A. Impossibilité de résister aux impulsions à réaliser un 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. Préoccupations fréquentes au sujet du comportement ou de sa préparation.
 2. Intensité et durée des épisodes plus importants que souhaité 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, familiales 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 physique.
 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.
 9. Agitation ou irritabilité en cas d'impossibilité de s'adonner au comportement.
- F. Certains éléments du syndrome ont duré plus d'un mois ou se sont répétés pendant une période plus longue.

Le jeu pathologique occupe ainsi une place à la fois originale et centrale dans le domaine des addictions, ce terme étant issu d'une évolution des appellations désignant les phénomènes de dépendance. Rappelons l'étymologie de ce terme « addiction », qui désignait à l'origine la contrainte par corps subie par celui qui ne pouvait payer ses dettes. Le champ sémantique de la dépendance s'étend de l'alcoolisme à la toxicomanie, de la dépendance à l'addiction, de l'addiction aux conduites addictives ¹¹⁰, le jeu pathologique en faisant partie aux côtés de nombreux autres comportements, comme les achats compulsifs, l'addiction au sexe, au sport ou au travail, certains troubles alimentaires (boulimie) ⁷³.

Nous constatons donc que l'entité jeu pathologique est d'une part rangée dans la catégorie médicale des addictions, d'autre part elle implique non pas l'ingestion d'une substance mais la répétition d'un comportement aux conséquences finalement délétères. Le fait que de nombreux comportements humains puissent devenir source de dépendance doit interroger le clinicien sur les hypothèses étiopathogéniques et les mécanismes probablement communs à ces différentes conduites qualifiées d'addictives, qu'elles impliquent l'usage d'une substance psycho-active ou pas, mais aussi sur la frontière délimitant le normal du pathologique. A ce titre, le caractère récent de la constitution médicale des jeux d'argent comme pathologie est particulièrement stimulant pour cette réflexion, qui rejoint en outre la très vieille et très débattue question de la liberté humaine, des rôles individuels et collectifs aussi, face aux déterminations subies, que ces déterminations soient constitutionnelles, individuelles ou contextuelles, pour reprendre le fameux modèle bio-psycho-social.

Par ailleurs, les critères diagnostiques offrent un repère incontournable pour la définition de ces pathologies, caractérisées par une perte de contrôle et de liberté par rapport à des

comportements répandus et initialement recherchés pour le plaisir qu'ils procurent. Comme le rappelle J. Adès ⁴, la tendance contemporaine à médicaliser de plus en plus de comportements pouvant donner lieu à une forme de dépendance ne doit pas nous faire oublier les bases d'une clinique psychiatrique qui s'appuie avant tout sur la rencontre entre un patient et un praticien, dans l'objectif de soutenir une plus grande autonomie quant aux choix existentiels dans lesquels la personne addictée est engagée. Le diagnostic médical de jeu pathologique est ainsi toujours pris en tension entre le regard objectif qui est porté sur un comportement et le sentiment subjectif de dépendance qui seul guidera le joueur vers une demande de soins.

B. CONSIDERATIONS PSYCHOPATHOLOGIQUES

« Le joueur est possédé par une recherche morbide de l'échec, de l'expiation, la poursuite d'un parcours éclairé par la tragique du plaisir et de la mort » (J. Adès) ³ : ces propos nous introduisent à la complexité de cette pathologie, Eros et Thanatos y agissant activement dans une tension vive et finalement épuisante pour ces patients.

Nous ne ferons que citer ici les principales approches psychopathologiques du jeu pathologique, les détaillant ultérieurement pour les besoins de notre discussion.

Citons les approches psychanalytiques, avec les travaux de Freud, Bergler, Tostain, ainsi que Fenichel pour les addictions au sens large ¹²⁶. Ces théories offrent un fondement à toute réflexion sur le jeu pathologique, les relations d'objet – ici le rapport du joueur au jeu – constituant l'un des points centraux de ces études psychodynamiques.

Un autre axe explicatif est celui des modèles comportementalistes (Skinner, Pavlov, Marks et Goodman) et cognitifs (Marlatt, Ladouceur), particulièrement développés par les équipes nord-américaines et appliqués à l'aspect thérapeutique du jeu pathologique ¹³⁴⁻⁶⁵.

L'axe psychobiologique s'attache actuellement à rechercher les facteurs génétiques et neurologiques des comportements caractérisés par une forte impulsivité, sous-tendu également par de probables dysfonctionnements des systèmes d'éveil corticaux ⁵⁷. Des études tentent d'établir également des liens avec les troubles hyperactifs avec déficit de l'attention ; par ailleurs, l'hypothèse d'une recherche de sensations particulière a été étudiée par Zuckerman ¹⁴⁶, et à sa suite en France par les équipes de Carton ²⁴ et d'Adès ⁵, ces hypothèses pouvant s'appliquer à d'autres pathologies notamment les troubles alcooliques.

Enfin, le jeu pathologique peut être lu comme une conduite ordalique, où la prise de risque est recherchée pour des raisons psychodynamiques, ce que montrent les travaux français de Valleur et Charles-Nicolas ²⁶⁻¹³². Cette dernière approche trouve également toute sa pertinence dans nombre d'addictions, qu'elles soient comportementales ou liées à une substance.

C. INSTRUMENTS CLINIQUES D'EVALUATION

Aux côtés des critères précisés par le DSM-IV-TR pour le diagnostic de jeu pathologique, d'autres outils sont utilisés en pratique et en recherche clinique, permettant d'évaluer la présence et la gravité de cette pathologie. Notons que ces outils sont peu nombreux, et que l'instrument le plus couramment utilisé est le questionnaire South Oaks Gambling Screen de Lesieur et Blume déjà évoqué ⁸³. Pour l'avoir nous-même employé aux fins de notre enquête, nous détaillerons sa présentation dans un chapitre suivant.

Le premier instrument identifiant les problèmes de jeu est celui mis au point par les « Gamblers Anonymous »¹¹ en se basant sur les difficultés vécues par les membres de ce mouvement d'entraide de joueurs, fondé en 1957 en Californie sur le modèle des Alcooliques Anonymes. Cette association regrouperait 180 000 membres à travers le monde, dont seulement 200 en France sous l'appellation « Joueurs Anonymes »¹²⁴. Leur auto-questionnaire (cf. annexe I) comporte une série de 20 questions favorisant pour le joueur une identification de son problème. Selon ce mouvement, les personnes répondant positivement à 7 ou plus des 20 questions tireraient bénéfice du programme anonyme en douze étapes qu'il propose.

Citons aussi la section du Minnesota impulsive Disorders Interview consacrée au jeu (cf. annexe II)⁷⁴. Plus récemment, les canadiens Ferris et Wynne ont élaboré en 2001 l'Indice canadien sur le jeu excessif, mais cet instrument n'est encore que peu utilisé sur le plan scientifique⁴⁵.

Des outils plus spécifiquement adaptés à l'évaluation des problèmes de jeu chez les adolescents ont été proposés :

- Le South Oaks Gambling Screen- Revised Adolescent (SOGS-RA) par Winter et coll.¹⁴² en 1993.
- Le Massachusetts Gambling Screen (MAGS), élaboré par Shaffer et coll.¹¹⁷ à partir d'une population de 856 adolescents et comprenant 2 sous-échelles : l'une adaptée à partir du Short Michigan Alcoholism Screening Test¹¹⁶, l'autre consistant en une adaptation des critères du DSM-IV.

D. PREVALENCE DU JEU PATHOLOGIQUE

Les chiffres de prévalence varient selon les études, aucune n'ayant été réalisée à ce jour dans notre pays en population générale. En Amérique du Nord, le DSM-IV-TR ¹⁰ estime la prévalence du jeu pathologique entre 0,4 et 3,4% de la population adulte, notant que ces chiffres sont influencés tant par l'offre de jeux que par la durée de cette offre. La prévalence augmenterait donc ainsi dernièrement avec l'accroissement de l'accès aux jeux d'argent légaux. Par ailleurs, des taux de prévalence plus élevés encore seraient observés chez les adolescents et jeunes adultes (2,8 à 8%), ainsi que chez les personnes présentant une demande de soins pour une dépendance à une ou plusieurs substances, ou chez les sujets présentant une pathologie psychiatrique. Le jeu pathologique concernerait ainsi 7 à 39% des patients abusant de substance selon une étude de Spunt ¹²¹, et 6,7 à 12% des patients hospitalisés en psychiatrie ⁸². Pour Ladouceur ⁷², la prévalence du jeu pathologique dans un échantillon de 1471 étudiants est de 2,7% avec une proportion nettement supérieure d'hommes (5,7%) que de femmes (0,6%). Petry et Armentano ¹⁰¹ soulignent l'augmentation observée des taux de prévalence en corrélation avec la légalisation du jeu dans le Connecticut, et avancent des chiffres de 1,4% pour la prévalence actuelle et 5,1% pour la prévalence vie entière du jeu pathologique. En 2000, une étude épidémiologique française ⁷⁸ concernant les dépendances comportementales s'appuyait sur les données récentes de la littérature pour rapporter des taux de prévalence compris entre 3,9 et 4,2% en ce qui concerne le jeu à problème, et entre 1,2 et 2,3% en ce qui concerne le jeu pathologique dans des populations nord-américaines ¹³⁷. Par ailleurs, Lejoyeux et coll. ⁷⁸ mettent aussi en évidence un taux de prévalence de près de 10% de joueurs pathologiques parmi une population alcoolo-dépendante, ce qui corrobore les données mettant en évidence les liens de comorbidité fréquemment observés au plan épidémiologique entre ces diverses pathologies, liens sur lesquels nous reviendrons.

Certains auteurs critiquent ces données qu'ils pensent surestimées, car issues d'enquêtes pour la plupart anamnétiques, comptabilisant ainsi les cas actuels et les antécédents de jeu pathologique vie entière ¹³⁸. De plus, la plupart des enquêtes épidémiologiques utilisent le questionnaire élaboré par Lesieur et Blume, la South Oaks Gambling Screen, validé à partir d'un panel de patients et pouvant induire de ce fait un nombre non négligeable de faux positifs lorsque ce questionnaire est appliqué en population générale, qui plus est lors d'enquêtes téléphoniques. Par ailleurs, Lesieur souligne à l'inverse qu'à côté de ces biais possibles, le fait que les détenus, les militaires et les jeunes déscolarisés soient classiquement exclus des études épidémiologiques participe sans doute à une sous-évaluation du nombre de patients en population générale ⁸⁴.

Nous faisons l'hypothèse que ces difficultés épidémiologiques sont sans doute inhérentes tant au caractère récent de cette pathologie qu'au fait que ce phénomène ne soit pas dénué d'enjeux de sociétés auxquels s'ajoute une complexité clinique individuelle évidente. Les chiffres disponibles sont cependant élevés au regard des prévalences habituellement observées pour d'autres pathologies mentales, et font du jeu pathologique un problème de santé publique dont les pays développés prennent la mesure selon des rythmes variables. Ainsi, en France, vient d'être mis en place un comité d'observation des jeux d'argent (COJER) ²⁸ dont les actions notamment de prévention seront mandatées par les pouvoirs publics, rejoignant les mouvements associatifs, tels SOS Joueurs par exemple ¹¹⁹, déjà actifs en ce sens. Malgré l'absence d'études épidémiologiques françaises à ce jour, des estimations évaluent dans notre pays le nombre de joueurs à problème à près d'un million et celui des joueurs pathologiques entre 300 et 600 000 personnes ^{88, 129, 134}.

E. DONNEES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES ET FACTEURS DE RISQUE

Les premières descriptions dessinant le portrait-type du joueur pathologique montraient un joueur masculin, aux capacités intellectuelles moyennes ou supérieures et doté d'une forte ambition l'amenant à entreprendre énergiquement de multiples activités ³². Goût pour la compétition, investissement sportif intense ou dans des activités de groupe, position de leader, tout ceci caractériserait ces joueurs pathologiques par ailleurs souvent socialement reconnus et responsabilisés.

Ce portrait ne rejoint qu'en partie les données des études statistiques et épidémiologiques plus récentes à propos de ce groupe finalement très hétérogène des joueurs pathologiques. Il existe en effet une prédominance masculine avec un sex-ratio d'environ deux hommes pour une femme, les joueurs pathologiques étant le plus souvent des célibataires d'une trentaine d'années, sans diplômes et amateurs de vidéo-poker. Les sujets jouant aux courses et au casino seraient en moyenne plus âgés que les autres. Les joueurs pathologiques se recrutent par ailleurs principalement dans les couches socialement défavorisées de la population, pouvant malgré cela dépenser en jeu de 14 à 45% de leur revenu mensuel (*versus* 5% en moyenne chez un joueur social) ¹⁴⁰.

En France, l'étude épidémiologique exploratoire réalisée auprès de joueurs en 1993 par A. Achour-Gaillard ¹ met en évidence de la même façon une surreprésentation masculine (plus de 90% des sujets), un âge compris entre 25 et 44 ans avec un pic à 40-44 ans. Bien qu'ayant pour la plupart une vie familiale, la majorité de ces joueurs décrivent des problèmes de surendettement, ainsi qu'un retentissement du jeu sur leur relation conjugale. Les femmes

interrogées jouaient surtout aux machines à sous. Enfin, près de 20% des joueurs avaient commis des actes délictueux.

L'attrait du jeu semble débiter précocement chez ces joueurs, le plus souvent à l'adolescence. Selon Dell et coll.³⁶, l'âge moyen lors de leur première expérience de jeu est de treize ans. Par la suite, ces joueurs développent une dépendance graduelle, avec des années de « jeu social » puis un changement plus ou moins brutal de leur comportement de jeu, parfois précipité par un stress existentiel ou par une exposition plus importante au jeu. Ce qui semble l'évolution courante chez l'homme n'est pas la même chez la femme, dont l'âge de début de jeu se situe plus tard, avec une prédilection pour les jeux solitaires, non compétitifs comme les machines à sous ; chez elles, le contexte retrouvé est plus souvent celui d'une dépression à laquelle le jeu vient offrir un échappatoire⁶. Notons qu'une progression plus rapide chez la femme des problèmes de jeu a été rapportée par H. Tavares et coll.¹²⁵, c'est « l'effet télescopique », aussi observé au féminin pour d'autres dépendances (opiacés, cocaïne, alcoolodépendance)⁸, ou chez certains adolescents basculant rapidement de l'usage à la dépendance.

Pour finir et afin de caractériser plus précisément le jeu pathologique, Adès et Lejoyeux⁶ soulignent l'importance des constatations de Blume¹⁹ qui a objectivé plusieurs facteurs de risque :

- La présence d'antécédents familiaux de jeu pathologique ou d'alcoolisme.
- Le fait d'être célibataire.
- L'exposition précoce aux jeux d'argent durant l'adolescence.
- Une dépendance à l'alcool ou aux drogues illicites.
- L'importance de l'offre de jeu.

Ajoutons à cela que certains autres facteurs existentiels sont considérés comme prédisposant, mais peu spécifiques : le décès ou l'éloignement (par abandon, divorce) d'un parent survenant avant 15 ans, une discipline parentale inadaptée (absente ou incohérente), une hypervalorisation familiale des symboles de richesse, ou encore une famille ne mettant pas l'accent sur les activités d'épargne, d'organisation ou de budget ⁴⁴.

Ces éléments socio-démographiques nous donnent un aperçu quelque peu impressionniste de la diversité des tableaux cliniques rencontrés dans cette population de joueurs pathologiques, et mettent aussi en relief l'importance pour cette pathologie des aspects environnementaux, tant au niveau étiologique qu'en terme de conséquences. Nous allons à présent nous attacher à décrire les principales comorbidités fréquemment rencontrées chez ces joueurs, ce qui, au-delà de l'aspect épidémiologique, nous permettra de rentrer plus avant dans la compréhension clinique de cette pathologie.

V. JEU PATHOLOGIQUE ET COMORBIDITES

Notre étude étant principalement orientée sur cette question clinique, nous rappellerons d'abord les différentes relations de comorbidité pouvant unir deux pathologies entre elles.

Prenons l'exemple d'une dépression et d'une alcoolodépendance observées chez un même patient. Il existe quatre types possibles de relation entre ces deux diagnostics :

- a. La dépression peut être primaire, présente avant le début du problème d'alcoolisation, ce dernier pouvant être interprété comme conduite d'« auto-médication » de la souffrance dépressive. (« l'existence de A favorise l'apparition de B »).

- b. L'alcoolodépendance à l'inverse peut précéder l'apparition du syndrome dépressif, lequel apparaît comme une complication du problème d'alcool. (« l'existence de B favorise l'apparition de A »).
- c. L'existence d'une communauté de facteurs de vulnérabilité (qu'ils soient biologique, psychologique ou social) favoriserait l'apparition tant de la dépression que de l'alcoolodépendance. (notion de terrain étiopathogénique commun à A et B).
- d. L'association observée entre ces deux pathologies très fréquentes ne pourrait être, dans certains cas, qu'une co-occurrence fortuite, sans réel lien psychopathologique.

Après avoir étudié l'historique et la définition du concept de comorbidité tels que rapportés par F.J. Baylé et coll. dans leur article de l'Encyclopédie médico-chirurgicale ¹², nous pouvons redire toute l'importance d'une analyse clinique fine lorsqu'un même patient présente plusieurs affections psychiatriques et/ou addictives, afin de ne pas abusivement lier des problématiques nettement distinctes, ou à l'inverse d'abaser les nuances psychopathologiques propres à chaque affection surtout lorsqu'il s'agit de troubles partageant un socle nosographique commun. Pour le sujet qui nous intéresse, notons que cette question des comorbidités fait écho à tout un pan des recherches actuelles dans le champs des addictions, diverses dans leurs présentations et leurs objets, mais probablement nouées autour de problématiques psychopathologiques communes ⁵².

Les comorbidités psychiatriques les plus fréquemment décrites pour le jeu pathologique sont :

- Les troubles thymiques
- Les troubles de la personnalité
- Les troubles liés à une substance et autres troubles addictifs

A. LES TROUBLES THYMIQUES

Le jeu pathologique tel que défini par le DSM comporte un critère d'exclusion distinguant cette pathologie des conséquences d'un épisode maniaque pouvant par ailleurs entraîner un comportement excessif de jeu dans le cadre de « dépenses inconsidérées ». Cependant, les études épidémiologiques et cliniques tendent à montrer une importante relation entre les troubles de l'humeur, essentiellement dépressifs, et le jeu pathologique. Ainsi, les scores aux échelles de dépression sont plus élevés chez les joueurs qu'en population générale, et la présence du jeu pathologique (ainsi que d'autres troubles du contrôle des impulsions) est plus fréquente parmi une population de dépressifs *versus* non-dépressifs ^{114, 18, 76}. Une étude de McCormick et coll. retrouve ainsi 76% de syndromes dépressifs majeurs et 11% de manies ou hypomanies dans une population de joueurs pathologiques hospitalisés ⁹¹. L'étude de Linden réalisée quant à elle en ambulatoire retrouve 52% de troubles thymiques (28% dépression et 24% troubles bipolaires) parmi sa cohorte de joueurs pathologiques ⁸⁵. Cunningham-Williams et coll., quant à eux, à partir des données d'une étude en population générale (ECA de Saint-Louis) estiment que le diagnostic de dépression majeure est retrouvé avec un *odds ratio* de plus de 3,3 pour 1 chez les joueurs pathologiques par rapport aux individus indemnes de ce problème ³¹.

Concernant la présence d'idéations et de tentatives de suicides, des taux importants de l'ordre de 20% en moyenne ont été mis en évidence parmi des populations de joueurs. Certains auteurs ont établi que, si le taux de suicide dans la population générale atteint 3%, celui des joueurs pathologiques oscillerait entre 17 et 24% ⁴⁰. Des cas de suicides liés au jeu sont de plus en plus souvent rapportés aux Etats-Unis, notamment dans les villes où se concentrent la plus grande activité de jeux d'argent comme Las Vegas, Atlantic City, New Jersey ¹⁰⁵. Ces

gestes suicidaires surviendraient le plus souvent aux stades avancés de jeu, alors que le joueur épuisé se trouve aux prises avec les conséquences multiples de sa conduite.

Les liens existant entre troubles de l'humeur voire suicide et jeu pathologique ne sont pourtant pas élucidés par ces observations. Si le suicide peut apparaître dans certains journaux comme une conséquence du jeu excessif, il serait pourtant réducteur d'établir un lien de causalité directe et univoque entre ces deux phénomènes. Certes les joueurs eux-mêmes sont volontiers enclins à se dire déprimés et suicidaires à cause de leur problème de jeu pour lequel ils consultent, mais le jeu est également souvent exprimé comme une activité leur permettant précisément de lutter contre des affects dépressifs anciens. De nombreux joueurs expliquent ainsi avoir basculé d'une pratique sociale et récréative à une véritable dépendance au jeu au décours d'un événement de vie dépressogène, trouvant dans le jeu à la fois réconfort, évasion, stimulation et espoir de fortune. Rappelons que la dépression survient aussi dans un nombre non négligeable de cas en réaction à l'arrêt du comportement de jeu excessif ⁸⁵, ce qui illustre bien le phénomène par lequel ces deux pathologies semblent s'alimenter mutuellement.

B. LES TROUBLES DE LA PERSONNALITE

Il est fait mention dans le DSM-III du critère d'exclusion quant au jeu pathologique qui ne doit pas être « en rapport avec un trouble de la personnalité de type psychopathique ». Ce critère pourtant a disparu aujourd'hui du diagnostic de jeu pathologique, remis en question par l'observation de comorbidités de ce type parmi les joueurs. Le DSM-IV-TR précise donc que : « des difficultés avec le jeu peuvent être observés dans le cadre de la personnalité antisociale. Lorsque les deux troubles sont présents, les deux diagnostics doivent être faits ». Blaszczynski en 1989 retrouve 14,6 % de joueurs en traitement présentant une personnalité antisociale ¹⁷, ce qui laisse supposer des chiffres plus élevés encore chez les joueurs sans

demande de soins. De la même façon, Lejoyeux et coll.⁷⁶ ont démontré que les joueurs pathologiques avaient des scores supérieurs à ceux de la population générale sur l'échelle de déviation psychopathique du Minnesota Multiphasic Personality Inventory. Par ailleurs, les actes délictueux sont souvent présents dans l'histoire de ces joueurs, concernant par exemple deux tiers des personnes fréquentant les Joueurs Anonymes selon l'étude de Lesieur⁸⁴.

Cependant, comme le soulignent Adès et Lejoyeux⁶, ces comportements délictueux rapportés à la personnalité antisociale sont en fait le plus souvent des conséquences directes du jeu. Zuckerman¹⁴⁶ considère que le diagnostic de psychopathie est de ce fait surévalué chez les joueurs pathologiques, vols et escroqueries étant le plus souvent secondaires à des dettes de jeu sans qu'existe pour autant de réelle tendance à l'impulsivité et à la transgression sociale. Les analyses de C. Bucher²² à ce sujet nous permettent également de distinguer différents liens possibles entre délinquance et jeu pathologique. Ainsi, cet auteur différencie :

- Une délinquance secondaire aux dettes et emprunts entraînés par le jeu.
- Une évolution secondaire vers le jeu excessif de sujets initialement marginaux ou délinquants.
- Une forme clinique particulière de jeu pathologique, à savoir la variante psychopathique de la typologie de E. Moran.
- L'addition plus ou moins fortuite de problématiques de jeu et de délinquance, favorisée par le fait que l'univers du jeu puisse constituer un lieu de rencontre et de croisement entre clandestinité et jeux d'argent autorisés ;
- Existence de recoupements (*overlaps*) entre jeu pathologique et abus de substances notamment drogues illicites, les lieux du jeu clandestin pouvant correspondre aux lieux d'échange des substances illicites. Nous verrons que les toxicomanes joueurs

semblent en effet particulièrement concernés par cet aspect de la délinquance liée aux jeux d'argent.

Si le débat n'est pas tranché, cette question a le mérite de nous alerter sur les constants remaniements qu'implique chez ces patients leur pratique de jeu lorsqu'elle les conduit ainsi à se transformer en délinquants presque « malgré eux » pourrait-on dire...

D'autres types ou traits de personnalité ont été rapportés en association avec le jeu pathologique, citons :

- l'alexithymie ⁸⁷, également associée à d'autres troubles addictifs tels l'alcoolisme, l'abus de cocaïne, l'hyperphagie.
- la personnalité narcissique ¹¹³, ainsi que les personnalités borderline, obsessionnelle-compulsive, évitante, schizotypique et évitante ont également été observées chez des joueurs dans une étude de Black et Moyer ¹⁶, sans que cela ne permette évidemment de poser de conclusions devant, redisons-le, la grande hétérogénéité des populations de joueurs pathologiques.
- Mentionnons par ailleurs les recherches actuelles à propos des deux dimensions que sont l'impulsivité d'une part, et la recherche de sensations d'autre part, traits de personnalité sur lesquels nous reviendrons abondamment dans la partie clinique et psychopathologique de ce travail et qui pourraient être au cœur de certaines problématiques de jeu.

- Enfin, et dans une certaine continuité avec les traits que nous venons de citer, la dimension ordalique apparaît également comme un facteur explicatif fréquemment associé au jeu pathologique en tant que comportement risqué où il s'agit de miser son argent, mais aussi souvent bien plus encore. Nous situerons là aussi cette dimension ordalique dans l'étude psychopathologique que nous ferons au sujet des comorbidités que nous aurons pu observer dans notre enquête exploratoire.

C. LES TROUBLES LIES A UNE SUBSTANCE ET AUTRES TROUBLES ADDICTIFS

Cette catégorie de comorbidités est très souvent citée à propos du jeu pathologique et de nombreux auteurs se sont attachés à en étudier les aspects épidémiologiques. L'association la plus fréquemment observée étant celle entre jeu pathologique et alcoolodépendance. Pour Welte et coll.¹³⁹, le risque pour les joueurs d'avoir une alcoolodépendance associée serait ainsi 23 fois plus élevé (*odds ratio*= 23,1). Cunningham-Williams et coll.³¹ retrouvent 44% de problèmes d'alcool vie entière dans leur échantillon de joueurs pathologiques, proportion bien supérieure au 14% observés en population générale. Cette association nous évoque les nombreux parallèles qui ont pu être faits quant à la construction médico-sociale de ces deux pathologies, du moins pour l'aspect historique. Par ailleurs, nous avons vu que la dépendance à une substance constitue un facteur de risque du jeu pathologique, ainsi que les antécédents familiaux d'alcoolisme.

Sur le plan psychopathologique, la présence chez un même sujet de problèmes de jeu et de toxicomanie interroge sur d'éventuels mécanismes communs sous-jacents ; d'autre part, le fait que le jeu soit classé comme « trouble du contrôle des impulsions » n'empêche en rien les

rapprochements de plus en plus admis entre jeu et toxicomanie, dont M. Valleur nous rappelle les arguments ¹³¹:

« La parenté entre toxicomanie et jeu pathologique se trouve dans le fait que ces deux attitudes sont définies par la répétition d'une conduite, supposée par le sujet prévisible, maîtrisable et s'opposant à l'incertitude des rapports de désirs ou existentiels interhumains. De plus, les observations fréquentes de recoupements chez un même sujet de conduites toxicomanes et de jeu excessif, mais aussi d'autres addictions comportementales viennent conforter l'hypothèse de cette parenté. Ces recoupements se font aussi par des passages d'une pathologie à une autre, évoquant là encore un moteur commun à ces dépendances variées. Enfin, les propositions thérapeutiques, pour empiriques qu'elles soient, offrent une similarité frappante, qu'illustre particulièrement bien la diffusion du modèle thérapeutique en douze étapes des Alcooliques Anonymes à toutes sortes de comportements donnant lieu à un sentiment subjectif de dépendance. ».

Le jeu pathologique semble donc trouver naturellement sa place dans le champs des addictions, dont on peut dire que son amplitude laisse au sujet dépendant « l'embarras du choix » quant à l'objet de sa dépendance...Les études descriptives montrent des relations étroites entre jeu et alcool, mais aussi entre jeu et dépendance à une substance, que l'observation porte sur des populations de joueurs ou sur des populations de toxicomanes.

Nous présentons ici un tableau synoptique complétant celui établi par Crockford et coll.³⁰ et où nous avons signalé les données de la littérature que nous avons pu lire afin de préciser quelles étaient ces différentes comorbidités addictives. (cf. tableau 3)

REVUE DE LA LITTÉRATURE CONCERNANT LES COMORBIDITES ADDICTIVES DU JEU PATHOLOGIQUE : Tableau 3.
--

Réf	Population et taille de l'échantillon	Type d'étude	Résultats	Particularités
A	Patients alcoolo-dépendants, N= 79	Prospective	7 joueurs (8,9%)	Alcoolisme : début plus jeune, plus long, cures plus fréquentes
B	Membres des Gamblers Anonymes, N= 35	Rétrospective, série de cas	11% buveurs excessifs lors d'arrêt du jeu 11% parent alcoolique, 9% pb d'alcool dans la fratrie	
C	Joueurs hospitalisés, N= 51	Rétrospective, série de cas	39% pb d'alcool durant l'année précédant l'hospitalisation pour jeu 47% abus d'alcool ou de drogue vie entière	50% parent alcoolique ou toxicomane, 36% alcool ou toxicomanie dans la fratrie
D	Joueurs hospitalisés, N= 50	Rétrospective, série de cas	36% pb d'alcool ou toxicomanie (32% alcool, et 4% toxicomanie)	
E	Toxicomanes hospitalisés, N= 458	Rétrospective, série de cas	9% de joueurs pathologiques (SOGS > 5) 10% de jeu à problème (SOGS= 1-4)	
F	Joueurs en traitement, N=24	Rétrospective, série de cas	25% abus de substance 8,3% antérieurement traités pour l'alcool	25% problème d'alcool dans les apparentés au 1 ^{er} degré
G	Toxicomanes en communauté thérapeutique, N= 100	Rétrospective, série de cas	14% joueurs pathologiques 14% joueurs à problème	
H	Patients hospitalisés en psychiatrie, N= 105	Rétrospective, série de cas,	6,7% joueurs pathologiques dont 11% abus de substance associé au jeu pathologique	
I	Toxicomanes hospitalisés, N= 2171	Rétrospective, contrôle de cas	13% joueurs pathologiques	Polytoxicomanes montrent des problèmes de jeu plus sévère
J	Native American gamblers, N= 149	Rétrospective, série de cas	10% des anciens toxicomanes restent abstinents en jouant 73% des joueurs à problème fument du tabac	
K	Patients sous méthadone, N= 462	Rétrospective, série de cas	21% joueurs pathologiques 9% joueurs à problème	Consommation d'héroïne et d'alcool fréquente pendant le jeu. Usage du jeu pour se procurer l'argent pour la drogue. Héroïne rend le jeu plus excitant, joueurs plus concentrés, moins stressés
L	Joueurs pathologiques traités en ambulatoire, N= 69	Enquête	34,8% alcooldépendance vie entière (23,2% actuelle) 62,3% troubles de la personnalité	Problèmes de jeu plus sévères chez les sujets ayant une comorbidité associée.

M	Toxicomanes traités en ambulatoire, N=74 (61,6% alcool, 60,3% cocaïne/crack, 34,2% cannabis)	Enquête exploratoire	18,9% joueurs pathologiques 10,8% joueurs à problème, 70,3% joueurs sociaux	Toxicomanes joueurs significativement plus déprimés que toxicomanes non joueurs
N	Alcoolodépendants en sevrage, N= 100	Enquête exploratoire	13% joueurs pathologiques vie entière	Alcoolisation pendant le jeu (92%), 61% des joueurs considérant que le jeu majeure leur consommation d'alcool. Cannabis, tabac, achats compulsifs plus fréquemment observés chez les joueurs vs non joueurs.
O	Adolescents avec abus (67%) ou dépendance (33%) au cannabis, N=255	Rétrospective	19,2% joueurs à problème 3,2% joueurs pathologiques	Problème d'abus d'alcool et de cannabis plus intenses chez les adolescents joueurs
P	Patients sous méthadone, N= 220	Rétrospective	7% joueurs pathologiques 3% joueurs à problème	
Q	Patients non alcooliques, cocaïnomanes, N= 313, dont 200 héroïnomanes	Enquête, Série de cas	8% de joueurs pathologiques chez les cocaïnomanes purs et 9% parmi cocaïne + héroïne	Début du jeu pathologique précède la dépendance à la cocaïne dans 72% des cas, survient après dans 24% des cas
R	Joueurs pathologiques en demande de soins, N= 225	Rétrospective	70,7% de fumeurs vie entière dont 49% dépendance tabagique actuelle (vs 25% population générale)	Les joueurs fumeurs décrivent un besoin impérieux de jouer plus intense
S	Vétérans toxicomanes hospitalisés, N= 276	Enquête	33% de joueurs pathologiques	Association d'exposition au jeu dans l'enfance chez les toxicomanes joueurs. Problèmes d'alcool plus sévères chez les joueurs.
T	Joueurs pathologiques traités en ambulatoire, N= 113	Rétrospective	66,4% abus ou dépendance à une substance vie entière 39,8% tentative de suicide, 43% syndrome dépressif	Parmi les joueurs toxicomanes, les substances les plus fréquentes sont l'alcool (86%), cannabis (32%), cocaïne (16%), tranquillisants (7%), héroïne (4%)
U	Patients alcoolodépendants traités en ambulatoire, N= 132	Rétrospective	18,2% joueurs pathologiques 5,3% joueurs à problème	
V	Toxicomanes en traitement ambulatoire, N= 580	Rétrospective	10,5% joueurs pathologiques	Taux de joueurs pathologiques selon substance : 24% de joueurs chez les abuseurs de cannabis 11% de joueurs chez cocaïnomanes 4,8% chez opiomanes 4% de joueurs chez les alcoolodépendants

W	Joueurs pathologiques en demande de soins, N= 503	Rétrospective	43,1% dépendance tabagique, (vs 25% population générale) 14% cannabis quotidien 11% cocaïne/ crack abuseurs 5% dépendance opiacés	Age de début du tabagisme < âge de début du jeu
X	Population générale adulte, N= 43 093	Prospective	Taux de prévalence jeu pathologique vie entière = 0,42% Parmi les joueurs : 73% alcoolodépendants / 38% toxicomanie/ 60% dépendance tabagique	49% des joueurs sont déprimés/ 41% trouble anxieux/ 60% trouble de la personnalité
Y	Joueurs pathologiques (N= 40) et témoins (N= 64)	Comparative	Troubles du contrôle des impulsions plus fréquent chez les joueurs, avec 25% d'achats compulsifs, 10% de sexualité compulsive, 7,5% trouble explosif intermittent, 5% kleptomanie, 2,5% exercice physique compulsif	Différence significative pour les achats compulsifs, la sexualité compulsive. 35% de troubles impulsifs associés chez les joueurs vs 3% chez les témoins (différence significative)

Références bibliographiques des études citées

- A (77). Lejoyeux M., et coll. J Clin Psychiatry, 1999, 60(5): 302-5
- B (36). Dell L.J., et coll. Int J Addict, 1981, 16: 149-56
- C (109). Ramirez L.F., et coll. Addict Behav, 1983, 8: 425-8
- D (91). Mc Cormick, R.A., et coll. Am J Psychiatry, 1984, 141 : 215-8
- E (81). Lesieur, H.R., et coll. Alcohol Clin Exp Res, 1986, 10 : 33-8
- F (114). Roy, A. et coll. Arch Gen Psychiatry, 1988, 45 : 369-73
- G (80). Lesieur, H.R., et coll. British J Addiction, 1988, 83 : 765-71
- H (82). Lesieur, H.R., et coll. Hospital and Community Psychiatry, 1990, 41 : 1009-12
- I (92). Mc Cormick, R.A., et coll. Addict Behav, 1993, 18 : 331-6
- J (59). Hewitt, D., et coll. Nechi Research and Health Promotion Institute, 1994
- K (122). Spunt, B., et coll. Int J Addict, 1995, 30: 929-62
- L (63). Ibanez, A., et coll. Am J Psychiatry, 2001, 158(10): 1733-5
- M (136). Villas Boas de Carvalho, S., et coll. Rev Saude Publica, 2005, 39(2) : 1-6
- N (143). Yarko, N., et coll. Alcoologie et addictologie, 2002, 24(3) : 225-233
- O (104). Petry, N., et coll. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2001, 40(11): 1324-31
- P (43). Feigelman, W., et coll. Drug and Alcohol Dependence, 1995, 39: 75-81
- Q (56). Hall, G.W., et coll. Am J Psychiatry, 2000, 157: 1127-33
- R (55). Grant, J.E, et coll. Annals of Clinical Psychiatry, 2005, 17(4): 237-241
- S (34). Daghestani, A.N, et coll. J Clin Psychiatry, 1996, 57(8) : 360-3
- T (64). Kaush, O. Journal of Substance Abuse Treatment, 2003, 25 : 263-70
- U (96). Pablo, J. et coll. An Sist Sanit Navar, 2002, 25(1) : 31-6
- V (127). Toneatto, T. et coll. Addict Behav, 2002, 27(3) : 465-9
- W (108). Potenza, M.N., et coll. The American Journal on Addictions, 2004, 13 : 471-93
- X (103). Petry, N.M., et coll. J Clin Psychiatry, 2005, 66(5) : 564-74
- Y (120). Specker, S.M. et coll. Ann Clin Psychiatry, 1995, 7 : 175-9

Ces données vont donc globalement dans le même sens, celui d'une association significative entre jeu pathologique et abus ou dépendance à une substance, sans que la nature des liens n'en soit bien établie ; ces études pointent par ailleurs la majoration globale de chaque trouble en cas de comorbidités, le cumul des pathologies venant comme aggraver de façon exponentielle la situation du sujet. La plupart des auteurs motivent leur recherche par l'intérêt thérapeutique d'une meilleure compréhension de ces liens, ainsi que par la nécessité d'affiner les diagnostics portés auprès de sujets dont la toxicomanie peut venir occulter les problèmes de jeu et vice versa.

Faisons mention par ailleurs d'un article de Briggs et coll.²¹ non présenté dans ce tableau, et où les auteurs rapportent les résultats d'une étude auprès de 2 groupe appariés, le premier constitué par des membres des Alcooliques Anonymes, le second par des membres des Gamblers Anonymes. Les auteurs mettent en évidence l'absence de relation de *crossing-over* significative entre alcoolodépendance et jeu dans ces deux groupes, résultat contrastant donc avec les autres études, qu'ils attribuent essentiellement à des questions de méthodologie, mais qui a le mérite de faire reposer la question des spécificités de chacune de ces deux pathologies addictives.

Nous n'avons trouvé que peu d'études mentionnant la comorbidité entre jeu pathologique et d'autres dépendances comportementales. L'étude de Yarko¹⁴³ citée dans ce tableau retrouve parmi des alcooliques joueurs un pourcentage supérieur de problèmes d'achats compulsifs que chez les alcooliques non joueurs (23% vs 14%). Par ailleurs, l'étude de Specker¹²⁰ montre des chiffres de prévalence élevé d'achats compulsifs (25%), d'addiction sexuelle (10%), d'addiction à l'exercice physique intense (2,5%) observés chez les joueurs pathologiques, leur problème de jeu n'étant le plus souvent pas isolé mais associé dans 35% des cas à un autre trouble du contrôle des impulsions dans cette étude.

Si la plupart des études explorent la comorbidité jeu/ alcool, les drogues illicites au sens large ou les opiacés, nous avons cependant trouvé mention d'études au sujet du cannabis, du tabac et de la cocaïne, cette dernière étude soulignant l'importance de discriminer les substances et leurs effets pour obtenir des conclusions pertinentes à propos de ces comorbidités. En effet, établir la fréquente association entre jeu et toxicomanie ne suffit pas à saisir ce qui, dans l'histoire d'un sujet, l'amène à se tourner successivement ou simultanément vers des dépendances aussi diverses, ni ce qu'il y met « en jeu », que ce soit dans le fait de parier ou dans celui de consommer une substance psycho-active.

Aiguillés par ce questionnement, nous avons entrepris une enquête explorant différentes facettes de ces addictions, notamment la présence de jeu pathologique parmi une population de toxicomanes, enquête que nous allons maintenant présenter.

DEUXIEME PARTIE : Présentation de l'enquête

Après avoir rappelé les données de la littérature concernant les comorbidités addictives du jeu pathologique, nous présentons ici l'enquête que nous avons réalisée, et dont l'objectif est de venir illustrer de façon « naturaliste » notre réflexion sur ce sujet.

I. OBJECTIFS

Nous sommes partis du constat que le travail auprès de personnes venant consulter avec une demande de sevrage en opiacés nous fait rencontrer de fréquentes problématiques polytoxicomaniaques chez ces sujets. Nous avons donc voulu explorer plusieurs comorbidités addictives avec l'hypothèse que cette population comporte un certain nombre de joueurs pathologiques non diagnostiqués, en tous cas non demandeurs de soins pour cet aspect de leur vie. L'objectif secondaire étant alors chez ces toxicomanes joueurs d'affiner la compréhension de ce qui fonde chez eux certaines similitudes entre leurs différents pôles addictifs ; cette enquête permettant également un recueil d'histoires de vie dont les chronologies s'émaillent d'addictions diverses, qu'elles se succèdent ou non.

II. METHODOLOGIE

- **Population étudiée**

Notre enquête s'est effectuée auprès d'une population ciblée, celle d'adultes « toxicomanes » hospitalisés pour sevrage à l'hôpital Marmottan (Paris 17^{ème}). Le choix

d'interroger des personnes hospitalisées plutôt que des personnes venant consulter en ambulatoire s'est fait essentiellement pour des raisons pratiques et de disponibilité, ceci nous permettant de prolonger si besoin l'entretien de passation afin d'élargir le recueil de données cliniques.

« Toxicomanes en sevrage », à qui nous nous présentions pour solliciter leur participation afin de répondre à différents questionnaires pour les besoins de notre enquête ; nous l'avons présentée comme un travail de recherche sur différentes formes de toxicomanie, sans préciser davantage afin de ne pas biaiser le recrutement de notre échantillon. L'objectif plus détaillé était par ailleurs expliqué lors de la passation individuelle. Les principes de respect de l'anonymat et de l'utilisation limitée à notre travail des données recueillies furent rappelés oralement, ainsi que la base du volontariat.

Nous avons rencontré 33 personnes acceptant de participer à notre enquête, au cours de six demi-journées passées dans l'unité d'hospitalisation entre le 25 janvier et le 29 mars 2006.

- **Outils**

- 1. Pour le recueil de données***

Comme nous l'avons rappelé dans la première partie de ce travail, la littérature scientifique a établi les relations de comorbidité existant entre jeu pathologique et abus de substance, en particulier l'alcool. Nous avons donc décidé d'explorer chez ces toxicomanes l'ensemble des substances psychoactives addictogènes les plus courantes, après les avoir interrogés à la recherche de problèmes de jeu.

En préambule à la passation des questionnaires, nous avons posé des questions concernant l'âge, le sexe, la situation familiale et professionnelle, le motif et la date d'hospitalisation.

Les instruments suivants ont ensuite été utilisés pour chaque personne interrogée :

- Le questionnaire SOGS (South Oaks Gambling Screen) de dépistage des problèmes de jeu d'argent.
- Le questionnaire CAGE, concernant les problèmes d'alcool.
- Le test de Fagerström de dépendance au tabac.
- Dans le but d'évaluer les autres dépendances toxicomaniaques, nous avons passé en revue avec chaque patient la liste des substances suivantes :
 - Opiacés (en faisant préciser : héroïne / codéine / substitution par Subutex ou Méthadone en usage toxicomaniaque / mixte)
 - Cannabis
 - Cocaïne et/ou crack
 - Médicaments tranquillisants (benzodiazépines)
 - Substances hallucinogènes (ecstasy, LSD, champignons, autres)

Pour chaque substance, il était demandé de se situer parmi différents usages de façon quantitative en tant que ¹¹¹ :

- ☐ Non consommateur,
- ☐ Consommateur expérimentateur (au moins une fois dans la vie),
- ☐ Consommateur occasionnel (plusieurs fois par an),
- ☐ Consommateur régulier (plusieurs fois par semaine, quotidiennement ou plusieurs fois par jour).

Il était aussi demandé de se situer qualitativement par la question : « Considérez-vous que cette consommation vous est négative dans les domaines de votre santé, vie familiale, vie professionnelle ? Vous sentez-vous dépendant de cette substance ? ». En cas de réponse positive, ou pour les consommations occasionnelles et régulières, nous poursuivions avec l'Echelle de Sévérité de la Dépendance (Severity of Dependence Scale) permettant une observation plus précise du degré de dépendance pour la ou les substances en question.

Enfin, des questions ouvertes venaient compléter cette passation, notamment auprès des patients ayant répondu positivement lors du premier questionnaire sur le jeu.

2. Pour l'analyse des données

Nous avons inscrit les scores des différents questionnaires dans des tableaux et graphiques synthétiques, de façon à pouvoir observer les résultats selon deux lectures : globalement d'abord, puis en comparant le groupe des toxicomanes joueurs avec celui des toxicomanes non joueurs.

Nous avons également retranscrit dans leur intégralité les passations de chaque patient dont le score SOGS indiquait la présence de jeu pathologique actuelle ou dans le passé. Ceci servant de support à l'analyse clinique présentée dans notre discussion après avoir relaté ces histoires sous forme de vignettes cliniques.

- **Présentation des questionnaires**

- JEU PATHOLOGIQUE : « SOUTH OAKS GAMBLING SCREEN » (SOGS)

Cet inventaire des problèmes liés aux jeux d'argent et de hasard a été mis au point et validé en 1987 auprès d'une population de toxicomanes et de joueurs, par l'équipe de Lesieur et Blume de l'hôpital psychiatrique South Oaks de Long Island (New York, U.S.A.)⁸³. Sur les 1616 sujets de l'étude, 867 étaient des patients en cours de traitement dans un centre spécialisé dans les dépendances, 213 étaient membres des Joueurs Anonymes, 384 étaient étudiants d'université, et 152 étaient des employés de l'hôpital. La SOGS permet de recueillir des informations sur les pratiques de jeu, les antécédents personnels et familiaux de jeu pathologique et les difficultés et conséquences liées au jeu. Se basant sur les critères proposés dans le DSM-III, sa fiabilité est considérée comme très bonne, avec une sensibilité et une spécificité supérieures à 95%. Utilisée comme « gold standard » avant l'arrivée du DSM-IV, cette grille a pourtant été critiquée, certains auteurs^{138, 69, 70}, lui reprochant notamment de surévaluer le jeu en population générale. Cependant sa large utilisation en fait toujours un outil de dépistage faisant référence en ce domaine.

Cet instrument peut être proposé sous forme d'auto-questionnaire, ce qui n'a pas été le cas dans notre enquête. Nous avons utilisé la traduction française de M. Lejoyeux⁷⁴, mieux adaptée aux formes de jeux pratiqués dans l'hexagone notamment pour les jeux de grattage. Nous avons également exploré la pratique des jeux d'argent sur Internet en ajoutant un item à la première question. Nous avons par ailleurs fait préciser l'item concernant les machines à sous qui peuvent être légales ou clandestines. Notons enfin que nous avons exploré les pratiques de jeu sur la vie entière sans nous restreindre à la période des 12 derniers mois.

Voici comment se présente la SOGS :

South Oaks Gambling Screen (SOGS), d'après Lesieur et Blume, 1987. Traduction française M. Lejoyeux.

1) Indiquez auxquels des jeux suivants vous avez déjà joué dans votre vie. Pour chaque type de jeu, choisissez la réponse « pas du tout », « moins d'une fois par semaine », « une fois ou plus par semaine »

- A. Jouer aux cartes pour de l'argent.
- B. Parier de l'argent sur des courses de chevaux ou d'autres animaux (PMU, salles de jeux...).
- C. Parier sur des résultats sportifs (loto sportif...).
- D. Jouer aux dés pour de l'argent.
- E. Jouer dans un casino.
- F. Jouer à une loterie (loto...).
- G. Jouer au bingo et aux jeux de grattage.
- H. Jouer de l'argent à la bourse.
- I. Jouer aux machines à sous. (*casinos ou clandestines*)
- J. Jouer aux boules, au billard, au golf pour de l'argent.
- K. *Jeux d'argent sur Internet*

2) Quelle est la somme la plus importante que vous avez déjà jouée en une journée ?

- N'a jamais joué
- 10 francs (2 €) ou moins
- Entre 10 et 50 francs (2 à 10 €)
- Entre 50 et 500 francs (10 à 100 €)
- Entre 500 et 5000 francs (100 à 1000 €)
- Entre 5000 et 50 000 francs (1000 à 10 000 €)
- Plus de 50 000 francs (> 10 000 €)

3) Certains membres de votre famille ont-ils eu des problèmes de jeu ?

- | | | |
|----------------------------|--|------------------|
| - Père | - Mère | - Frère ou soeur |
| - Epoux(se) ou concubin(e) | - Enfant(s) | - Autres parents |
| - Grands-parents | - Ami ou personne importante de ma vie | |

4) Quand vous jouez, à quelle fréquence retournez-vous jouer le lendemain pour essayer de gagner à nouveau l'argent perdu la veille ?

- Jamais.
- Quelquefois (moins de la moitié des fois où j'ai perdu).
- La plupart des fois où je perds.
- A chaque fois que je perds.

5) Avez-vous déjà annoncé à tort que vous aviez gagné de l'argent alors qu'en réalité vous n'aviez pas gagné ?

- Jamais (ou jamais joué).
- Oui, moins de la moitié des fois où je perds.
- Oui, la plupart des fois où j'ai perdu.

- 6) Avez-vous actuellement ou avez-vous eu à un moment donné de votre vie des difficultés avec le jeu ?
- Non.
 - Oui, dans le passé, mais plus maintenant.
 - Oui.
- 7) Avez-vous déjà joué plus que vous ne l'aviez prévu ? Oui / Non
- 8) Les gens ont-ils déjà critiqué le fait que vous jouiez ou vous ont-ils dit que vous aviez un problème avec le jeu, que cela soit vrai ou non ? Oui / Non
- 9) Vous êtes-vous déjà senti coupable au sujet de la manière dont vous jouez ou des conséquences de votre jeu ? Oui / Non
- 10) Avez-vous déjà ressenti l'envie d'arrêter de jouer et avez-vous pensé que vous n'y arriveriez pas ? Oui / Non
- 11) Avez-vous déjà caché des jetons de casino, des tickets de loterie ou de PMU ou d'autres signes du jeu à votre épouse ou votre mari, vos enfants ou une personne importante de votre vie ? Oui / Non
- 12) Vous êtes-vous déjà disputé(e), avec votre compagne(gnon) au sujet de la façon dont vous gérez l'argent ? Oui / Non
- 13) (si oui à la question 12) Avez-vous eu des disputes concernant l'argent que vous dépensez en jouant ? Oui / Non
- 14) Avez-vous déjà emprunté de l'argent à quelqu'un sans pouvoir le rembourser parce que vous aviez joué ? Oui / Non
- 15) Avez-vous déjà manqué des heures de travail ou de cours pour jouer de l'argent ? Oui / Non
- 16) Si vous avez déjà emprunté de l'argent pour jouer ou payer des dettes de jeux, à qui avez-vous déjà emprunté ? (cocher oui ou non pour chacun)
- | | |
|--|-----------|
| a. l'argent de la maison | oui / non |
| b. l'argent de votre époux(se) | oui / non |
| c. l'argent d'un autre membre de la famille | oui / non |
| d. l'argent d'une banque ou d'un organisme de crédit | oui / non |
| e. l'argent d'une carte de crédit | oui / non |
| f. l'argent de prêteurs sur gages | oui / non |
| g. l'argent provenant d'actions, de valeurs ou d'économies | oui / non |
| h. le produit de la vente d'une propriété personnelle ou familiale | oui / non |
| i. chèques sans provision | oui / non |
| j. vous avez eu un crédit dans une salle de jeu ou un casino | oui / non |

Feuille de cotation de la SOGS

Le score global est obtenu en additionnant les points suivants :

Questions 1, 2 et 3 : non comptabilisées.

Question 4 : 1 point pour les réponses « la plupart des fois où je perds » et « à chaque fois que je perds ».

Question 5 : 1 point pour les réponses « oui, moins de la moitié des fois où j'ai perdu » et « oui, la plupart des fois où j'ai perdu ».

Question 6 : 1 point pour les réponses « oui, dans le passé mais plus maintenant » et « oui ».

Questions 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 15: 1 point pour « oui ».

Question 12 : non comptabilisée.

Question 16a, b, c, d, e, f, g, h, i : 1 point pour « oui ».

Question 16j : non comptabilisée.

Le score maximal est donc de 20 points. Un score compris entre 1 et 4 indique un comportement de « jeu à problème », un score supérieur ou égal à 5 évoquant un « probable comportement de jeu pathologique ». On distingue donc trois niveaux de sévérité des problèmes de jeu :

Score global de 0 : aucun problème de jeu.

Score global de 1 à 4 : quelques problèmes de jeu.

Score global de 5 ou plus : probable joueur pathologique.

Le terme « probable » souligne que cet outil se contente de dépister et non pas diagnostiquer le jeu pathologique, d'autant plus lorsqu'il est proposé sous forme d'auto-questionnaire ou par téléphone. Néanmoins, pour la simplicité de notre propos et sans abus de langage cette remarque étant faite, nous retiendrons les termes de joueur à problème et de joueur pathologique pour désigner les 2 dernières catégories de score.

Nous avons adjoint à ce questionnaire une **série de questions ouvertes**, nous appuyant sur le guide d'entretien suivant :

- Période de début du jeu : « *Quand et dans quelles circonstances avez-vous commencé à jouer ?* ».
- Si antécédent de jeu : « *Comment avez-vous arrêté de jouer ?* ».
- Le souvenir d'un « *big win* ».
- Les conséquences légales éventuelles liées au jeu (double intérêt dans cette population classiquement située en marge des lois).
- Les sensations ressenties lors de la pratique de jeu et les analogies subjectives éventuelles avec les sensations éprouvées lors de prises de toxiques : « *S'il fallait comparer les sensations que vous procure le fait de jouer avec celles procurées par des substances psychotropes que vous avez déjà consommées, quelle serait pour vous cette comparaison ?* ».
- La présence de consommations psychotropes associées ou non à la pratique de jeu, en particulier alcool, cocaïne et amphétamines.
- L'intérêt retiré à un niveau subjectif par le fait de jouer pour de l'argent : « *Quelle place occupe le jeu dans votre vie, que vous apporte-t-il ?* ».

Ces questions étaient posées uniquement en cas de réponse positive à au moins un des items de la première question, les personnes n'ayant aucune pratique de jeu d'argent n'étant pas interrogées au-delà des 3 premières questions et aboutissant alors à un score nul.

➤ ALCOOL : CAGE

Notre choix s'est porté sur ce questionnaire court et simple de dépistage des problèmes d'alcool au sens large. Cet instrument recherche les problèmes d'alcool-dépendance sur la vie entière. Il nous a servi de support à une exploration brève du rapport entretenu par la personne interrogée avec cette substance.

CAGE est un acronyme pour les termes anglais **C**ut (réduire/ diminuer), **A**nnoyed (ennuyer/ contrarier), **G**uilty (coupable) et **E**ye-opener (dès le réveil) qui renvoient aux quatre questions de ce questionnaire. Elaboré par J.A. Ewing ⁴¹, il a été validé en 1974 par Mayfield et coll. ⁹³ Il est depuis largement utilisé en tant qu'outil de dépistage des problèmes d'alcool.

Traduites en français ¹¹⁵, ces questions sont les suivantes, formant l'acronyme DETA qui est parfois employé pour désigner cet instrument :

1. Avez-vous déjà ressenti le besoin d'abaisser votre consommation d'alcool ?
(Diminuer)
2. Avez-vous déjà été ennuyé ou énervé par des remarques d'autrui critiquant votre consommation d'alcool ? (Ennuyé par l'Entourage)
3. Avez-vous déjà éprouvé des sentiments de culpabilité au sujet de votre consommation d'alcool ? / Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop ? (Trop)
4. Avez-vous déjà eu besoin de boire de l'alcool au réveil pour calmer vos nerfs ou pour vous sentir en forme ? (Alcool au réveil)

Le diagnostic d'alcool-dépendance est probable si la personne répond positivement à deux questions ou plus. Lorsque le score est supérieur ou égal à 2, cet instrument de dépistage a une sensibilité de 78% (% de vrais positifs) et une spécificité de 76% (% de vrais négatifs) pour le diagnostic vie entière. Pour le diagnostic actuel, ce test a une sensibilité de 100% et une spécificité de 61%. Les valeurs prédictives positive et négative sont respectivement de 90% et 85%, faisant de ce test un outil rapide et relativement efficace de dépistage, mais qui laisse cependant évidemment dans l'ombre les nuances diagnostics nombreuses concernant les pathologies alcooliques^{8,33}.

➤ TABAC : Test de FAGERSTROM

Nous avons choisi ce test là aussi simple et rapide, permettant de définir un degré de dépendance tabagique à partir de six questions^{90,42}. (cf. tableau)

Test de détection de la dépendance au tabac de Fagerström.	
Source : Fagerström K.O., Schneider N.G., 1989.	
1 - Dans quel délai après le réveil fumez-vous votre première cigarette ?	
moins de 5 minutes	3
6 à 30 minutes	2
31 à 60 minutes	1
après plus d'une heure	0
2 - Trouvez-vous difficile de ne pas fumer dans les endroits interdits ?	
oui	1
non	0
3 - Quelle cigarette trouvez-vous la plus indispensable ?	
la première	1
une autre	0
4 - Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?	
10 ou moins	0
11 à 20	1
21 à 30	2
30 ou plus	3
5 - Fumez-vous de façon plus rapprochée dans la première heure après le réveil que pendant le reste de la journée ?	
oui	1
non	0
6 - Fumez-vous même si une maladie vous oblige à rester au lit ?	
oui	1
non	0

Le score est calculé en faisant la somme des réponses aux six questions :

- 0 à 2 : pas de dépendance ;
- 3 à 4 : dépendance faible ;
- 5 à 6 : dépendance moyenne ;
- 7 à 8 : dépendance forte ;
- 9 à 10 : dépendance très forte à la nicotine.

➤ AUTRES SUBSTANCES : SEVERITY OF DEPENDENCE SCALE (SDS)

La Severity of Dependence Scale (SDS) élaborée par M. Gossop et coll.⁵⁴, conçue au départ pour l'héroïne et les opiacés, puis pour la cocaïne et les amphétamines, peut être utilisée pour les autres substances que nous avons listées (cannabis, benzodiazépines, hallucinogènes). Il s'agit d'un questionnaire comportant 5 items, et fournissant un score global qui indique la sévérité de la dépendance à chaque substance incriminée. Les questions portent explicitement sur les aspects psychologiques de cette dépendance, plus particulièrement sur le sentiment subjectif de perte de contrôle et sur les préoccupations anxieuses à propos de la consommation de substance. Les 5 questions explorent la période des douze derniers mois. Chaque réponse est classée par ordre de fréquence en 4 groupes, la dernière question par ordre de difficulté. Le score total correspond à l'addition de toutes les réponses selon le tableau suivant :

<u>Au cours des douze derniers mois :</u>	Jamais / Presque jamais	quelquefois	souvent	Toujours / Presque toujours
Avez-vous pensé que vous ne contrôliez plus votre usage de [nom du produit] ?	0	1	2	3
La perspective de manquer de [nom du produit] vous a-t-elle rendu anxieux ou irritable ?	0	1	2	3
Vous êtes-vous inquiété à propos de votre usage de [nom du produit] ?	0	1	2	3
Avez-vous souhaité arrêter ?	0	1	2	3
	Pas difficile	Assez difficile	Très difficile	Impossible
A quel point avez-vous trouvé difficile d'arrêter le [nom du produit] ?	0	1	2	3

Le score global peut donc varier de 0 à 15 points. Un score supérieur ou égal à 3 confirme l'existence d'un problème d'abus ou de dépendance à la substance.

III. RESULTATS ET ANALYSE DES DONNEES

1. Caractéristiques de la population interrogée

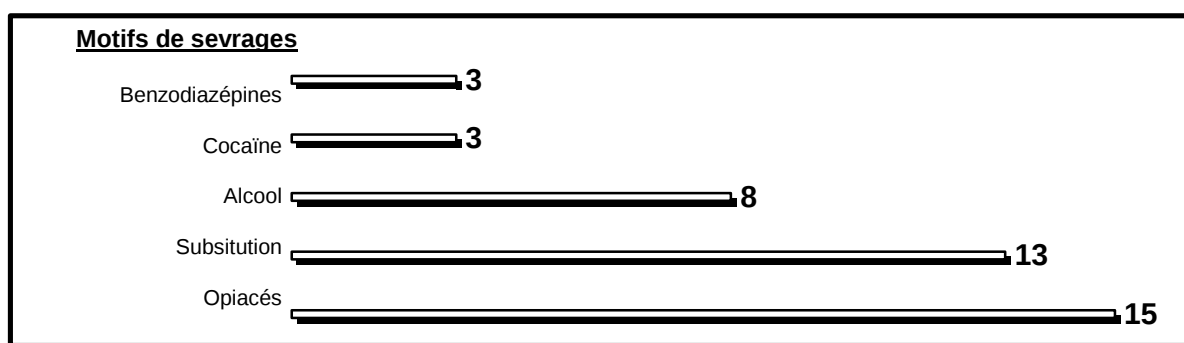
Nous avons rencontré 33 personnes volontaires pour répondre à cette enquête. Cet échantillon restreint de personnes, toutes hospitalisées avec une demande de sevrage pour différentes substances, se composait de 30 hommes et 3 femmes, âgés de 21 à 55 ans. L'âge moyen étant de 36 ans et 3 mois. Parmi eux et concernant le statut marital, 14 sont célibataires, 13 vivent avec un conjoint (mariage ou concubinage), 5 sont divorcés ou séparés et 1 est veuf. 11 personnes ont entre 1 et 3 enfants, les 22 autres n'en ayant pas. 17 personnes exercent une activité professionnelle dont ils tirent des revenus, tandis que 16 personnes sont au chômage ou n'ont jamais eu d'emploi stable. 14 sont originaires du Maghreb, 2 sont d'origine russe et 1 d'origine arménienne.

Les motifs d'hospitalisation sont centrés par des demandes de sevrage diverses, et l'on a observé sur cet échantillon la répartition suivante :

- Sevrage pour une seule substance : 25 personnes, dont 4 pour l'alcool, 9 pour le Subutex, 1 pour la méthadone, 6 pour l'héroïne, 3 pour le Skénan, 1 pour le Néocodion et 1 pour une benzodiazépine.
- Sevrage pour plusieurs substances : 8 personnes dont 4 pour l'alcool, 3 pour le Subutex, 3 pour la cocaïne (dont 1 pour le crack associé), 3 pour le Skénan, 2 pour le Rivotril et 2 pour l'héroïne.

Au total : 8 sevrages en alcool, 13 sevrages en produits de substitution, 8 sevrages en héroïne, 6 sevrages en Skénan+1 sevrage en Néocodion, 3 sevrages en benzodiazépines et 3 sevrages en cocaïne et crack.

A noter le cas d'un patient nous exprimant être en sevrage pour le Subutex, mais aussi pour le cannabis, cette substance n'apparaissant pourtant pas dans le motif d'hospitalisation décrit par son médecin consultant.

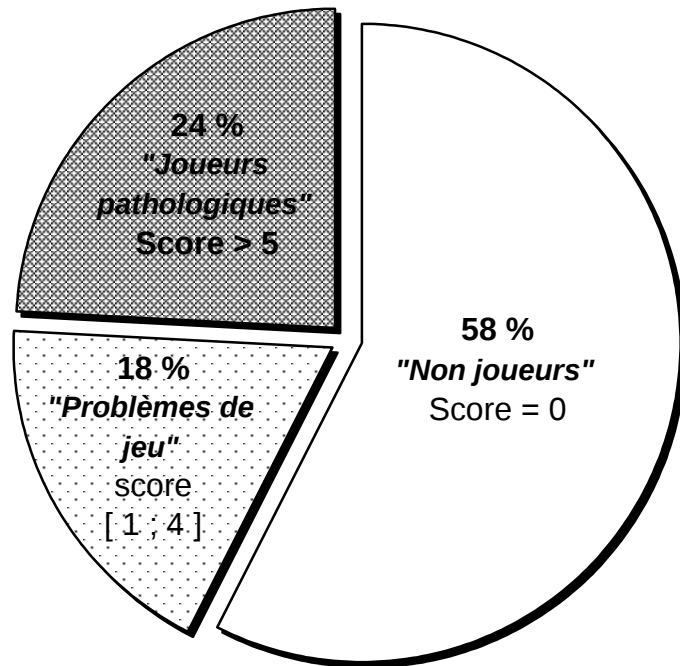


2. Résultats pour chaque questionnaire

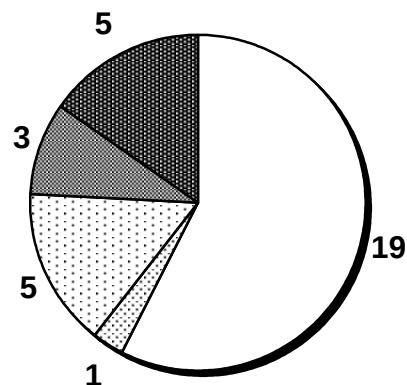
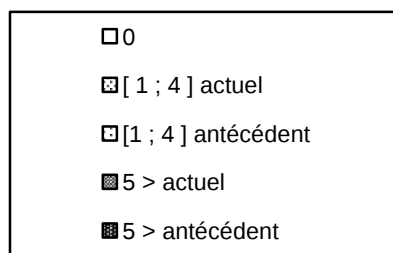
➤ SOGS

Sur les 33 personnes interrogées, nous avons trouvé pour le questionnaire SOGS :

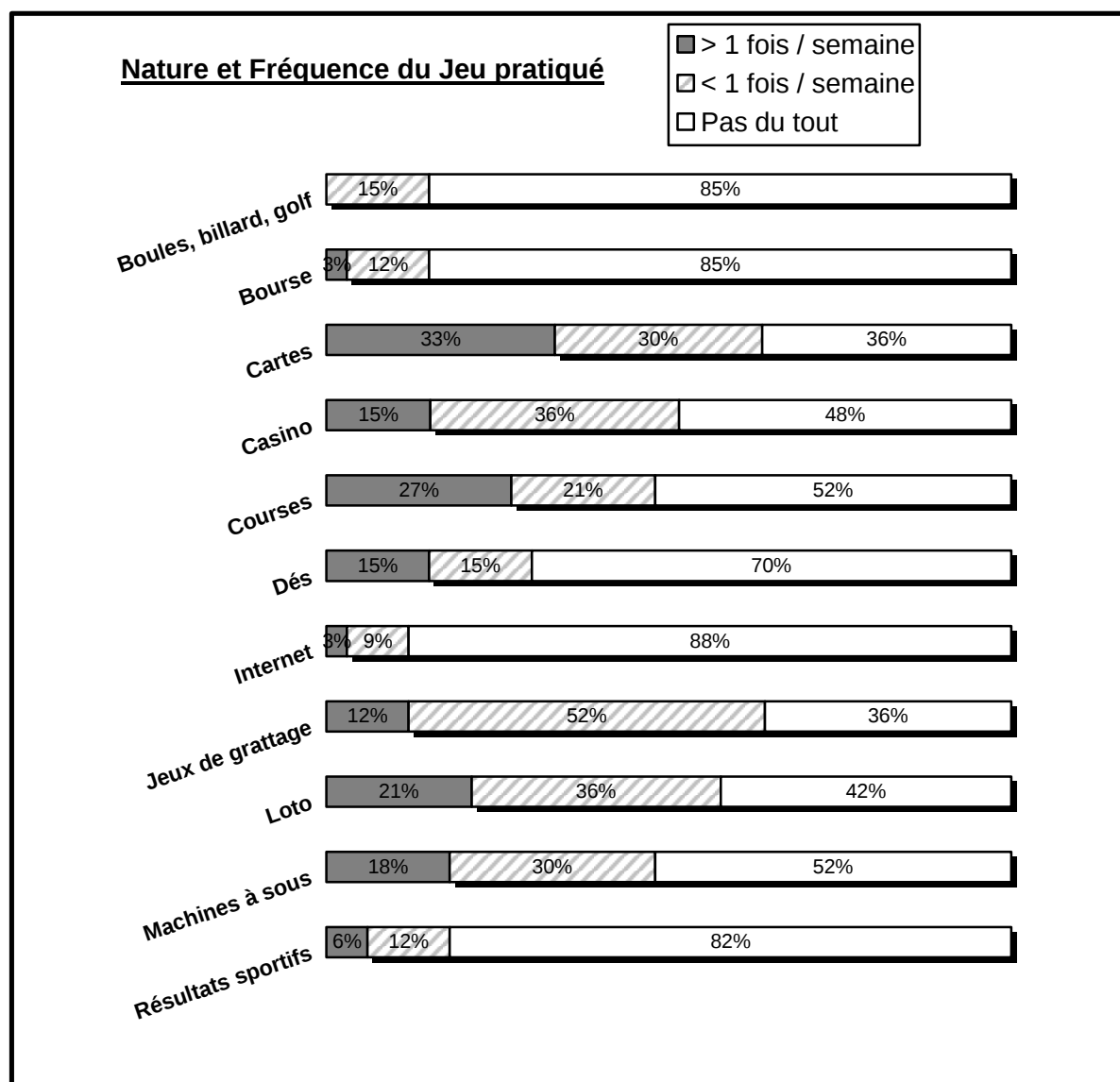
- 19 ayant un score nul
- 6 ayant un score compris entre 1 et 4
- 8 ayant un score supérieur à 5

JEU : Score SOGS

Ayant porté l'interrogatoire sur la vie entière, nous précisons que parmi les 14 joueurs, 4 sont des joueurs actifs et problématiques (1 cas) ou pathologiques (3 cas) au moment où nous les avons rencontrés, 10 ayant un score positif en raison d'une pratique ancienne et problématique (5 cas) ou pathologique (5 cas) mais arrêtée lors de la passation ou maintenant une activité de jeu considérée comme subjectivement non problématique, en tous cas qualitativement différente.

Pratique actuelle et antécédents**JEU : Score SOGS**

Les 3 premières questions ayant été posées à l'ensemble des patients interrogés, nous avons observé une pratique répandue des jeux d'argent sur la vie entière, avec à la question n°1 les résultats suivants concernant chaque type de jeu :



Nous observons donc une préférence, tous patients confondus, pour : les jeux de cartes (63%), les jeux de grattage (63%), les lotos (57%), les jeux de casino (51%) et les machines à sous (48%). Ces pourcentages représentent la part des patients nous ayant dit jouer ou avoir joué régulièrement ou occasionnellement à ces différents jeux.

Notons également que parmi les 19 patients dont le score SOGS est nul, 4 personnes décrivent tout de même des habitudes de jeu hebdomadaires et 4 autres des antécédents de périodes où le jeu était quotidien, deux durant leur adolescence (poker avec bande d'amis), le troisième dans un contexte professionnel favorisant (il travaillait dans un night-club), le dernier ayant quotidiennement joué au billard pour de l'argent durant plusieurs mois de sa vie dans le bar qu'il fréquentait.

Par rapport aux plus grosses sommes perdues sur une journée au jeu, le montant moyen s'élève à 1016 € tous patients confondus, cette moyenne étant de 217 € pour le groupe SOGS=0, 1233 € pour le groupe SOGS= 1 à 4 et atteignant 2750 € pour le groupe SOGS > 5.

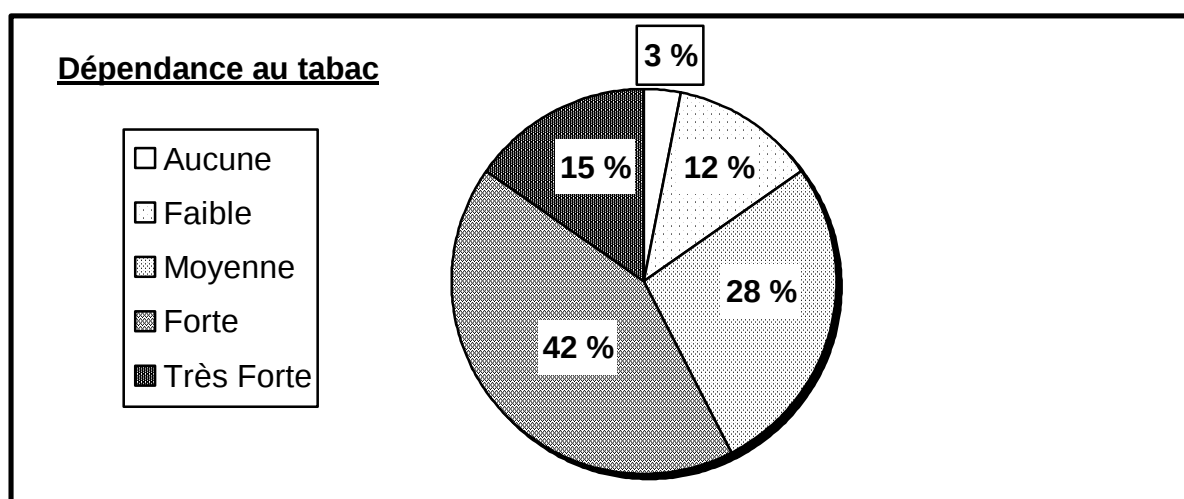
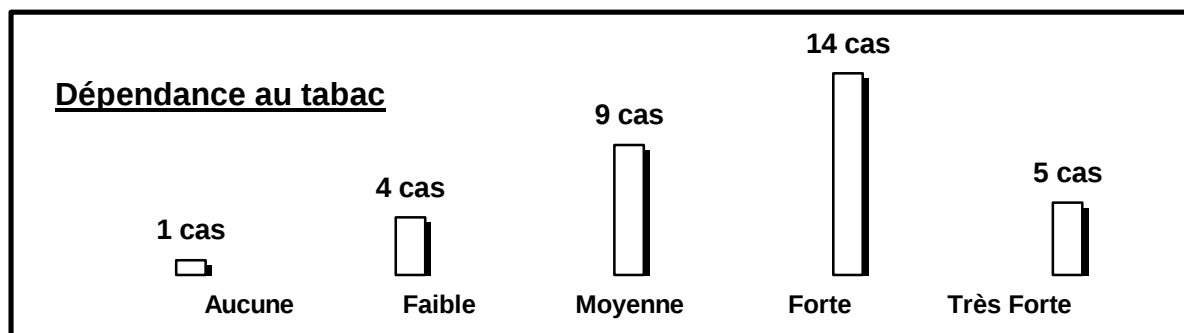
Quant aux antécédents familiaux de problèmes de jeu, ils sont retrouvés chez 9 patients qui citent leur père dans 5 cas, un frère, beau-frère ou oncle dans les autres cas. A part ces proches décrits comme ayant un problème avéré de jeu, 8 personnes nous ont aussi spontanément cité avoir dans leur famille un joueur régulier mais sans problème.

➤ CAGE

Si 8 patients viennent explicitement pour un sevrage alcoolique et répondent positivement aux quatre questions, ce questionnaire retrouve au total 22 personnes ayant un score supérieur ou égal à 2, soit plus de 66% qui ont été à un moment donné de leur vie à risque d'alcoolodépendance. Nous avons remarqué l'intérêt de cette exploration systématique chez ceux dont le motif de sevrage pouvait venir occulter cette dimension d'alcoolodépendance associée ou présente dans le passé.

➤ Test de FAGERSTROM

Cette passation retrouve sans surprise une écrasante majorité de fumeurs, puisque seul un patient est non fumeur, les autres se répartissant comme suit selon les scores obtenus :



Ce questionnaire n'a pas donné lieu à beaucoup d'autres commentaires que le constat d'une dépendance tabagique la plus souvent banalisée par ces patients au regard de leurs autres problématiques. Très rares sont ceux considérant cette dépendance comme un élément dont ils voudraient se sevrer. L'âge de début du tabagisme est précoce, précédant chez tous les patients interrogés celui du début de la consommation des autres substances explorées. Aucun ne déclare d'intervalle libre quant à la nicotine.

➤ Autres substances et ECHELLE de SEVERITE de la DEPENDANCE (SDS)

- Opiacés :

Rappelons que nous avons observé 28 sevrages en opiacés tous produits confondus, concernant 25 patients, certains effectuant un sevrage mixte, par exemple à la fois en héroïne et en Skénan ou Subutex. Le score SDS moyen est de 7,57 points, reflétant la large participation des dépendances aux opiacés dans cette population.

Cependant, nous pouvons distinguer différents groupes, selon la présence active de cette dépendance opiacée, ou la notion d'antécédents, substitués ou non, ainsi que la persistance d'un usage détourné de cette substitution (sniff ou intra veineux, dépassement de posologie).

Ainsi, nous avons trouvé :

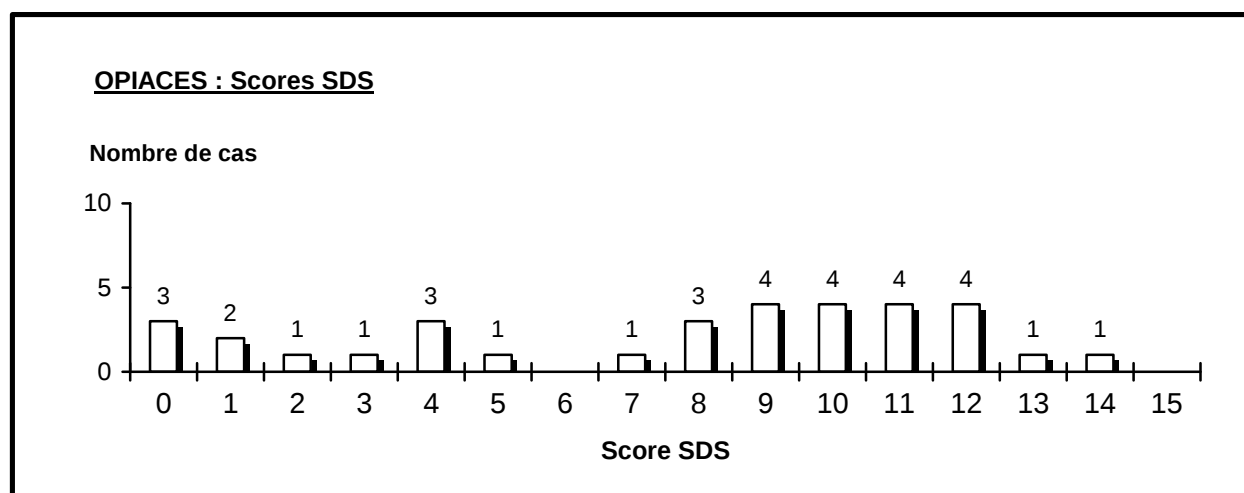
2 personnes ayant un antécédent simple de dépendance à un opiacé, sevrées et non substituées depuis. L'une d'elles présentait une alcoolodépendance massive ayant succédé à une période de forte consommation de Néocodion.

9 personnes présentant un antécédent de dépendance à l'héroïne mais correctement substituées. Parmi eux, 3 effectuaient un sevrage en Subutex et 1 personne se sevrerait de la Méthadone.

8 personnes présentant une dépendance mixte en opiacés type héroïne ou Skénan, et en produit de substitution dont l'usage est détourné tant sur le mode de consommation que sur les posologies, cet usage venant s'intercaler dans leurs autres consommations. Ils se procurent le plus souvent cette substitution au marché noir, et s'en servent pour couvrir certaines périodes de manque ou des difficultés d'approvisionnement en héroïne ou codéine. Certains n'avaient conservé qu'un usage non thérapeutique des produits de substitution, ayant abandonné totalement ou presque les autres produits antérieurement consommés abusivement. Ainsi, l'un d'eux est hospitalisé pour sevrage en alcool, mais ne souhaite pas abandonner son sniff quotidien de Subutex.

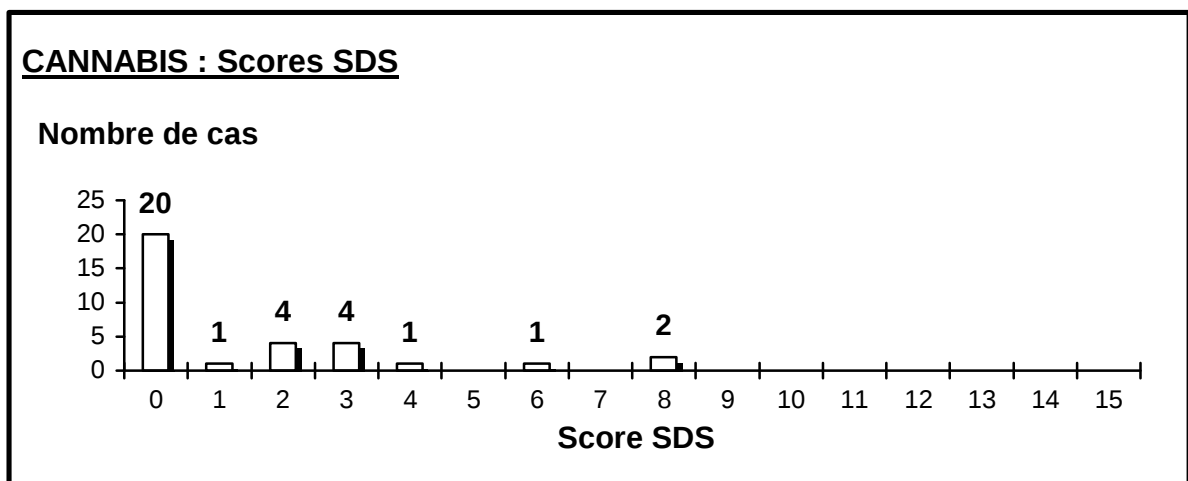
Enfin 14 personnes présentaient une dépendance active aux opiacés, soit uniquement à l'héroïne, soit mixte (mais sans produit de substitution), pouvant consommer alternativement héroïne, Skénan, Néocodion ou morphine.

Les scores SDS se répartissent selon le tableau suivant :



- Cannabis :

La moyenne des scores SDS est de 1,42 mais ce chiffre reflète uniquement les douze derniers mois et 20 personnes (60,6%) ont un score nul sur cette période. Les 13 autres ont un score moyen de 3,61. La notion d'abus de cannabis est établie pour des scores supérieurs ou égaux à 3⁵⁴, ce qui concerne dans notre échantillon 8 personnes (24,2%). Par ailleurs, l'interrogatoire vie entière pour cette substance retrouve la présence d'antécédents de fortes consommations quotidiennes chez 14 patients, la plupart ayant soit totalement arrêté (8 personnes), soit poursuivant une consommation occasionnelle sans sentiment subjectif de dépendance (6 personnes). Notons que parmi les 13 consommateurs actuels ayant des scores SDS non nuls, 6 n'ont pas de sentiment subjectif de dépendance, l'un d'eux présentant cependant un score de 6 points permettant de redresser cette appréciation. Ce patient a par ailleurs des scores élevés pour toutes les substances excepté les hallucinogènes et la SOGS le classe parmi les joueurs pathologiques.

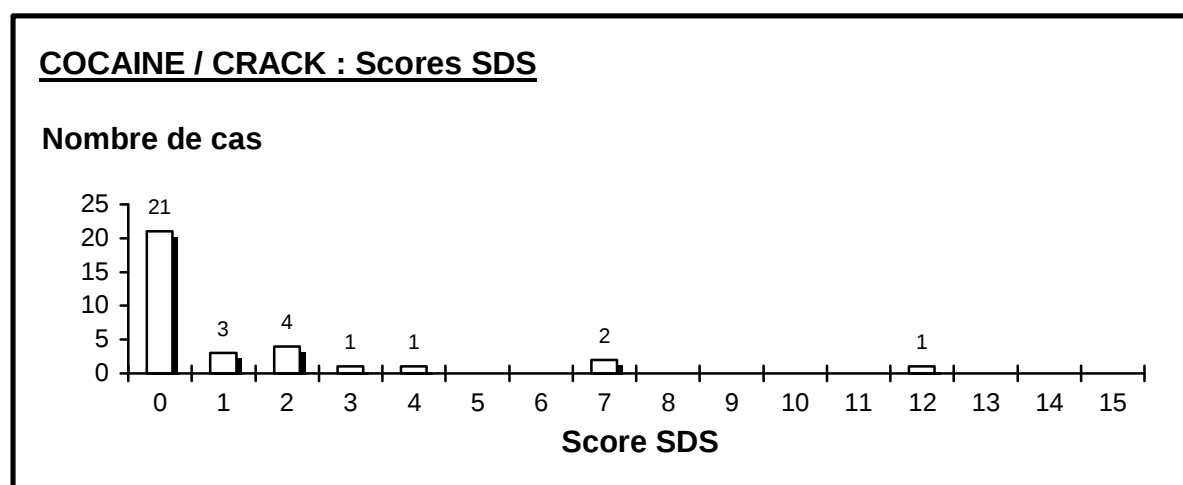


- Cocaïne et crack :

Nous ne reprendrons pas dans cette analyse la distinction entre consommation de cocaïne et de crack, la clinique nous montrant que les patients ayant recours à ces substances le font soit indifféremment soit préférentiellement selon des critères davantage économiques que psychologiques. 3 hospitalisations étaient motivées par un sevrage et/ou une mise à distance de ces produits.

Comme pour le cannabis, une majorité de patients (N= 21, soit 63,6%) a un score nul sur l'échelle de sévérité de la dépendance. Parmi eux, 8 ont eu une période antérieure de consommation régulière, dont 2 poursuivent un usage occasionnel sans sentiment de dépendance. Les 13 autres patients ayant un score nul sont soit non consommateurs (N=5), soit consommateurs occasionnels (N=8).

La moyenne des scores SDS pour les 12 autres patients consommateurs est de 3,6 avec 5 patients ayant un score supérieur ou égal à 3.

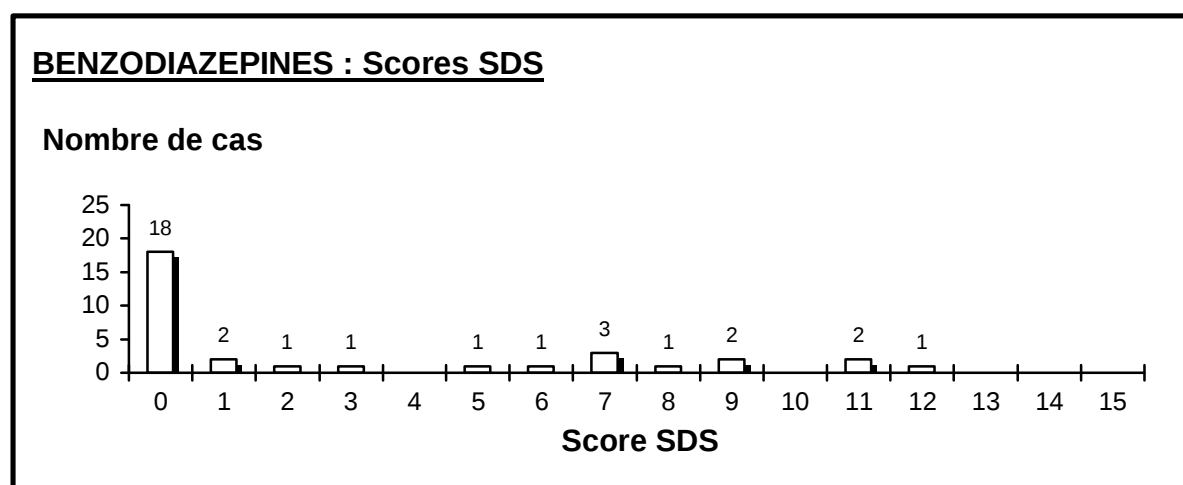


- Benzodiazépines :

3 patients disaient explicitement être en sevrage pour ces substances. Si 18 personnes ont un score SDS nul, les 15 autres patients (45%) rapportent de fréquents et actuels usages problématiques de benzodiazépines. La moyenne des scores pour ces 15 patients est de 6,6 points, avec seulement 2 personnes dont le score est inférieur à 3. Cela signifie donc qu'au moins 13 patients sur les 33 interrogés (soit > 39%) décrivent une consommation problématique de benzodiazépines. A cela ajoutons les patients ayant un score nul mais chez qui on retrouve un antécédent d'abus de benzodiazépines et qui sont au nombre de 3.

Nous faisons préciser également le contexte dans lequel étaient consommées ces molécules, notamment chez les cocaïnomanes et alcooliques qui peuvent recourir aux benzodiazépines en descente ou lors de tentatives de sevrage. Nous avons observé un nombre restreint de scores SDS positifs lié à cette forme d'usage médicamenteux que l'on pourrait qualifier de « secondaire », ces scores ne dépassant alors pas 2 points.

Scores SDS pour les benzodiazépines :



- Hallucinogènes :

Notre enquête s'est attachée à explorer de façon systématique la consommation de ces substances aussi variées que le LSD, les champignons hallucinogènes, la kétamine, l'ecstasy, laissant également les patients nous citer d'éventuelles substances de prédilection. Outre l'interrogatoire à l'aide du guide d'entretien présenté ci-dessus, nous avons, par souci d'homogénéité, soumis l'échelle SDS aux patients disant consommer des hallucinogènes. Cet outil ne nous a pourtant pas paru particulièrement adapté pour ces substances, entraînant un grand nombre de réponses négatives et de scores nuls. Les résultats sont davantage obtenus par les questions demandant de se situer quantitativement et qualitativement.

Un grand nombre de patients se déclare simplement expérimentateur pour ces substances (N= 11), ou n'en ayant jamais consommé (N= 11), ces 22 personnes (66,6% de cet échantillon) pouvant donc être considérées comme n'ayant aucun problème lié aux hallucinogènes. Mis à part les deux patients ayant un score positif (de 2 points pour chacun), les 9 patients restant décrivent soit un usage occasionnel et actuel qu'ils ne considèrent pas comme problématique (N=4), soit un antécédent d'usage occasionnel ou régulier totalement arrêté ou devenu beaucoup plus rare (N=5).

Scores SDS pour les hallucinogènes :

SDS= 0 : 31 cas

SDS= 2 : 2 cas

Nous ne présentons pas de tableau pour ces scores qui n'apparaissent pas significatifs.

➤ GLOBALEMENT

Au total, les résultats globaux de notre enquête peuvent être résumés par le tableau suivant qui reprend les chiffres d'abus ou de dépendance observés pour chaque addiction, selon la présence actuelle ou la notion d'antécédents :

	ACTUELS		ANTECEDENTS		TOTAL	
ADDICTION AU JEU						
Non joueur					19	58 %
Joueur à problème	1	3%	5	15%	6	18%
Joueur pathologique	3	9%	5	15%	8	24%
ADDICTION AUX SUBSTANCES						
ALCOOL	8	24%	11	33%	19	57%
TABAC	32	97%	0	0%	32	97%
OPIACES	22	66%	11	33%	33	100%
CANNABIS	8	24%	14	42%	22	66%
COCAÏNE	5	15%	8	24%	13	39%
BZD	13	39%	3	9%	16	48%

3. Résultats comparatifs entre toxicomanes joueurs et non joueurs

Les joueurs se distinguent en 2 groupes, « à problème » (N=6) ou « pathologiques » (N=8) ;

Nous garderons cette nuance dans la présentation des résultats, de façon à pouvoir également observer s'il existe des différences entre ces catégories de joueurs.

- Concernant les éléments du statut familial et professionnel, nous avons observé les résultats suivants :

Comparaison du statut familial et professionnel entre joueurs et non joueurs	Non Joueurs (N = 19)		<i>Joueurs à problème (N = 6)</i>		Joueurs pathologiques (N = 8)	
Age	35 ans		36 ans		37 ans	
Vie familiale :						
Marié ou concubinage	8	42%	3	50%	2	25%
Célibataire	9	47%	2	33%	3	37,5%
Divorcé, séparé, veuf	2 (dont 1 veuf)	10%	1	16%	3	37,5%
Activité professionnelle :						
Stable	10	52%	4	66%	3	37,5%
Chômage	9	47%	2	33%	5	62,5%

Nous pouvons donc remarquer une tendance à un âge moyen plus élevé chez les Joueurs Pathologiques (JP) que chez les Joueurs à problèmes (Jp), eux même plus âgés que les non joueurs (NJ), ces différences n'étant pourtant pas majeures. Les JP semblent vivre davantage seuls que les autres patients (75% vs 57% pour les non joueurs et 49% pour les Jp), sans pour autant que les éléments cliniques puissent relier ces situations de célibat ou de séparation à leur problème de jeu en particulier. Enfin, une activité professionnelle stable est également moins souvent observée chez les JP qui ont le plus fort pourcentage de chômeurs par rapport aux deux autres groupes.

- Analysons à présent les profils d'abus et de dépendance aux substances explorées à travers le tableau récapitulatif suivant :

Comparaison des profils d'abus et de dépendance		Non joueurs (N = 19)		Joueurs à problème (N = 6)		Joueurs pathologiques (N = 8)	
CAGE > 2		15	78%	3	50%	4	50%
FAG > 6		9	47%	4	66%	6	75%
Opiacés	Actifs	11	58%	5	84%	6	75%
	Atcd	8		1		2	
	SDS moy	7,15		<u>8,83</u>		7,625	
Cannabis	Actuels	9	47%	2	33%	2	25%
	SDS moy	1,84		0,66		1	
Cocaïne		0,52		<u>3,5</u>		1,625	
Benzodiazépine		2,73		2,83		3,75	
Hallucinogènes		0,1		0		0,25	

Nous observons donc une tendance chez les JP et les Jp à des scores inférieurs pour l'alcool et le cannabis, mais ils semblent par contre obtenir des scores de sévérité de dépendance légèrement supérieurs en ce qui concerne les opiacés (où la proportion de dépendance active est de 75 et 84% pour les JP et Jp versus 58% pour les NJ), la cocaïne et les benzodiazépines. Il est difficile d'interpréter les scores obtenus pour les hallucinogènes, cependant nous noterons que parmi les 2 patients ayant un score positif, l'un d'eux est aussi joueur pathologique. Quant au tabac, nous avons mis en avant la répartition des patients présentant une forte ou une très forte dépendance, ce qui nous fait observer une plus grande proportion de ces fumeurs dans les groupes joueurs que dans celui des non joueurs (75 et 66% pour les JP et Jp versus 47% pour les NJ).

Ces chiffres sont à interpréter prudemment du fait de la petite taille de notre échantillon d'une part, et de la population interrogée d'autre part, notamment en ce qui concerne l'alcool. En effet, le lieu de soins où nous avons réalisé cette enquête accueille préférentiellement des toxicomanes non alcooliques lors des sevrages, ce qui biaise sans doute les chiffres retrouvés avec le questionnaire CAGE.

Ces résultats confirment néanmoins les données de la littérature que nous avons exposées, et vont également dans le sens d'une sévérité accrue des pathologies addictives au sens large chez les joueurs, avec un statut familial et professionnel plus précaire. Nous n'avons pas exploré d'autres dimensions psychiatriques durant cette enquête, mais les vignettes cliniques viendront donner un aperçu des éventuelles répercussions des problèmes de jeu sur l'état psychologique de ces patients.

Avant d'aborder les résultats concernant le jeu en décrivant plus précisément les Jp et JP, nous pouvons aussi détailler les quelques différences observées pour les 3 premières questions de la SOGS soumises à l'ensemble des patients.

- Analyse des pratiques de jeu :

- *Nature et fréquence des jeux pratiqués :*

La question n°1 montre un attrait préférentiel pour certains types de jeu, mais qui est sensiblement différent dans les 3 groupes. En effet, nous avons retrouvé une prédilection pour les cartes chez 3 JP et chez 4 Jp (soit 50% des joueurs), alors que cette préférence n'apparaît chez aucun non joueur, excepté chez 3 patients décrivant des antécédents de période de jeu.

Les non joueurs décrivent majoritairement des pratiques occasionnelles ou hebdomadaires de jeux de grattage, de loto ou de courses.

Chez les non joueurs, la fréquentation des casinos reste de l'ordre de l'expérience unique ou circonstancielle, tandis que nous avons retrouvé 2 JP décrivant cette prédilection et 2 Jp s'y étant rendu régulièrement à une période de leur vie.

Le loto sportif n'est que peu cité, nous retiendrons uniquement que seuls 1JP et 1 Jp y jouent plus d'une fois par semaine. Le joueur à problème concerné parle du loto sportif comme de son jeu de prédilection, aux côtés des cartes et du vidéo poker, nous disant dépenser chaque mois en paris sportifs au moins 1500 € (argent provenant de trafic d'héroïne a-t-il précisé).

Les courses sont pratiquées par un grand nombre de patients, avec une sorte d'homogénéité puisque l'on retrouve cette prédilection chez 28% des joueurs et chez 33% des non joueurs.

Les jeux de boule, billard, golf sont cités par quelques patients, notamment par un non joueur ayant associé parties de billard intéressées et alcool pendant plusieurs mois.

Le fait de jouer de l'argent en bourse est exceptionnellement retrouvé, seuls 3 JP, 1 Jp et 1 non joueur disent avoir déjà essayé de placer leur argent en bourse, décrivant le plus souvent un effet d'entraînement avec frère ou ami. Au final, il n'y a que le joueur à problème qui l'avait vécu comme une recherche de plaisir et de risque similaire à ses autres habitudes de jeu. Il s'est cependant arrêté au bout de quelques mois, trouvant l'affaire « peu lucrative et pas assez excitante » (sic).

Enfin, l'exploration des pratiques de jeux d'argent sur Internet nous apprend que 4 patients s'y adonnent, dont 3 sont identifiés joueurs pathologiques.

- Sommes maximales perdues en une journée

Par rapport à la question n°2, nous avons déjà évoqué les sommes maximales moyennes perdues en une journée, qui sont respectivement de 217 €, 1233 € et 2750 € pour les NJ, Jp et JP. Nous précisons que l'un des patients ayant un score SOGS=0 déclarait une somme

maximale perdue en un jour de l'ordre de 2000 €, cette personne nous apparaissant comme probable « faux négatif » quant au dépistage de problème de jeu. Nous reviendrons sur cette impression clinique, mais ceci permet de critiquer le montant moyen relativement élevé de la catégorie des non joueurs. Ce montant serait de 118 € si nous avions exclu de ce groupe le patient que nous venons de citer. Les non joueurs rencontrés et pariant occasionnellement ne misent en effet que très rarement des sommes supérieures à 10 €. Quant aux joueurs pathologiques, la plus forte somme perdue en un jour s'élève à 11 900 €, cet argent provenait d'une activité illégale et le patient n'y attribuait qu'une valeur passagère. Par ailleurs, les 2 JP ayant le score SOGS le plus élevé annoncent des montants de mise quotidienne relativement modeste par rapport à d'autres joueurs, de l'ordre de 200 à 300 €, ce qui témoigne du caractère insidieux de cette dépendance aux conséquences pourtant avancées, puisque l'un est endetté, et l'autre a commis un vol de tickets à gratter pour lequel il est poursuivi.

- Antécédents familiaux de problèmes de jeu

La notion d'antécédents familiaux de problèmes de jeu est observée chez 27% de l'ensemble des patients, et chez 50% des joueurs à problème. Les 8 joueurs pathologiques quant à eux sont 2 à n'avoir aucun joueur dans leur entourage, 2 ont au contraire un proche joueur pathologique (25%), et les 4 autres (50%) ont dans leur famille des « gros » joueurs mais qu'ils décrivent comme non problématiques. Les non joueurs sont 15% à avoir un antécédent familial avéré de problème de jeu, et 26% à avoir un proche ayant des habitudes de jeu régulières mais non problématiques.

Comparaison des antécédents familiaux	Non joueurs (N = 19)		Joueurs à problème (N = 6)		Joueurs pathologiques (N = 8)	
ATCD familial problème de jeu	3	15 %	4	66%	2	25%
Joueur régulier dans l'entourage	5	26 %	0	0 %	3	37,5%

- Patients non joueurs

La reprise des passations du questionnaire SOGS auprès des 19 patients non joueurs n'est pas dénuée d'intérêt, ces patients nous ayant offert quelques commentaires libres sur le sujet de notre étude et y réagissant à partir de leur propre expérience des jeux d'argent. 5 patients ne jouent pas du tout, c'est le cas des 3 femmes rencontrées notamment, et d'un patient alcoolodépendant qui estime que les jeux d'argent sont « contraires à sa philosophie ». Cet homme d'origine française nous a expliqué être un fervent disciple d'un mouvement hindouiste interdisant entre autres choses ces jeux : son cas illustre d'une certaine façon les études réalisées à propos des facteurs socio-culturels et qui établissent l'effet protecteur de l'appartenance à certaines confessions religieuses par rapport au jeu pathologique ⁶¹. Deux autres patients sont d'origine russe et leur pratique de jeu se limite aux échecs. Ces 5 cas correspondent à la catégorie des « indifférents ».

Nous trouvons ensuite 14 patients ayant un score SOGS nul et jouant de façon limitée et « raisonnable », soit très occasionnellement (6 patients), soit de façon plus ou moins hebdomadaire ou de façon quantitativement importante mais contrôlée ou limitée dans le temps. Parmi ces 8 personnes, nous relaterons les mini vignettes suivantes :

- A. Joueur hebdomadaire de loto, courses (tickets Spot), loto sportif, sans autre jeu de prédilection. Présence de gros joueurs dans l'entourage, notamment joueurs de Rapido dont le patient dit que cela le met en garde. Cette personne nous a fait remarquer qu'elle n'avait pas de difficultés à contrôler ses habitudes de jeu qui étaient « ritualisées » mais que par contre il lui était arrivé dans le passé de « flamber de grosses sommes d'argent pour des vêtements », ce qui laisse imaginer une tendance aux achats compulsifs. Il nous a relaté aussi que ses dépenses de jeu sont plus importantes lorsqu'il touche le RMI, ce qu'il regrette.
- B. Jeune turfiste (25 ans) passionné, qui partage avec son père et son oncle ce loisir sur les hippodromes. Il se rend quasi quotidiennement sur les champs de course durant les vacances d'été depuis l'âge de 16 ans, ses mises s'y limitant à 50 € au plus par jour. Il distingue nettement ce loisir familial de son héroïnomanie, et considère avoir eu la chance de ne jamais gagner une grosse somme. Il fréquente mensuellement le casino proche de son domicile, y jouant au poker ou au black jack, mais n'apprécie que très peu les jeux où le hasard domine. Il s'arrête systématiquement de jouer lorsqu'il commence à perdre, considérant que ce loisir doit rester une détente et se méfiant de la colère qui le prend lorsqu'il perd. Ce patient nous a par ailleurs souvent fait remarqué qu'il ne voyait aucune conséquences négatives à ce loisir, qui lui permet au contraire d'« arrondir ses fins de mois ». Il s'agit bien d'un passionné contrôlé, qui se dit protégé par le contexte familial et par le fait que soit absent de son expérience un « big win » initial.
- C. Trois joueurs décrivent des parcours similaires par rapport au jeu, marqués par un effet d'entraînement durant l'adolescence, 2 ayant joué quotidiennement au poker dans leur cité avec une bande d'amis, sans y prendre goût par la suite. Ces patients sont même franchement critiques par rapport aux jeux d'argent, considérant que cette

expérience leur a servi de repoussoir. Le premier considère l'ensemble des jeux d'argent comme de « l'attrape nigaud », le second se définit comme n'étant pas « un chanceux », et nous raconte comment il a joué au casino sous emprise de la cocaïne, souvenir désagréable et à propos duquel il se dit conscient d'avoir été à risque de basculer dans une pratique addictive. Ce même patient décrit également une période où il pariait sur les courses en s'alcoolisant, « pour faire comme tout le monde » dit-il. Cet homme d'allure timide se sentait peu à l'aise dans le milieu des jeux, où bluff et rivalités entre hommes lui déplaisaient. Enfin, le dernier relate une adolescence marquée par l'exclusion et la pauvreté, expliquant que le fait de jouer au poker en bande s'inscrivait dans une quête tous azimuts de revenus et de revanche sur sa condition. Il garde du poker le souvenir d'un passe-temps convivial offrant une évasion : « on faisait comme à la télé, on se croyait dans un autre univers où il fallait inventer des tactiques, se concentrer » explique-t-il. Par ailleurs, cet homme nous dit avoir appris à travers le jeu à se « débrouiller dans la vie », notamment en apprenant à bluffer et à contourner certaines règles.

- D. Un patient en sevrage d'alcool nous a expliqué comment il a joué au billard pour de l'argent, durant plusieurs mois dans un bar qu'il fréquentait la nuit, y associant de l'alcool mais aussi du cannabis. Cette dernière substance l'aidait à se concentrer et à être d'avantage dans la partie. Il s'est essayé à d'autres jeux, notamment les cartes durant son adolescence, et a eu une amie croupière avec laquelle il s'est mis à fréquenter le casino. Cependant il est toujours resté critique sur ses chances de gagner, et continue à apprécier gratuitement le billard qui reste son jeu favori.
- E. Un autre patient s'est montré très volubile sur le jeu, démarrant la passation de la SOGS en nous disant qu'il se faisait appeler « le maître ». En effet, il a eu une pratique intensive de jeux d'argent (cartes, dés, machines à sous clandestines, jeux de

casino), qu'il associe à son métier puisqu'il a travaillé durant 14 ans comme « animateur dans le show-business ». Nous avons été marqués par le plaisir et l'excitation qu'il a pris à nous raconter son expérience, se décrivant comme professionnel des jeux d'argent, et brassant de grosses sommes dans des défis permanents lui laissant la part belle grâce à des tricheries qu'il maîtrisait. Il faisait également jouer les autres, ou jouait pour eux, ce qui le rendait indifférent au fait de gagner ou perdre. Au contraire, il ressentait une jouissance particulière lorsqu'il flambait de grosses sommes. Il ne retient de son expérience que les aspects positifs, notamment sur le plan de la valorisation narcissique, que cela lui apportait. La dimension de défi est particulièrement mise en avant, ainsi que le plaisir intellectuel : « C'était un combat qui me faisait travailler mon esprit, m'occupait la tête, m'aidait à me concentrer, j'avais le contrôle sur le jeu, sur les autres. J'aimais apprendre aux autres joueurs leurs limites, connaître leurs points faibles. Je pouvais montrer à tout le monde que j'étais bon joueur, on me jalousait jusqu'à la folie de me battre. ». Ses propos sont passionnés et sans regret, la seule nuance qu'il apportera étant qu'il a cependant commis l'erreur de se mettre à consommer énormément de cocaïne, d'héroïne et d'alcool durant cette période de sa vie, substances pour lesquelles il est en sevrage lorsque nous le rencontrons. S'il a répondu négativement à l'ensemble des items de la SOGS, nous émettons néanmoins l'hypothèse que ce patient a connu une période de jeu à problème, qu'il relate avec autant de passion que de déni. Il est également possible de le considérer comme un « tricheur professionnel », cependant le fait qu'il ait associé jeu et substances semble l'avoir mené plus loin que prévu dans les conséquences négatives de cette activité de joueur...

- *Résultats spécifiques aux joueurs :*

✓ **Joueurs à problème :**

Nous avons donc observé des scores SOGS compris entre 1 et 4 chez 6 patients, indiquant chez eux la présence de problèmes de jeu à un moment donné de leur vie ; seul l'un d'entre eux est un joueur à problème actif au moment de l'entretien.

Les questions auxquelles ces joueurs ont répondu positivement sont essentiellement les items concernant le fait de jouer plus que prévu (4 personnes), le sentiment de culpabilité (3 personnes), le fait de manquer des heures de travail pour jouer de l'argent (3 personnes). Deux ont déjà emprunté à leur entourage pour jouer. Enfin, les autres réponses positives sont retrouvées pour les questions n°4 (rejouer à chaque fois après avoir perdu), n°8 (critiques de l'entourage), n°11 (cacher des preuves de jeu) et n°12 (disputes au sujet de l'argent). Les autres items n'ont jamais donné lieu à une réponse positive parmi ces joueurs à problème notamment la question portant sur le fait d'estimer avoir ou non un problème de jeu.

Leurs profils sont variés et nous détaillerons trois d'entre eux, les 3 autres étant des joueurs qui décrivent des excès dont ils se culpabilisent mais qu'ils tentent de contrôler.

Le premier patient dont nous allons parler est celui présentant une activité de jeu à problème toujours très active.

Agé de 40 ans, il a commencé à jouer de façon hebdomadaire aux cartes et aux dés pour de l'argent dans un cercle privé à l'âge de 20 ans, pratique qui a duré une dizaine d'années. Se rendant de façon trimestrielle au casino, il se dit « accro au vidéo poker », et apprécie également la roulette, les machines à sous. Actuellement, ce ne sont plus les cartes qui ont sa

faveur mais les lotos sportifs où il dépense une partie de l'argent du trafic d'héroïne, soit environ 1500 € par mois. Il a également joué de l'argent en bourse durant l'année 1999, mais déclare y avoir perdu près de 40 000 €. Le détachement avec lequel il nous a parlé de ces sommes perdues est sans doute à relier au contexte de délinquance sous-jacent, ainsi qu'à une certaine jouissance que ce patient affiche lorsqu'il se situe au-dessus des contingences matérielles. Il exprime par ailleurs ne pas se sentir dépendant du jeu auquel il s'adonne avec grand plaisir, rejetant l'idée que cela puisse être chez lui une forme d'addiction. Pour lui, l'absence de conséquences financières prouve l'innocuité de ce plaisir. Il répond cependant positivement aux questions n°7, n°8 et n°12 (jouer plus que prévu, critiques de l'entourage, disputes au sujet de l'argent) et estime qu'il aurait tout de même du mal à se passer de son loto sportif. En sevrage d'héroïne et consommateur occasionnel de cocaïne, il ne voit pas de similitude entre l'effet de ces substances et ce qu'il éprouve en jouant. Il associe parfois cocaïne et jeu, « simplement pour avoir de meilleures sensations » dit-il.

Le deuxième patient est âgé de 35 ans, il annonce d'emblée être d'accord pour « jouer le jeu » de cette enquête. Cette façon malicieuse de nous accueillir dévoilera une activité de jeu qui a été fortement liée chez lui à la délinquance. Parmi les trafics divers auxquels cet homme se livrait, le jeu occupait une place opportune mais non centrale, ce patient faisant remarquer que « le plus dangereux dans le jeu, c'est d'y prendre goût ». Il pouvait jouer lui-même ou faire jouer les autres, essentiellement aux cartes, les parties occasionnant volontiers règlements de comptes et rackettages des autres joueurs. Pour lui, le jeu est comparable à l'héroïne dans le fait de faire perdre la notion du temps, de faire oublier les « galères » aussi (« on est en parallèle avec la vraie vie » dit-il). Le jeu est également comparable avec la cocaïne ou les amphétamines (a été gros consommateur de Survector) par le sentiment d'exaltation et de toute-puissance que cela procure. Même s'il était souvent alcoolisé ou sous emprise de ces substances lorsqu'il jouait, il n'estime pas que le jeu ait influé sur ses consommations. Il se situe par ailleurs depuis quelques années dans un contexte de rédemption par la religion

islamique qui lui a permis de s'éloigner de ses activités illégales et de l'alcool ; il nous explique aussi combien sa femme surveille encore ses mises hebdomadaires au loto qu'il dit contrôler maintenant parfaitement.

Le dernier patient que nous présenterons est un homme de 43 ans, qui nous a relaté une période intensive de poker durant une période brève de sa vie, alors qu'il avait 26 ans. Durant 6 mois, il a joué quotidiennement, « du matin au soir », dans un bar où des amis lui avaient fait découvrir les cartes. Il décrit une véritable « lune de miel », prenant goût au jeu dès les premières parties et développant rapidement une habileté qu'il rapproche d'un don spécial. Son récit est le suivant :

« Pour moi, c'était un challenge avec ces gens-là, j'ai étonné beaucoup de monde par la façon dont je gagnais toujours. En réalité, je sentais le jeu, c'était comme un don que j'avais. J'aime maîtriser un domaine et après passer à autre chose. Mon adrénaline, c'est le sport, le jeu me prenait trop de temps et m'empêchait de faire du sport. C'était une période où j'avais de l'argent, j'étais gagnant grâce à mon don. Quel plaisir y ai-je trouvé ? L'adrénaline, l'excitation, prendre des risques, y aller au bluff, me faire respecter par les autres... Je n'arrive pas à expliquer pourquoi je jouais si bien, peut-être parce que j'étais un peu télépathe...J'aurais pu devenir accro, c'est sûr, mais j'ai préféré arrêter avant de trop gagner. »

Cet homme énigmatique et qui se dit « accro au sport » évoque le jeu à travers des croyances erronées quand il s'exprime sur ce fameux don. Par ailleurs, il n'est sans doute pas anodin au niveau psychodynamique qu'il ait préféré arrêter avant de « gagner trop », exprimant peut-être par là une culpabilité inconsciente face à cette chance et à ce don de joueur un peu trop bizarrement offerts.

✓ **Joueurs pathologiques**

Nous exposerons en détails les histoires cliniques de chacun des joueurs pathologiques rencontrés, et nous ne ferons que récapituler ici les données issues de ces 8 questionnaires. A noter que tous sont des hommes.

(cf. tableau ci-après).

Légende pour la question n°1 : 1= pas du tout / 2=moins d'une fois par semaine / 3= plus d'une fois par semaine. **En gras : pratique actuelle**, sinon, correspond à une période antérieure)

		Mr D.	Mr F.	Mr G.	Mr H.	Mr L.	Mr M.	Mr O.	Mr Y.
	Score SOGS	6	7	10	7	7	9	11	8
1a	cartes	3	3	2 (en prison)	2	3	2	3	1
1b	courses	1	3	3	1	2	3	3	3 / 2
1c	loto sportif	1	1	1	1	1	2	2	1
1d	dés	3	1	1	1	1	2	1	1
1e	casino	2	3	2	3 / 2	2	3	1	3
1f	loto	2	3	1	3	2	2	3 + rapido	3
1g	grattage	1	3	1	2	2	2	2	3
1h	Bourse	2	3	1	2	1	1	1	1
1i	machines à sous	2	3	2 (bars)	3 (casinos+ bars)/ 2	2	3	1	3
1j	boules, billard, golf	2	2	1	1	1	2 (basket)	1	1
1k	Internet	1	1	1	2	1	2	1	2
	jeu de prédilection	cartes	cartes / instantanés	courses	machines à sous	cartes	courses	instantanés	casino / courses
2	mise maxi en 1 jour	1500 €	3000 €	300 €	3000 €	1 mois de salaire	4000 €	250 € (RMI)	12 000 €
	big win	big lost	oui	oui	non	oui	non	oui	big lost
3	ATCD familiaux	non	non (père turfiste)	oui	oui	non	non (mère joueuse)	oui	non (un ami sur le net)
4	se refaire	quelquefois	à chaque fois	à chaque fois	la plupart des fois	la plupart des fois	quelquefois	quelquefois	à chaque fois
5	fausse annonce de gain	jamais	jamais	jamais	jamais	jamais	jamais	jamais	jamais
6	difficultés avec le jeu	oui, ATCD	oui, ATCD	oui	non	oui, ATCD	non	oui	oui, ATCD
7	jouer plus que prévu	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui
8	critiques d'autrui / jeu	oui	oui	oui	oui	oui	non	oui	oui
9	culpabilité / jeu	oui	non	oui	oui	non, plaisir	oui	oui	non
10	envie d'arrêter	non	oui	oui	oui	oui (dettes)	non	oui	non
11	dissimulation de tickets	oui	non	non	non, mensonge	non	oui	oui	oui
12	disputes / argent	non	oui	oui	non	non	oui	non	non
13	disputes / argent du jeu	non	oui	oui	oui, un peu	non	oui	non	non
14	emprunter sans pouvoir rembourser à cause du jeu	Non	non	oui	non	non	oui	oui	oui
15	absence prof. à cause du jeu	Non	oui	non	non	oui	oui	non	non
16	emprunter de l'argent	oui (i)	non	oui (a,d,f)	oui (c)	oui (a,c,h)	oui (a, c, d)	oui (a,b,c,e)	oui (a, c)
	Actes illégaux / jeu	oui (faux billets)	non	non	non	non	non	oui	non

TROISIEME PARTIE : 8 vignettes cliniques

Nous présenterons dans cette partie les histoires cliniques des 8 joueurs pathologiques rencontrés lors de notre enquête ; le choix de les présenter tous vient des profils variés qu'il nous a été donné de rencontrer, et qui permettront une meilleure illustration de la discussion.

Après avoir retracé les éléments biographiques ainsi que les antécédents personnels et familiaux, nous détaillerons les résultats obtenus par la passation de la SOGS, ainsi que les données concernant l'histoire toxicomaniaque de chaque sujet. Nous formulerons enfin des hypothèses à la lumière de ces éléments sur les liens existant pour ces différents patients entre leur pratique pathologique des jeux d'argent à un moment de leur parcours et leur toxicomanie.

Cas clinique n°1 : Monsieur D. (40 ans)

SOGS : 6 pts

CAGE : 2 pts

FAGERSTRÖM : 7 pts

SDS - opiacés : 10
- cannabis : 0
- cocaïne et crack : 4
- benzodiazépines : 5
- hallucinogènes : 0

ELEMENTS BIOGRAPHIQUES

Monsieur D. est âgé de 40 ans lorsque nous le rencontrons alors qu'il est hospitalisé pour un sevrage en héroïne qu'il consomme à nouveau depuis quelques semaines, à raison de 1g par jour par voie veineuse. Monsieur D. est d'origine arménienne, il vit en région parisienne où il est né, ses parents ayant immigré au début de leur mariage dans les années 60. Il est le cadet d'une fratrie de 2, sa sœur aînée et lui se voient fréquemment. Sa mère vit à proximité de ses enfants, le père retournant quant à lui périodiquement en Arménie, pays où Monsieur D. a également vécu par intervalles de quelques mois à plusieurs reprises. Monsieur D. est séparé de sa concubine depuis 2004, après avoir vécu avec elle pendant 7 ans. Il n'a pas d'enfant, vit seul dans un logement indépendant, il est en recherche d'emploi. Il a quitté son travail de coursier en 2003 suite à un arrêt longue maladie lié à sa séropositivité pour le VIH et le VHC, mais aussi en raison de conflits avec le patron. Monsieur D. était resté employé comme coursier dans l'entreprise qu'il possédait et qu'il avait été obligé de céder en 2000 en raison de difficultés de gestion.

ANTECEDENTS PERSONNELS

Histoire de la toxicomanie :

Monsieur D. a un parcours de toxicomane qu'il résume ainsi : « Quand j'étais jeune, je suis tombé dans le piège de l'héroïne et de la cocaïne et depuis ça ne m'a plus lâché. » Ses consommations initialement ponctuelles sont devenues plus fréquentes à l'âge de 20 ans, après une incarcération pour participation à un trafic de cannabis, que lui-même n'a jamais consommé autrement qu'occasionnellement. Il s'injecte à cette époque les produits et contracte le VIH et le VHC dont il apprend le diagnostic en 1989. Après plusieurs tentatives de sevrages par ses propres moyens, il réussit à arrêter toute consommation d'héroïne durant 7 années, de 1993 à 2000. La cocaïne est présente durant cette période, mais la connaissance de ses séropositivités le tient à l'écart du milieu qu'il fréquentait auparavant. Il s'investit alors énormément dans le travail, créant une entreprise de coursier, mais rechute d'une façon qu'il ne s'explique pas en 2000, et retrouve alors une consommation quotidienne et intra-veineuse d'héroïne qui l'amène à une première demande d'hospitalisation pour sevrage en août 2001. Les rechutes et les hospitalisations se succèdent alors, Monsieur D. n'arrivant pas à investir un traitement de substitution qu'il arrête de lui-même pour rechuter dans l'héroïne ou la cocaïne, ce qui entraîne 6 hospitalisations pour sevrage entre 2001 et 2006.

Mis à part l'héroïne et la cocaïne, Monsieur D. ne consomme ni cannabis ni hallucinogène, étant simplement expérimentateur pour ces substances. Le score SDS=5 retrouvé pour les benzodiazépines est à lire dans le cadre des descentes de cocaïne et de son angoisse existentielle, cependant Monsieur D. se dit plutôt réticent envers les traitements psychotropes ; le test de Fagerström montre une dépendance forte au tabac, ancienne. La CAGE est cotée à 2 (oui pour les réponses 2 et 3), en raison d'excès occasionnels qui traduisent selon Monsieur D. un problème à ne pas savoir faire les choses autrement qu'à

l'extrême et impulsivement. Ses alcoolisations sont donc ponctuelles mais volontiers massives et peuvent le rendre violent.

Histoire du jeu pathologique :

La passation de la SOGS nous apprend que Monsieur D. a joué aux cartes (rami) pour de l'argent durant plusieurs années, d'une façon quotidienne qu'il estime problématique pour lui dans le passé, mais qui n'est plus d'actualité (question n°6). Monsieur D. précise qu'il s'agissait surtout pour lui d'un problème d'environnement, jouant dans les bars où il fréquentait l'essentiel de ses relations. Monsieur D. fait remonter le début de cette période de jeu à un Noël passé en Arménie, pays où il est de coutume de jouer aux dés durant les fêtes de fin d'année. C'est ainsi qu'il y a pris goût et qu'il s'est mis à jouer pour de l'argent au rami et aux dés (passe anglaise) en soirée, après le travail. Monsieur D. avait alors 25 ans et n'a cessé de jouer ainsi durant les 3 années qui ont suivi, de 1991 à 1994.

Concernant les autres jeux d'argent, Monsieur D. n'a jamais joué aux courses, ni au loto sportif ni aux jeux de grattage, et mis à part sa pratique intensive des cartes et des dés, il a occasionnellement joué au loto, aux machines à sous et à la roulette ainsi qu'au black jack dans les casinos. Il a parfois joué de l'argent en bourse, et il lui arrivait lorsqu'il était adolescent de miser sur des parties de pétanque.

Interrogé sur un « big win », il se souvient avoir misé 10 000 francs sur une partie de cartes « un jour de l'an » où il était seul, a gagné 9 fois sa mise mais n'a alors pas réussi à partir, a tout rejoué jusqu'à se retrouver perdant et débiteur ; ce jour-là est parti au petit matin en laissant en gage sa voiture, ce souvenir est particulièrement chargé de remords et de culpabilité dans la bouche de Monsieur D. « Pourtant je connaissais bien le jeu, mais dans des soirées comme ça, le plus dur c'est de partir... ».

En effet, Monsieur D. avait l'habitude de tenter de « se refaire ». Cependant il répond de façon originale à la question n°4 de la SOGS, expliquant que, si la plupart du temps il jouait jusqu'à n'avoir plus du tout d'argent, il rejouait en fait tant qu'il gagnait. Sa réponse effectue une sorte de distorsion logique par rapport à la question.

Il a toujours caché son problème de jeu à sa famille, se culpabilisant des sommes excessives qu'il engageait et des activités illégales contemporaines de cette période de jeu. Il vivait seul à cette époque, ce qui lui permettait de mener ces activités sans que cela n'ait trop de conséquences conflictuelles avec son entourage.

Il n'a jamais emprunté d'argent pour jouer mais estime que cela l'a « plus ou moins mis en difficultés financières ». Il poursuit en expliquant qu'il réussissait à préserver son activité professionnelle, ne jouant qu'en soirée, précisant qu'à cette époque, il alternait les missions d'intérim et les trafics illégaux, notamment un trafic de faux billets. Il revient sur cette histoire de faux billets à la question n°16, nous évoquant la gravité du risque de règlement de compte si les autres joueurs s'étaient aperçus qu'il faisait circuler des faux billets dans ses mises, ce qui lui est arrivé plusieurs fois.

Voici ce qu'il exprime en réponse aux questions ouvertes : « J'ai perdu beaucoup d'argent, c'est quand même une dépendance même s'il y a le plaisir du risque et du défi. C'est un risque extrême, je fais tout à l'extrême, on pense toujours que ça ira mieux demain, c'est un cercle vicieux ; globalement je n'en garde pas un bon souvenir, j'ai ensuite changé de quartier et de fréquentations ce qui m'a permis d'arrêter. A présent, je ne voudrais pas rejouer, quand je rentre dans un casino, je me limite à 150 € seulement, c'est une aberration de penser qu'on peut gagner de l'argent au jeu. Par contre, je consommais très peu de drogues quand je jouais, en tous cas beaucoup moins qu'avant ... Le jeu, c'est un sale milieu, il y a beaucoup de délinquance (cf. faux billets), oui, on peut comparer cela à la cocaïne, par l'excitation et la

vitesse à laquelle on perd son argent, pas de limites, on joue des sommes de plus en plus importantes. ».

Antécédents psychiatriques :

Monsieur D. présente un état anxio-dépressif qui répond mal aux traitements antidépresseurs successivement prescrits depuis 2001 (Deroxat, Prozac, Zoloft et Séropram). Son état psychologique se dégrade au fil de ses rechutes toxicomaniaques, fortement relié aussi à l'évolution de sa co-infection VIH-VHC, ces deux pathologies étant devenues actives et posant problème quand à l'observance des chimiothérapies lourdes qu'elles nécessitent. Le traitement par Interféron en 2005 a été mal supporté, aggravant l'état dépressif avec apparition d'idées suicidaires sans passage à l'acte. Monsieur D. exprime une forte culpabilité vis-à-vis de son parcours, et fait le constat que sa toxicomanie est venue mettre en péril non seulement sa santé physique mais aussi sa vie affective et professionnelle. L'anxiété est mal contrôlée par le traitement, avivée ponctuellement par les prises de cocaïne qui le plongent dans des crises de panique intenses.

ANTECEDENTS FAMILIAUX :

Absence d'antécédent familial de jeu pathologique, ainsi que de toxicomanie ou de pathologie psychiatrique.

ANALYSE SEMIOLOGIQUE ET HYPOTHESES QUANT AUX LIENS EXISTANT ENTRE JEU PATHOLOGIQUE ET TOXICOMANIE CHEZ CE PATIENT

La période de jeu pathologique fût relativement circonscrite dans la vie de Monsieur D., il la relie à son environnement (début en Arménie, puis fréquentations de bar). Son activité de

trafiquant de faux billet et son célibat ont été des facteurs facilitateurs du jeu pathologique. Notons que la période de jeu est venue précéder un long intervalle libre quant à sa consommation d'héroïne, arrêt qu'il est difficile d'attribuer d'avantage à son nouvel investissement professionnel qu'à la nécessité de se préserver des dommages de cette consommation responsable d'une séroposivité VIH et VHC. Nous faisons l'hypothèse que ce patient a pourtant durant cette période entrevu la gravité de ses dépendances et de leurs conséquences dont le cumul a sans doute participé à une forme de bascule vers une période abstinentes d'héroïne, de délinquance et aussi de jeu lorsqu'il « change de fréquentations » en 1994. Il nous dit avoir en tous cas consommé beaucoup moins de drogues durant la période de jeu que précédemment.

Soulignons aussi le parallèle effectué par Monsieur D. entre cocaïne et jeu (vitesse, excitation), ainsi que le dénominateur commun entre jeu et toxicomanie qu'il désigne par le besoin de faire tout à l'extrême, cherchant le plaisir du risque et du défi. La notion d'ordalie trouve sans doute ici toute sa pertinence devant cet homme qui nous explique comment il est allé jusqu'à jouer avec des faux billets, ou encore comment il est devenu séropositif, ces événements débouchant chez lui sur une sorte de mise à distance en tout ou rien vis-à-vis de ces comportements dont il rappelle volontiers qu'ils l'ont mis en danger. Le regard critique et culpabilisé qu'il porte sur son passé est renforcé par un état dépressif chronique. Le jeu tel qu'il l'a pratiqué relève pour lui du même ordre de dépendance que cette héroïnomanie qui ne le « lâche plus », à ceci près qu'il garde pourtant une façon de jouer qu'il réussit à contrôler, disant tirer les leçons de son expérience.

Cas clinique n°2 : Monsieur F. (37 ans)

SOGS : 7 pts

CAGE : 0 pts

FAGERSTRÖM : 7 pts

SDS - opiacés : 8
 - cannabis : 0
 - cocaïne et crack : 0
 - benzodiazépines : 0
 - hallucinogènes : 0

ELEMENTS BIOGRAPHIQUES

Monsieur F. est le 3^{ème} enfant d'une fratrie de 4, son père est d'origine marocaine, sa mère d'origine algérienne. Il est né à Bourges où il a vécu une partie de son enfance, puis a suivi ses parents en région parisienne. Nous savons aussi qu'il a vécu une forme d'itinérance le menant successivement à Angers, en Espagne puis en Corrèze, mais il nous a été impossible d'obtenir davantage de précisions sur son parcours.

Agé de 37 ans lorsque nous le rencontrons, Monsieur F. n'en est pas à sa première hospitalisation. Il effectue un sevrage en Subutex, bien qu'il soutienne que ce traitement lui a été prescrit par erreur « pour le sevrer de la cocaïne. » L'anamnèse recueillie auprès de son médecin consultant qui le suit depuis 1997 retrace une histoire où dominant les demandes de sevrage sur des modes impulsifs, en urgence et le plus souvent suite à des ruptures avec sa famille d'origine ; il semble dans une forte dépendance affective vis-à-vis de ses parents et en grande rivalité avec son frère aîné ; son autre frère est toxicomane et aurait effectué certaines démarches de soins en parallèle avec celles de Monsieur F. Ce dernier se montre volontiers immature et manipulateur, c'est pourquoi l'ensemble des propos recueillis durant la passation est sans doute à relativiser. Monsieur F. est célibataire, sans enfant, et travaille comme « représentant des usagers » dans une association d'aide aux personnes toxicomanes. Il n'a pas de logement indépendant, se faisant héberger par ses parents, des petites amies, ou encore

des structures d'accueil social lorsque les conflits avec ses hôtes l'amènent à la rue. Il a été incarcéré à plusieurs reprises pour de courtes peines.

ANTECEDENTS PERSONNELS

Histoire de la toxicomanie :

L'âge de début de la consommation d'héroïne est situé vers 21 ans, en même temps que la cocaïne. Monsieur F. minimise en expliquant que bien qu'il soit actuellement substitué par Subutex, son héroïnomanie fut brève, avec cependant notion de traitement par méthadone durant une période. Il tend durant tout l'entretien à donner une bonne image de lui-même, et justifie ses antécédents par les circonstances extérieures, par exemple attribue sa consommation de cocaïne au milieu professionnel de la photographie qu'il dit avoir fréquenté. Monsieur F. évoque cependant une dépendance aux benzodiazépines, mais là aussi présente cela comme de l'histoire ancienne. Interrogé sur sa consommation d'alcool, il répond négativement aux questions de la CAGE et explique : « Je suis né dans un bar, mon père était cafetier et cela m'a dégoûté à vie. ». Sa consommation de tabac est elle aussi banalisée, « comme tout le monde ici », malgré un score élevé au test de Fagerström. Enfin, Monsieur F. dit ne plus consommer de cannabis qui le rendait « parano », les hallucinogènes ont été occasionnellement expérimentés. Le déni semble donc très actif chez ce patient, dont les antécédents de recours aux soins spécialisés en toxicomanie sont pourtant avérés.

Histoire du jeu pathologique :

Interrogé au moyen de la SOGS, Monsieur F. parle d'une longue période de sa vie durant laquelle il jouait très régulièrement aux cartes pour de l'argent, ses jeux de prédilection étant le poker, le rami et le tarot. De l'âge de 25 ans à l'âge de 34 ans, il aurait également

assidûment fréquenté les casinos, y jouant tant au black jack ou à la roulette qu'aux machines à sous ; il jouait beaucoup au tiercé durant cette même période, et au total, sur tous les items de la première question il se montrera très au fait des différents jeux cités (excepté pour le loto sportif et les jeux de dés), dont il se dit volontiers expert. Il dit avoir gardé de façon hebdomadaire une activité de joueur de loto, de Rapido et de jeux de grattage, mais a totalement abandonné sa passion pour les cartes et les courses. Enfin, il raconte avoir déjà joué son argent en bourse en achetant et revendant des actions sucrières, en compagnie de son frère, mais précise que cette activité ne lui procurait qu'un plaisir raisonnable, dépourvu du sensationnel et de l'émotion qu'il trouvait dans les parties de cartes.

Monsieur F. fait un récit détaillé de ses expériences de gains et de pertes : il se souvient en particulier d'un « big win » sur une machine à sous du casino de Deauville, où le champagne lui a été offert « en signe de distinction » après avoir été payé en liquide des 10 000 francs qu'il venait de gagner ; dans une symétrie quelque peu étonnante, il raconte comment il a arrêté de jouer aux cartes, au décours d'une longue partie nocturne dans le cercle qu'il fréquentait : à partir d'une mise en cave de 10 000 francs par joueur, il a remporté la partie et empoché 8 fois sa mise. « J'ai joué pendant une nuit entière au rami ce jour-là, il faut se donner du temps pour apprécier le jeu... cette nuit-là, j'ai gagné et c'est pour ça qu'ensuite j'ai arrêté de jouer, à la fin de la partie, j'étais comme hypnotisé, je ne pouvait plus réfléchir normalement, je me sentais dans un état de stress et d'excitation qui fait que je ne réalisais pas que j'étais sur le point de gagner gros ».

Malgré une tendance à se valoriser à travers le récit de son expérience de joueur et même s'il nous est difficile d'évaluer la réalité quantitative de la pratique des jeux d'argent chez ce patient, nous avons été particulièrement intéressés par les commentaires libres de Monsieur F. que nous transcrivons ici : « Ce qui me plaît dans le jeu, c'est la façon de se mettre en danger, de forcer le destin, forcer le sort, je préfère de loin les jeux de cartes et surtout le rami mais j'aime jouer à tout. J'apprécie la vibration que cela me donne, le bluff qu'il faut faire aussi

pour rouler les autres. J'ai toujours été clean quand je jouais, ni alcool ni aucune autre drogue, ce n'est pas compatible pour la concentration. Je sais que je suis vulnérable face au risque de recommencer à jouer, mais je crois que mon expérience m'a servi d'apprentissage pour ne pas déraiper. Je n'ai jamais eu le vice ...mais je le vois plutôt comme une passion ».

Antécédents psychiatriques

Nous retrouvons la notion d'épisodes dépressifs itératifs depuis l'adolescence, il a par ailleurs été hospitalisé en HDT en 2005 pour état d'angoisse associé à des menaces suicidaires. Sa personnalité d'allure histrionique et narcissique, les passages à l'acte impulsifs et son recours fréquent aux toxiques font évoquer un probable diagnostic d'état limite.

ANTECEDENTS FAMILIAUX

Son frère cadet est toxicomane.

Le père de Monsieur F. est un joueur « modéré » de tiercé, mais Monsieur F. précise que cela n'a aucun rapport avec son expérience personnelle : ce sont des amis qui l'ont initié aux cartes et auprès de qui il a pu exprimer dans le défi du jeu des éléments de sa virilité : « avec les cartes, on peut se prouver qu'on est un homme » dira-t-il au cours de l'entretien.

ANALYSE SEMIOLOGIQUE ET HYPOTHESES QUANT AUX LIENS EXISTANT ENTRE JEU PATHOLOGIQUE ET TOXICOMANIE CHEZ CE PATIENT

Si nous avons émis des réserves quant à l'authenticité du discours de ce patient sur le jeu, nous n'en avons pas moins perçu la grande part de valorisation narcissique qui en émanait, à mettre en lien avec notre hypothèse de pathologie limite le concernant. De la même façon qu'il banalise sa toxicomanie en se disant au-dessus des indications du traitement substitutif

(« le médecin qui m'a mis sous méthadone ne s'y connaissait pas »), ce patient parle avec plaisir du jeu comme d'une expérience surtout positive et qui lui a servi « d'apprentissage pour ne pas déraper ». L'engagement dans cette conduite est décrit comme passionnel, le mettant hors du temps et hors de lui (« j'étais comme hypnotisé »), et lui apporte si ce n'est la fortune, l'impression de « forcer le destin ». Nous pouvons là aussi établir un parallèle avec son rapport à la toxicomanie, lorsqu'il tente de nous convaincre n'avoir qu'un problème ancien et presque réglé avec le Subutex dont il dit gérer sans problème le sevrage. Dans le jeu, outre le sentiment de maîtrise, il trouve du sensationnel et de l'émotion (« vibration »), apprécie la part de simulacre et se prouve qu'il est un homme aux côtés de ses pairs notamment en se mettant en danger. Tout ceci peut se lire également en filigrane dans l'histoire de sa toxicomanie. Notons enfin que ce patient introduit une sorte d'opposition entre jeu et toxicomanie lorsqu'il évoque l'incompatibilité entre les produits et la concentration requise pour jouer aux cartes, ou encore le temps pris pour le jeu qui n'est pas celui des prises impulsives de cocaïne par exemple : nous pouvons alors nous interroger sur la fonction effectivement structurante qu'il a un temps trouvée dans cette activité, là où à l'inverse héroïne et cocaïne ne viendraient que pour colmater certaines brèches de sa personnalité.

Cas clinique n°3 : Monsieur G. (49 ans)

SOGS : 10 pts

CAGE : 0 pts

FAGERSTRÖM : 4 pts

SDS - opiacés : 7
 - cannabis : 2
 - cocaïne et crack : 0
 - benzodiazépines : 0
 - hallucinogènes : 0

ELEMENTS BIOGRAPHIQUES

Monsieur G. est le 5^{ème} enfant d'une fratrie de 11. Son enfance a été marquée par un placement en institution en raison d'une poliomyélite aiguë contractée à l'âge de 3 ans dont il garde une boiterie et une allure chétive ; il raconte avoir contracté cette infection suite à une baignade accidentelle dans un lac, ayant subi la malveillance de ses aînés qui l'y avaient bêtement poussé. Monsieur G. est un homme vif, qui parle abondamment de son histoire où il explique volontiers qu'il n'a pas eu « la chance d'être bien né ». D'abord placé en institution médicalisée pour la poliomyélite, il sera ensuite confié à la DDASS jusqu'à sa majorité pour des raisons de probables carences éducatives. Sa mère décède au début de son adolescence, son père est décédé en 2006, quelques mois avant le sevrage au cours duquel nous rencontrons Monsieur G. Il avait renoué semble-t-il assez récemment avec son père ; Monsieur G. n'a aucun contact avec ses frères et sœurs, évoquant des conflits et une différence d'éducation qu'il relie à son placement extra-familial. Le retour dans sa famille lors de ses 18 ans est décrit comme traumatique par Monsieur G. Il commence un CAP de prothésiste, qu'il abandonne rapidement. C'est à cette époque qu'il dit subir l'influence néfaste de ses frères, qui l'entraînent dans des actes délictueux, et auprès de qui il est volontiers le bouc émissaire, la rivalité tournant à son désavantage notamment en ce qui concerne les relations avec les femmes. Actuellement célibataire, sans enfant, il a vécu 15 ans en concubinage jusqu'à ce que sa femme le quitte pour l'un de ses co-détenus. Monsieur G. a

des antécédents de délinquance et a fait de multiples séjours pénitentiaires totalisant 7 ans d'incarcération dont une peine de 3 ans. Sa dernière incarcération date de 1996, il semble depuis avoir tenté de se réinsérer, et met fortement en avant son investissement professionnel actuel. Il travaille en effet depuis 2003 dans une mutuelle d'entreprise, comme agent d'accueil standardiste.

ANTECEDENTS PERSONNELS

Histoire de la toxicomanie :

Outre le tabac qu'il consomme depuis l'âge de 17 ans, Monsieur G. a commencé à consommer très régulièrement du cannabis dès la fin de son adolescence. Il explique d'ailleurs être en sevrage pour le Subutex, mais aussi pour le cannabis qu'il consomme à raison de 3 joints tous les soirs, « pour me détendre » dit-il. Monsieur G. a rencontré l'héroïne à l'âge de 19 ans, avec ses frères dont il précise que 4 d'entre eux sont toxicomanes. Cela lui servait à se désinhiber, comme une sorte de « tremplin relationnel » dit-il : « J'en avais besoin pour me protéger en m'évadant ». Il est rapidement devenu dépendant de ce produit qu'il a injecté jusqu'en 1996, les périodes de sevrage en héroïne correspondant aux périodes d'incarcération. A partir de 1990, il alterne héroïne et Subutex qu'il achète dans la rue, pour abandonner définitivement l'héroïne au profit du Subutex en 1996. Il se fait désormais prescrire cette substitution par divers médecins généralistes, et en détourne si ce n'est la posologie du moins l'usage puisqu'il le sniffe. Il effectue une première demande de soins pour sa toxicomanie en janvier 2006, expliquant alors que, comme sa situation professionnelle est stabilisée, il souhaite se sevrer de cette substitution, ainsi que du cannabis. Du Subutex, il explique qu'il en a besoin uniquement pour « avoir une mécanique et tenir le coup ». Il ne peut fonctionner sans mais voit la « défonce » comme une période révolue pour lui et dont il veut tourner la page.

Monsieur G. dit n'avoir jamais consommé ni hallucinogènes ni tranquillisants pour « se défoncer », il consomme par ailleurs occasionnellement de la cocaïne et du crack. Il explique ne pas aimer la cocaïne, car cela le « speed trop » et il se sent en danger de commettre du tort à lui-même ou à autrui sous l'emprise de cette substance. Il ajoute à ce propos consommer de temps en temps des amphétamines, en expliquant qu'il en trouve l'occasion lors de soirées chez des gens « haut placés chez qui ça tourne. »

Par rapport à l'alcool, Monsieur G. rapporte des ivresses d'entraînement à l'adolescence, mais n'y a jamais pris goût et ne consomme que rarement. Il oppose à cela le cas de son père, décédé d'une cirrhose hépatique.

Il raconte ainsi : « Je n'ai pas de vice, le problème c'est que je ne suis pas bien né. J'avais commencé un CAP de prothésiste, et puis j'ai mal tourné, je suis allé dans la came... Si j'étais bien né, je n'en serais pas là... Je suis resté très fidèle à l'héroïne, elle m'a permis de me sociabiliser, je suis un frondeur sinon, très affectif, il faut que je me protège et que je canalise mon énergie. L'héroïne me donnait une sorte d'exaltation, c'était une compensation sur ce que j'avais vécu, et aussi une façon de me rassurer par rapport à mes facultés intellectuelles, cela me procurait de l'auto-satisfaction, et m'aidait au niveau relationnel. »

Cette première hospitalisation pour sevrage en Subutex et cannabis sera interrompue par Monsieur G. au bout de 5 jours, invoquant que le cadre de soins ne le motive pas suffisamment. Il attendait une autre dynamique de groupe qu'il n'a pas trouvée, et oppose les gens qui veulent vraiment s'en sortir aux autres... Cette réaction de prestance se mêle à des éléments quelque peu interprétatifs qui évoquent chez ce patient une sensibilité qu'il contient mais qui l'éloigne d'une véritable alliance thérapeutique. Il ne donnera pas suite à la prise en charge et annulera le projet de post-cure initialement prévu.

Histoire du jeu pathologique :

Monsieur G. évoque aisément ce problème, apparu chez lui il y a trois ans, de façon concomitante à son nouveau travail. « Depuis trois ans, c'est allé crescendo, j'ai plongé... » . Il parie sur les courses de chevaux, dans des bars PMU. Monsieur G. ne joue qu'aux courses actuellement, il a eu dans le passé une pratique occasionnelle de jeux de cartes (en détention), et jouait également aux machines à sous clandestines dans les années 80 (« à l'époque où c'était encore toléré dans les bars et où je vivais marginalement avec l'héroïne » dit-il).

Monsieur G. se lance ensuite dans une série d'explications par lesquelles il rationalise sa pratique de joueur de courses qu'il considère comme étant une conséquence directe de son travail. Embauché sans que ses patrons ne vérifient son casier judiciaire – où il existe ce qu'il appelle un « reliquat » - Monsieur G. se sent sur la sellette. Il se lie avec des collègues et plus particulièrement avec des collègues hiérarchiquement mieux placés que lui dans l'espoir de s'assurer ainsi une bonne réputation au sein de l'entreprise. « En jouant, j'ai voulu me sociabiliser » dit-il. Il les accompagne dans leurs sorties, c'est ainsi qu'il commence à jouer aux courses, passion de certains d'entre eux.

Très vite Monsieur G. devient joueur quotidien, misant chaque jour au PMU des sommes pouvant atteindre le montant de son loyer (300 €). « J'ai appris à me limiter maintenant à 50 ou 100 € par jour, depuis 1 an, j'ai eu le déclic lorsque j'ai dû emprunter 3000 € à ma DRH pour payer des dettes. J'ai aussi fait un crédit avec un échéancier qui m'aide à rembourser, mais je ne peux plus continuer ainsi. Je croyais maîtriser, mais je ne pense qu'à cela, je me suis laissé emporter. » Monsieur G. finance par ailleurs les dépenses liées au jeu en revendant du cannabis à des femmes qu'il séduit dit-il, et dont il se culpabilise ensuite de tirer une commission substantielle. Monsieur G. est confus dans ses explications concernant le lien entre son travail et son problème de jeu. Nous comprenons qu'il est pris dans des enjeux de chantages financier mais aussi affectif lorsqu'il évoque ses rapports avec « sa » Directrice des

ressources humaines qui lui prête non seulement des grosses sommes, mais accepterait aussi son insolvabilité ainsi que son passé judiciaire... Les éléments interprétatifs du discours semblent teintés de fabulation et de mythomanie chez ce patient dont les assises narcissiques paraissent bien fragiles.

Interrogé sur un éventuel «big win», Monsieur G. explique comment il a redistribué 10 000 € gagnés sur une course en août 2005 à trois de ses collègues, afin dit-il de « se racheter de toutes les conneries qui l'ont amené en prison ». Il dit aussi que c'était pour lui un moyen d'éviter d'être tenté de rejouer cette somme ; suite à ce gros gain, il avait en effet décidé d'arrêter de jouer, en vain. « Quand je joue, certes je voudrais arrêter, mais tous les jours c'est un autre jour, je me dis que j'ai peut-être encore ma chance » résume-t-il.

Sa vie est réellement centrée sur le jeu, il n'a aucune autre activité à part le travail et peut jouer jusqu'à la fermeture des cafés lorsqu'il perd, continuant à miser sur les courses nocturnes des différents hippodromes qui se relaient. Il dort peu et ses seuls moments de détente lui sont apportés par le cannabis, dans une moindre mesure par le Subutex qui l'aide à « tenir le coup ».

Interrogé sur le fait d'annoncer à tort des gains (question n°5), Monsieur G. répond ainsi :

« Jamais, au contraire, quand je gagne, je chante trop, je cherche trop à me valoriser si j'ai gagné, et quand je perds je me fais tout petit, ça m'énerve. En fait si je dis que je chante trop, c'est parce que j'ai une stratégie et qu'il ne faudrait pas que les autres la découvrent : en réalité je joue les jockeys, je fais contre-jeu car j'ai vite compris que tout se réglait entre jockeys avant les courses, ils retiennent les chevaux ou les lâchent en fonction des pronostics, pour empocher et faire empocher leurs copains. C'est juste de la psychologie, pas du hasard, et j'arrive à comprendre le système, ce n'est pas tout le monde... ». Outre la fonction de

revalorisation narcissique qu'il trouve dans ses victoires au PMU, le discours de Monsieur G. illustre bien l'illusion de maîtrise fondée sur des cognitions erronées. Même s'il a conscience de son problème de jeu et qu'il s'en culpabilise, Monsieur G. explique aussi combien il est important pour lui, à travers le jeu, de se sentir reconnu dans sa valeur par ses collègues, malgré les conséquences négatives que cela a pour lui.

De son parcours de toxicomane joueur, il explique : « j'ai arrêté l'héroïne dans le but de récupérer des finances. Pendant 10 ans, le Subutex m'a permis d'atteindre mes objectifs, de réaliser mes ambitions professionnelles. A présent, je considère que j'ai quitté la came pour passer au jeu, pourquoi ? Parce que l'oisiveté est la mère de tous les vices...les gens ne se rendent pas compte que je suis accro au PMU, on banalise beaucoup ce problème alors j'arrive à noyer le poisson. Je me sens coupable, j'ai l'impression de trahir en permanence les autres, par exemple lorsque je revends du shit aux femmes que j'aime pour pouvoir jouer. J'ai un dossier GIPEC, cela me limite mais en gros, en 3 ans, j'ai perdu environ 10 000 € de dettes, j'ai du mal à rembourser (estime avoir gagné 10 000 € et perdu le double, et pense que quotidiennement, sur 100 € qu'il mise, il en récupère 60). Maintenant, en plus de mon reliquat judiciaire, j'ai toutes ces dettes. »

Cette hospitalisation semble pour Monsieur G. l'occasion de faire table rase de toutes ses addictions, à la fois dans une certaine conscience de ses difficultés mais également dans un déni de la nécessité de soins par rapport aux différents troubles qu'il présente. Nous le questionnons sur la présence de signe de sevrage au jeu, Monsieur G. avance que contrairement à l'extérieur, il arrive à ne pas penser aux courses, se concentrant sur son objectif, cependant il est allé une dernière fois jouer au PMU avant son hospitalisation « comme certains se font une dernière dose. ». Il a hâte de lire les résultats dans les journaux, ce qu'il s'interdit afin de ne pas être tenté d'interrompre cette hospitalisation pour aller toucher ses gains.

Quant au recours à une aide éventuelle par rapport à son problème de jeu, Monsieur G. n'en voit absolument pas la nécessité, ramenant la possibilité d'arrêter de jouer à une question de volonté. Monsieur G. n'a jamais imaginé parler à un médecin ou à un professionnel de son problème de jeu. Les groupes de soutien type SOS joueur ou joueurs anonymes ? « Personne ne pourrait m'y aider, par contre moi je pourrais ouvrir un peu les autres et leur montrer le chemin une fois que je m'en serai sorti, aujourd'hui c'est trop tôt, chacun doit régler sa propre misère, sinon oui, je suis un garçon altruiste, j'aimerais bien aider les autres à s'en sortir » ; sur cette question, il est frappant de voir comment Monsieur G. se projette d'emblée comme altruiste et désireux d'aider ses « collègues joueurs » à arrêter, sans jamais admettre l'idée qu'il aurait besoin d'aide lui-même, se retranchant derrière un discours très volontariste où ne compte que la décision et motivation personnelle. Néanmoins, Monsieur G. semble intéressé par le fait de réfléchir et de comprendre les raisons qui l'ont mené à ces dépendances à l'héroïne et au jeu, il se questionne sur « pourquoi lui et pas un autre ».

Même s'il reconnaît sa dépendance au jeu, Monsieur G. considère que ce domaine reste pour lui un loisir, et voudrait retrouver une façon de jouer qui ne soit que plaisir. Il considère que sa pratique du PMU n'est pas un coup de chance ou de hasard, mais que ses paris sont le fruit de son intuition, de ses calculs, de son travail de prospection et d'analyse des courses. Il joue non pour le plaisir, il n'en est « plus à ce stade », mais pour la satisfaction que cela lui procure, par besoin aussi de ressentir une forme d'exaltation et de compensation des difficultés qu'il a vécu du fait de son milieu d'origine et de son handicap. Pour lui, le jeu est comparable à une drogue, il rapproche les sensations que cela lui procure des effets des amphétamines, selon lui moins forts que ceux de la cocaïne ; le jeu provoque aussi chez lui de véritables coups de colère parfois suivis de phases de désespoirs, mais Monsieur G. explique que cela n'est pas grand-chose en regard de la jouissance que cela lui procure quand, grâce au jeu, il a le sentiment d'être plus futé que les autres. Monsieur G. reconnaît qu'il aime prendre des risques, notamment dans sa vie affective et professionnelle, allant au devant aussi par goût

du défi ; à ce propos, il relie ainsi ses différentes prises de risque , dans les domaines du jeu et de la toxicomanie, mais aussi de ses relations affectives :

« Si je suis seul, sans produit, sans jeu, sans femme, il me manque une dynamique. J'aime prendre des risques, c'est mon problème, en amour aussi je me suis beaucoup exposé auprès des femmes, même si j'ai une réputation de misogyne, en fait cette réputation est justifiée mais c'est parce que je me suis trop exposé, trop fait avoir. »

Antécédents psychiatriques :

Outre des éléments de personnalité sensitive que nous retrouvons dans son discours, la présentation est volontiers hypomane, masquant sans doute des affects dépressifs que Monsieur G. ne s'autorise pas à exprimer ; nous retrouvons également dans ses antécédents l'existence d'un syndrome dépressif sévère avec idéations suicidaires à l'âge de 38 ans, réactionnel au départ de sa femme qu'il relate ainsi :

« J'ai vécu 15 ans en concubinage, et ma femme m'a trompé avec mon co-détenu quand j'étais encore en détention, j'étais un garçon confiant à l'époque, je me suis dit « on partage et puis c'est tout » et je me suis fait avoir jusqu'à l'os, ensuite j'ai beaucoup déprimé, pendant 3 jours j'ai installé une corde chez moi, je la regardais...et j'ai eu un déclic, je me suis dit que ça me ressemblait pas de me suicider , j'ai enlevé la corde. »

ANTECEDENTS FAMILIAUX

Il est intéressant de noter le contraste apparent dans le discours de Monsieur G. qui soutient d'une part n'avoir jamais joué jusqu'en 2003, et d'autre part qui évoque les antécédents familiaux de jeu et de toxicomanie comme une composante héréditaire familiale incontournable : « mon père avait tous les vices, j'ai 4 frères toxicomanes dont l'un est aussi

dépressif, et un autre joueur au point d'avoir perdu sa femme et ses enfants...comme mon père. »

Son père était gros joueur de tiercé, il a laissé beaucoup de dettes à ses enfants, ruinant la famille : « On le maudissait à cause de cela, ma mère en est morte car elle a élevé seule ses enfants. Quand j'ai commencé à jouer, au début quand je gagnais je me disais que j'allais prendre ma revanche sur mon père qui nous avait ruinés... ». Les rapports avec son père sont décrits comme « contrastés, il avait tous les vices [...], il n'a même pas été capable de faire vacciner ses enfants ! » ; on sent une peur et une réticence à en parler, néanmoins Monsieur G. avait des contacts avec lui et avait tenté de renouer davantage les derniers temps avant sa mort (d'une cirrhose avancée). Il n'en dira pas plus si ce n'est que comme lui, son père était un « grand affectif qui avait tendance à déprimer ».

Monsieur G. a appris à jouer assez jeune avec ses frères qui le faisaient participer au jeu des trois cartes (le bonneteau) et explique que dans son enfance, finalement, il a été nourri (au sens propre) par l'argent du jeu via le tiercé de son père et le bonneteau de ses frères. Quand il parle de la place du jeu dans sa famille, il explique que pendant très longtemps, même s'il participait avec ses frères aux paris, il se tenait à l'écart de ce milieu, avec une distance critique qui l'a préservé pendant de nombreuses années de suivre ce chemin, jusqu'à ce qu'il trouve ce nouveau travail.

Monsieur G. ne parle pas de sa mère.

Il nous explique que son enfance en institution lui a donné l'habitude d'être toujours encadré, ce qu'il recherche encore actuellement.

**ANALYSE SEMIOLOGIQUE ET HYPOTHESES QUANT AUX LIENS EXISTANT
ENTRE JEU PATHOLOGIQUE ET TOXICOMANIE CHEZ CE PATIENT**

Le récit que nous a fait ce patient de sa trajectoire de joueur illustre bien l'évolution classique du jeu pathologique. Nous retrouvons également chez lui la totalité des facteurs de risque reconnus pour cette pathologie (antécédents familiaux de jeu pathologique et d'alcoolisme, célibat, exposition précoce aux jeux d'argent, dépendance à l'héroïne et au cannabis, importance de l'offre des jeux de course). Nous émettons par ailleurs l'hypothèse que sa demande de sevrage est en partie motivée par un sentiment de désespoir et d'accablement lié à sa condition de joueur plus qu'à sa consommation de Subutex. Les substances et notamment le cannabis sont d'ailleurs là pour lui permettre de « décompresser » lorsqu'il rentre du PMU, le jeu envahissant sans répit son existence. Par ailleurs, nous avons été frappés par ce qu'il exprime quant aux fonctions du jeu dont il s'est servi pour se sociabiliser et se protéger et qui rejoint en cela ce qu'il dit de son recours à l'héroïne une trentaine d'années auparavant. Il explique aussi dans une logique très personnelle que l'héroïne et le jeu ne sont finalement que les conséquences d'un destin et de circonstances dont il a été victime. Il ira même jusqu'à parler d'hérédité génétique pour expliquer son parcours, partant de la conviction qu'il n'a pas eu « la chance d'être bien né ». Les probables carences affectives précoces dont il a en effet souffert se traduisent par ce besoin de prendre des risques dans tous les domaines (notamment dans sa vie amoureuse), associé à la recherche d'un cadre social fort voire contraignant en dépit des conséquences individuelles que cela peut avoir pour lui (incarcération). Nous émettons l'hypothèse que c'est à travers ce masochisme que Monsieur G. tente de prendre ce qu'il appelle « sa revanche sur son destin », essayant d'en renverser le cours quitte à « en payer le prix fort »...

Cas clinique n°4 : Monsieur H. (40 ans)

SOGS : 7 pts

CAGE : 0 pts

FAGERSTRÖM : 6 pts

- SDS - opiacés : 4
- cannabis : 0
- cocaïne et crack : 1
- benzodiazépines : 0
- hallucinogènes : 0

ELEMENTS BIOGRAPHIQUES

Monsieur H. est âgé de 40 ans lorsque nous le rencontrons, il vit à Paris avec sa femme et ses deux enfants. Il a un emploi dans un négoce familial de confection. Sa famille est d'origine juive séfarade, installée en France depuis deux générations. Il est le dernier d'une fratrie de cinq enfants, deux de ses frères vivent à Deauville. Lui-même a longtemps vécu à Evreux, ce qui a eu, on le verra, une certaine importance dans son histoire de joueur. Il participe par ailleurs régulièrement à des tournois de ping-pong, sport où il a atteint un niveau de compétition.

ANTECEDENTS PERSONNELS**Histoire de la toxicomanie :**

Monsieur H. est hospitalisé pour un sevrage en Subutex, qu'il prend de façon thérapeutique depuis 7 ans. Il déclare d'emblée n'être là que pour liquider définitivement cette affaire de substitution, dont il dit qu'elle lui a permis une très bonne stabilisation sur les plans familiaux et professionnels ; la toxicomanie semble une histoire révolue dans son discours qui n'apportera que peu d'éléments informatifs à ce sujet. Il a effectué un premier sevrage pour le Subutex en 2003, ayant partiellement réussi puisqu'il n'a alors pas pu « décrocher »

complètement, mais simplement diminuer son traitement, passant de 8 à 4 mg par jour. L'interrogatoire systématique portant sur les différentes substances consommées nous apprend qu'il a fumé beaucoup de cannabis à la fin de son adolescence, pour ensuite se tourner vers l'héroïne à présent substituée. La cocaïne est consommée occasionnellement, dans un usage décrit par Monsieur H. comme circonstanciel et le plus souvent festif. Le score CAGE est nul, le test de Fagerström retrouve une dépendance modérée avec un score à 6. Monsieur H. est non consommateur en ce qui concerne les hallucinogènes et les benzodiazépines, précise même n'avoir jamais essayé par peur de devenir fou. La dimension phobo-obsessionnelle est marquée chez ce patient, dont l'histoire toxicomaniaque s'inscrit d'avantage dans une recherche d'opposition par rapport à un modèle familial centré sur la réussite, recherche dont on peut penser qu'elle a été active à la sortie de l'adolescence mais qui s'est progressivement remaniée au profit d'une intégration appuyée de ce même modèle. Monsieur H. porte sur son parcours un regard distant, et se définit comme un toxicomane repent. C'est sur ce mode qu'il évoque les séquelles physiques qu'il en garde, puisqu'il a contracté une hépatite C en s'injectant de l'héroïne et qu'il dit que cela lui a servi de leçon. Monsieur H. explique également que son expérience lui a appris à devenir un père responsable, disant aussi combien la présence de ses enfants lui a permis de tourner la page de son histoire avec les produits.

Histoire du jeu pathologique

Monsieur H. se souvient avoir grandi dans ce qu'il appelle une culture du jeu, les sorties en famille au casino faisant partie des loisirs habituels. Il a donc toujours joué, dit-il, de façon plus ou moins raisonnable. Il a énormément fréquenté les casinos à une époque de sa vie où les difficultés conjugales d'un premier mariage se mêlaient aux difficultés professionnelles. Employé dans l'entreprise familiale, son entourage lui reprochait les conséquences de sa toxicomanie sur son efficience. Monsieur H. trouvait à cette époque dans les casinos une sorte

d'échappatoire où se détendre, et surtout une occasion de peut-être enfin prouver au clan familial sa capacité à gagner sa vie. Vivant à Evreux durant cette période, il se rendait 1 à 2 fois par semaine au casino, pour y jouer aux machines à sous durant de longues soirées. Il jouait également sur des machines à sous clandestines dans les cafés, cependant sans y trouver l'ambiance propre aux casinos qu'il affectionne particulièrement. Monsieur H. reconnaît avoir été dans les extrêmes avec le jeu, pouvant miser des sommes de l'ordre de 15 000 francs en une nuit, en jouant sans discontinuer sur les machines à sous, de 15 heures à 3 heures du matin. Ce besoin d'être dans les extrêmes est selon lui le même qui l'a poussé à rechercher la défonce avec l'héroïne lorsqu'il était plus jeune. La période de jeu intensif a précédé l'arrêt de l'héroïne en 1998, il avait fait par lui-même plusieurs tentatives de sevrage infructueuses et c'est sous la pression de la famille qu'il s'est finalement résolu à prendre une substitution. C'est ce qui l'a selon lui sauvé, « cela m'a évité de finir en taule » dit-il. Il rencontre en 2000 sa femme actuelle et déménage en région parisienne, il devient père pour la première fois en 2002. Déménagement et paternité sont selon lui autant de facteurs l'empêchant de s'adonner trop excessivement au jeu. Sa pratique actuelle se limite à une sortie trimestrielle au casino, avec sa femme qui joue également aux machines à sous : le couple se limite alors à des mises de l'ordre de 1000 € par week-end passé ainsi à Deauville. Monsieur H. joue par ailleurs occasionnellement au rami pour de l'argent et joue au loto très régulièrement, y dépensant environ 20 € par semaine. Il joue de temps en temps au Rapido par la même occasion, et achète occasionnellement des jeux de grattage. La SOGS nous apprend aussi qu'il a déjà essayé de jouer de l'argent en bourse avec son frère, mais cela reste anecdotique. Monsieur H. a par contre pris un certain goût aux casinos virtuels qu'il fréquente sur Internet depuis quelques mois.

Monsieur H. ne s'est jamais vu comme un joueur pathologique, soutenant qu'il pouvait s'arrêter de jouer quand il le voulait. « Ceci dit, j'y ai perdu beaucoup d'argent. » reconnaît-il. Il retournait jouer la plupart des fois lorsqu'il perdait, recourant aux machines à sous dans les

cafés de proximité lorsqu'il ne pouvait se rendre au casino, avec une sensation d'énervement désagréable dans son souvenir par rapport à ces appareils clandestins.

Il lui est arrivé d'emprunter de l'argent à ses frères, leur dissimulant ses pertes ou les minimisant. Il n'a jamais eu recours à d'autres formes d'emprunt.

Quant aux sensations que lui procure le jeu, Monsieur H. en parle comme d'une source de « bons moments d'adrénaline, tu es en sueur quand tu perds, heureux quand tu gagnes, on passe d'un extrême à l'autre. Cela ressemble à la cocaïne, sauf qu'avec les machines à sous, il n'y a pas d'effet descente. ». Raconte aussi être particulièrement attiré par l'atmosphère des casinos, où il se retrouve « comme dans un cocon », volontiers hypnotisé par les machines à sous, cela lui « vide la tête » et lui fait du bien. Nous pouvons entendre dans ses propos une certaine nostalgie de cette période de jeu. Monsieur H. n'envisage pas en tous cas de se priver de ce loisir qui est devenu pour lui « raisonnable et familial. »

Antécédents psychiatriques :

Nous n'avons pas la notion d'antécédent psychiatrique chez ce patient dont la personnalité comporte cependant des éléments phobiques et obsessionnels qu'il exprime dans une recherche d'élégance vestimentaire et un perfectionnisme l'ayant mené notamment à un haut niveau de compétition dans son sport favori le ping-pong.

ANTECEDENTS FAMILIAUX

Monsieur H. a 2 frères aînés qui vivent à Deauville et sont joueurs de casino, mais contrairement à lui, « ils ont toujours eu les moyens d'assumer leur vice » dit-il.

Absence d'antécédent psychiatrique et toxicomaniaque familiaux notable.

**ANALYSE SEMIOLOGIQUE ET HYPOTHESES QUANT AUX LIENS EXISTANT
ENTRE JEU PATHOLOGIQUE ET TOXICOMANIE CHEZ CE PATIENT**

Ce patient nous présente son histoire de toxicomane et de joueur comme une sorte d'épiphénomène, dont il accepte de parler pour expliquer comment ce parcours lui a permis de devenir un père de famille bien établi. Jeu et toxicomanie se sont pourtant inscrits dans son histoire comme autant de moyens pour se distinguer de sa famille d'origine vis-à-vis de laquelle il dit avoir exprimé une révolte au sortir de son adolescence, se lançant alors dans une toxicomanie impulsive qui le mettait à l'écart du modèle de réussite incarné par ses frères. Nous émettons cependant l'hypothèse que son activité de joueur « pathologique » a pu servir d'intermédiaire entre des mouvements d'opposition et de mise à distance de son milieu d'origine, et des mouvements identificatoires qui lui font dire qu'il a à présent réussi à retrouver un jeu « familial et raisonnable » comme cela est le cas pour les autres membres de sa famille. Il compare d'ailleurs le jeu à une sorte de toxicomanie dépourvue de conséquences désagréables lorsqu'il compare l'effet des machines à sous à celui de la cocaïne, « mais sans effet descente ». Notons cependant que cette prédilection pour les jeux instantanés évoque une impulsivité commune à ses prises de toxiques. La chronologie nous apprend aussi qu'il a commencé à jouer excessivement au moment où il a quitté l'héroïne pour une substitution « sous contrôle »...de sa famille. La présentation de ce patient très attentif à son apparence physique, son discours pointilleux nous évoque une composante phobo-obsessionnelle qui vient sans doute faire le pendant de cette impulsivité qui l'a conduit vers les produits et les machines à sous.

Cas clinique n°5 : Monsieur L. (45 ans)

SOGS : 7 pts

CAGE : 0 pts

FAGERSTRÖM : 8 pts

SDS - opiacés : 10
- cannabis : 0
- cocaïne et crack : 0
- benzodiazépines : 0
- hallucinogènes : 0

ELEMENTS BIOGRAPHIQUES

Monsieur L. est âgé de 45 ans lorsque nous le rencontrons, alors qu'il est hospitalisé pour un sevrage en héroïne. Il est originaire de Tunisie où il a vécu jusqu'à l'âge de 25 ans. Il arrive à cet âge en France pour la première fois, en raison d'une opportunité professionnelle lui permettant de démarrer un commerce de meubles en région parisienne.

A l'âge de 31 ans en 1992, il décide de retourner en Tunisie notamment pour s'occuper de sa mère veuve et malade. Il souhaite s'y installer définitivement et monte une entreprise d'importation et de vente de meubles. C'est en 2004 qu'il quitte pourtant la Tunisie, son entreprise ayant fait faillite un an avant. Il séjourne un moment en Italie puis s'installe à Paris où vivent deux de ses frères. Il se marie en France à cette époque, mais divorce dans la même année. Il reste cependant hébergé par son ex-femme, et travaille de façon intermittente, toujours dans le commerce. Il n'a pas d'enfant et nous n'avons que peu d'éléments sur le reste de sa famille avec qui il décrit néanmoins de bons contacts. Ses deux parents sont décédés, son père en 1991 et sa mère en 2000.

ANTECEDENTS PERSONNELS

Histoire de la toxicomanie :

Monsieur L. explique avoir commencé à consommer de l'héroïne avec des amis vers l'âge de 30 ans, en France, au cours de soirées ou le week-end. Si sa consommation était assez régulière à l'époque, il ne s'en sentait pas dépendant pour autant, décrivant un usage circonscrit à des moments festifs et conviviaux. L'héroïne était consommée en sniff, il n'a jamais expérimenté le mode intra-veineux. Les années passées en Tunisie entre 1992 et 2004 sont exemptes de toute reprise d'héroïne, ce qu'il explique par la législation plus sévère de son pays mais aussi parce qu'il s'investissait d'avantage dans sa vie professionnelle. Cependant, il raconte qu'une fois son entreprise lancée, il a commencé à jouer aux cartes de façon de plus en plus régulière, pour de l'argent dans un café où il passait l'essentiel de ses journées. C'est selon lui ce qui a entraîné la faillite de son entreprise, se culpabilisant de l'avoir délaissée au profit du jeu.

Il quitte la Tunisie pour l'Italie puis la France dans l'espoir de « repartir à zéro », mais reprend rapidement de l'héroïne suite à des difficultés conjugales qu'il évoque comme motif déclencheur de cette reprise de produit. Il consomme des quantités de plus en plus importantes d'héroïne et fait en 2005 une première demande de sevrage, suivi de rechute qui motive cette seconde cure en février 2006. Il consomme alors environ 2g d'héroïne par jour qu'il sniffe.

Monsieur L. présente une forte dépendance au tabac, dont il n'a jamais essayé de se sevrer. Il n'a jamais consommé d'alcool, ayant eu peur de la violence qu'il avait manifesté lors d'une ivresse durant son adolescence. De la même façon, il a expérimenté occasionnellement la cocaïne à l'époque où il prenait de l'héroïne mais il se méfie de cette substance, ayant le

sentiment qu'elle peut le rendre agressif. Quant au cannabis, il décrit une consommation quotidienne à la fin de son adolescence, interrompue lorsqu'il a commencé à travailler.

Histoire du jeu pathologique :

Monsieur L. commence ainsi la passation: « Durant 10 ans je n'ai fait que jouer au lieu de m'occuper de mon commerce, je le regrette beaucoup, le temps est passé très vite. ». Il a en effet joué aux cartes de façon intensive, après son retour en Tunisie, de 1993 à 2003. Il pouvait passer quotidiennement 7 à 9 heures dans un café, alternant les parties de rami et de poker. Circonscrite dans le temps et le lieu, cette expérience de jeu pathologique lui appris à se restreindre, et il s'interdit à présent de jouer à nouveau aux cartes autrement que dans un cadre amical et gratuit mais :« Ce n'est pas le même plaisir » dit-il. Il se contente donc actuellement de jouer au loto, aux courses ou aux jeux de grattage en veillant à limiter ses mises hebdomadaires et en les adaptant à ses revenus actuels. Il n'a jamais pratiqué d'autres formes de jeux d'argent, excepté à de rares occasions dans des casinos. Il ne se sent plus dépendant du jeu mais reconnaît que les cartes ont été responsables de la faillite de son entreprise et l'ont amené à rechercher un nouveau départ en quittant son pays en 2004 « pour provoquer un changement ». Il exprime une forte culpabilité par rapport à sa famille qu'il sollicitait fréquemment pour des emprunts. Il raconte aussi combien son entourage l'a protégé des conséquences de son goût pour les cartes, par la force d'un réseau familiale et amical venant temporiser par des arrangements « en nature » les règlements de dettes entre joueurs lorsque la partie tournait mal pour lui. Ainsi, Monsieur L. n'a jamais eu l'impression de se mettre en danger faute de pouvoir payer ses dettes, puisant également dans les bénéfices de son commerce pour financer son jeu.

Aux cartes, il pouvait jouer en une journée des sommes équivalentes au salaire mensuel de fonctionnaires de police ou d'instituteurs dans son pays, soit environ 200 €. Il se souvient

avoir rapidement atteint ce niveau de mise quotidienne, que son habileté de joueur de poker lui permettait le plus souvent de récupérer, mais pas toujours...

Il n'a pas de souvenir d'un « big win », sauf une fois en France où il a gagné 1000 € avec un ticket de Spot aux courses. « J'aurais préféré gagner cela sur un bon coup de poker... » exprime-t-il.

Cette anecdote l'amène à parler de son intérêt pour les cartes où il a surtout été motivé par le plaisir et l'excitation de la compétition, plus que par les gains. Monsieur L. met en avant le goût de la partie bien menée, lorsque l'adversaire est cerné par le jeu et que la mise va être empochée : « A chaque fois c'était le même suspens, on se demande ce qu'il y a dans le jeu des autres, on calcul son coup, il faut se concentrer si on veut gagner, t'as la baraka quand tu empoches ! ».

Du jeu tel qu'il l'a pratiqué en Tunisie, il explique que cela lui a certainement servi à remplir ce vide qu'il ressent fréquemment lorsqu'il essaye d'arrêter l'héroïne. Il a un sentiment d'amertume par rapport à cette période de jeu, où il s'en veut d'avoir donné trop de place à ce plaisir quotidien au détriment de ses obligations professionnelles. A présent, Monsieur L. pense que s'il recommençait à jouer, il n'arriverait plus à s'arrêter, comme c'est le cas pour sa consommation d'héroïne. Pour lui, les cartes et les jeux de loto ou grattage qu'il pratique encore ne sont pas du tout du même ordre, inscrivant ces derniers dans une forme d'habitude non pathologique qu'il a de « tenter sa chance ». Il souligne enfin que même si cela n'a jamais été son cas, il a constaté que les gros joueurs de poker sont « tous obligés de prendre de la cocaïne pour bien jouer ». Cette remarque où il se définit implicitement comme n'ayant finalement pas été un « si gros joueur » semble condenser tant les regrets que le déni par rapport à cette période de jeu pathologique...

Antécédents psychiatriques :

Malgré une estime de lui diminuée par les difficultés qu'il traverse, Monsieur L. ne présente pas de symptomatologie psychiatrique particulière lors de son hospitalisation. Il garde des investissements amicaux ainsi que des projets professionnels adaptés. Sa recherche d'emploi lui permet d'inscrire ce sevrage dans la perspective d'un entretien d'embauche prévu après l'hospitalisation. Nous ne retrouvons pas d'autre antécédent psychiatrique si ce n'est une ivresse pathologique avec crise clastique dans l'adolescence, dont il dit que cela lui a servi de « garde-fou » par rapport à l'alcool. Il est par ailleurs suivi pour un diabète non insulino-dépendant apparu à l'âge de 35 ans et bien équilibré par le traitement.

ANTECEDENTS FAMILIAUX

Nous n'avons pas connaissance d'antécédents particuliers, notamment absence de joueur dans son entourage proche.

ANALYSE SEMIOLOGIQUE ET HYPOTHESES QUANT AUX LIENS EXISTANT ENTRE JEU PATHOLOGIQUE ET TOXICOMANIE CHEZ CE PATIENT

Jeu pathologique et toxicomanie sont chronologiquement nettement séparés dans l'histoire de ce patient, qui a par ailleurs découvert relativement tard dans sa vie aussi bien l'héroïne (30 ans) que le jeu (32 ans). Notons aussi que les facteurs liés à l'environnement pour ces deux expériences addictives sont mis en avant par le patient qui semble successivement quitter la France puis la Tunisie dans le but de se mettre à distance d'un produit ou d'un comportement nocif pour lui. Ainsi, si le retour en France lui permet d'abandonner sa passion pour les cartes, il y retrouve néanmoins des consommations rapidement excessives d'héroïne, ce qui annule en partie ses capacités à « repartir » professionnellement comme il l'avait

souhaité. Cet ancien chef d'entreprise nous dit également avoir trouvé dans le jeu un refuge contre un sentiment de vide, sorte de fil rouge par lequel il justifie son recours à l'héroïne et aux cartes, mettant sur le même plan les fonctions remplies par ces deux addictions. La présentation posée et lucide de ce patient - qui donne le sentiment d'être devenu toxicomane et joueur presque « par hasard »-, son discours auto-critique et ses capacités sociales nous font saisir le paradoxe d'une existence alternativement stable et instable, sur fond de solitude affective et de répression d'une agressivité latente que l'alcool et la cocaïne notamment sont capables de venir révéler. Nous émettons l'hypothèse que le jeu de cartes, par le plaisir de la compétition qu'il y trouvait et par la fidélité relationnelle que cette activité- pratiquée dans le même café durant dix ans- a impliqué chez ce patient, cette activité donc a pu servir de voie d'expression d'une double lutte, contre la solitude et contre l'agressivité destructrice. C'est peut-être ce qui explique une prise de conscience tardive des impacts négatifs du jeu par le patient, contrastant avec une demande de soins pour sa dépendance à l'héroïne qu'il a été capable de formuler précocement après sa première rechute.

Cas clinique n°6 : Monsieur M. (26 ans)

SOGS : 9 pts

CAGE : 2 pts

FAGERSTRÖM : 8 pts

SDS - opiacés : 13
- cannabis : 0
- cocaïne et crack : 1
- benzodiazépines : 6
- hallucinogènes : 2

ELEMENTS BIOGRAPHIQUES

Monsieur M. est âgé de 26 ans, il vit dans un logement indépendant avec son amie en région parisienne depuis 4 ans. Il travaille dans la restauration mais n'a pas d'emploi stable. Il tire également des revenus d'activités illégales et a été incarcéré durant 6 mois en 2000. Il vivait auparavant chez sa mère dans la région de Metz où il a grandi et fait ses études « pour devenir cuisinier chef ». Il n'a jamais connu son père et est fils unique, ses parents s'étant séparés peu de temps avant sa naissance. Sa mère est d'origine marocaine.

ANTECEDENTS PERSONNELS**Histoire de la toxicomanie :**

La chronologie des prises abusives de substance démarre à l'adolescence, à l'âge de 15 ans où il consomme du cannabis, d'abord en groupe puis de façon quotidienne et vespérale, atteignant une consommation de 5 à 10 joints par jour. C'est aussi le début d'une activité de délinquance qui lui permet de financer sa consommation. La dépendance au tabac date de cette même époque.

Depuis l'âge de 17 ans, Monsieur M. consomme des opiacés et de la cocaïne. L'héroïne qu'il injecte sera substituée par méthadone en 2001, substitution dont il essaye de se sevrer en

2002. Les soins mis en place sont abandonnés par Monsieur M., qui décrit une alcoolisation massive durant quelques mois succédant à ce sevrage (période brève avec dépendance physique justifiant le score retrouvé au questionnaire CAGE). Il consomme ensuite du Subutex qu'il achète dans la rue, puis du Skénan par voie veineuse, devenu opiacé de prédilection depuis 2004 et pour lequel il est en sevrage lorsque nous le rencontrons. La cocaïne reste consommée occasionnellement. Monsieur M. associe le plus souvent cette substance aux opiacés ou au cannabis, recourant également aux benzodiazépines pour contrer les symptômes de descente ou de sevrage lorsqu'il manque de produit, ou tout simplement pour « se donner du courage » dit-il.

Monsieur M. distingue sa consommation d'opiacés et de benzodiazépines dont il se sent dépendant à celle, plus ponctuelle, d'hallucinogènes qu'il prend dans des moments festifs. Il explique néanmoins avoir « levé le pied » sur le LSD qu'il a fortement consommé durant plusieurs années : « c'est devenu occasionnel depuis 1 an. ».

Par rapport à cette toxicomanie, Monsieur M. banalise la gravité de sa dépendance, disant tout au plus qu'il s'est fait peur une fois ou deux ; il juge cependant que le Skénan est davantage problématique pour lui, et que c'est pour cela qu'il cherche à s'en sevrer. Monsieur M. prend un certain plaisir à nous parler de son expérience de toxicomane, en détaillant sa recherche de produits toujours plus purs et forts qu'il se procure régulièrement aux Pays-Bas ou dans les pays frontaliers (Luxembourg) de sa région d'origine. Il justifie par exemple sa faible dépendance à la cocaïne en disant : « si elle n'est pas bonne, ou s'il n'y a que du crack, je préfère ne pas en prendre, pareil pour le cannabis, je suis devenu exigeant, il faut que je sois dans les bonnes conditions. » Son parcours semble pourtant marqué par la succession ou la coexistence de consommations intensives des différents produits, qu'il s'agisse du cannabis, de l'héroïne, des hallucinogènes ou encore de l'alcool et des benzodiazépines, sans omettre la cocaïne.

Histoire du jeu pathologique :

Monsieur M. est prolixe sur le sujet, il nous décrit sa passion pour les courses de chevaux, passion qu'il a développée au contact d'un voisin ayant un fils jockey. Il s'adonne aux PMU chaque semaine depuis sa majorité, et ne raterait sous aucun prétexte les rendez-vous dominicaux sur les hippodromes.

Monsieur M. insiste sur cette ambiance équestre qu'il apprécie et nous explique sa « grande passion » pour toutes les formes de pronostics sur les courses où il peut exercer ses talents de connaisseur.

Interrogés sur les autres jeux, il déclare jouer mensuellement au poker et au backgammon, se réunissant pour cela avec des partenaires dans un lieu privé et cela depuis 3 ans, peu après son arrivée à Paris. Il se rendait par ailleurs fréquemment le week-end au casino proche de Metz avant ce déménagement, y jouant à la roulette et aux machines à sous. Il joue encore de temps en temps sur des appareils clandestins dans les bars, bien qu'il dise n'y trouver qu'un intérêt limité par rapport aux courses. Le loto et les jeux de grattage sont exceptionnellement pratiqués, il lui arrive d'acheter des tickets de Millionnaire qu'il offre à sa mère, ou encore quelques tickets de Black Jack depuis la sortie récente de ce jeu. Le loto sportif par contre retient son intérêt périodiquement, il aime alors s'y investir en étudiant de près les équipes avant de parier. Il n'a jamais joué d'argent en bourse ; il rapporte aussi avoir souvent joué au basket pour de modiques paris lorsqu'il était plus jeune. Il a découvert depuis un an les casinos virtuels sur Internet mais dit se méfier des systèmes de paiement par carte bancaire. Il révélera par la suite être régulièrement interdit bancaire, ceci pouvant expliquer ses réserves quant à cette pratique sur le web.

Interrogé sur les montants de ses enjeux, il se souvient avoir misé 4000 € au PMU, qu'il a perdu en une journée, essayant de se refaire sur plusieurs courses. Cette expérience de perte l'a mis en garde contre ses excès possibles et depuis il a appris à limiter ses mises autour de 150 à 200 € au maximum par jour. Il n'a pas de souvenir de « big win » particulier et pense

régulièrement gagner des sommes correspondant à ses enjeux. Il estime que le bilan financier de son activité de turfiste est quasi nul, en tous cas il ne considère pas que cela lui soit nuisible et n'a jamais eu envie d'arrêter. Lorsqu'il joue plus que prévu par exemple, cela s'avèrerait même le plus souvent fructueux à ses yeux. Quand à l'inverse il perd, il retourne tenter de se refaire, mais après quelques jours seulement : « Je digère, j'attends d'être en forme pour rejouer. Je m'adapte aussi en fonction de l'argent que j'ai, voire j'emprunte pour rejouer mais au maximum 100 €. ». Il se sent parfois coupable, surtout lorsqu'il perd beaucoup, expliquant alors : « Je me le fais accepter, je passe à autre chose. Je le prends comme un sport, je recherche la performance...quand je perds, je me dis que je n'ai pas été performant et je m'en veux. Pareil lorsque j'ai pris l'argent du loyer pour jouer et que j'ai perdu, là oui, je m'en veux. ». Les rationalisations et la minimisation des conséquences du jeu semblent alimenter un déni des troubles très actif chez ce patient. Pourtant, ses réponses laissent entrevoir les conséquences négatives de son activité de joueur, que ce soit à travers les conflits que cela provoque avec son amie (à qui il dissimule sa passion mais qui lui reproche de grever fréquemment le budget de leur loyer), ou que ce soit à travers les multiples emprunts qu'il contracte auprès d'organismes de crédit pour combler ses découverts bancaires. Il banalise les raisons de ses emprunts en disant qu'il les effectue pour son budget général et non pas spécialement pour le jeu, et qu'il prévoit au contraire toujours de réinvestir l'argent des crédits dans le jeu en espérant pouvoir ainsi les rembourser plus rapidement. Là aussi le déni est important, et s'intègre de plus dans un rapport à l'argent fortement marqué par des sources illégales de revenus.

En réponse aux questions ouvertes, voici comment Monsieur M. parle de son expérience de joueur :

« Le jeu, je fais ça dans une optique de sport, je ne me vois pas comme un accro. J'y ai goûté quand je m'investis, que je peux chercher à comprendre, je n'aime pas les machines, le

Rapido, j'ai arrêté tout de suite, il n'y a aucun jeu là dedans. C'est la performance que je cherche vraiment. L'adrénaline du jeu, l'amour de la course, des chevaux, l'adrénaline du poker, le défi, cela compte plus que l'argent pour moi. J'aime les chevaux, trouver le juste, avoir le bon, j'adore ce milieu-là. J'ai l'impression que je gère mon argent, je ne me laisserai pas emporter bêtement. Le loto, parfois j'y joue pour les grosses cagnottes, comme l'Euro-million par exemple, sinon, je trouve qu'on nous arnaque avec cela.

Une fois, j'étais en taule, on faisait des mises virtuelles sur les chevaux, quand je gagnais virtuellement, j'avais vraiment les boules. Quand je suis sorti de taule, la première chose que j'ai faite, c'est d'aller jouer au PMU et de prendre de la cocaïne. Le plaisir que j'y trouve ? L'adrénaline du jeu, oui, ça ressemble vraiment à la cocaïne, ça te rend plus fort, tu te sens plus intelligent, tu as tout compris. Sinon, au poker et au backgammon, c'est un mélange de stratégie et de chance, j'aime ça. Cela me donne des bonnes sensations, il y a plus de compétition, davantage d'excitation. Je trouve aussi le même type de plaisir quand je joue au théâtre, je flambe, j'en fais plus que d'habitude, c'est la performance pour arriver à bluffer, à faire semblant, quand il y a les applaudissements, c'est la montée d'adrénaline pure. Je ne recherche pas spécialement le risque quand je joue, mais plutôt les sensations que cela me procure.

Quand je suis dans mon trip avec le tiercé, si je gagne, je vais toujours dans un autre PMU pour encaisser, les gens ont compris que j'avais gagné mais je le montre pas, ça fait encore plus d'envieux. Ce trip là, j'essaye de le garder, de me l'approprier, pas de le partager. J'ai besoin de le savourer tout seul. Dans le PMU, après l'atmosphère retombe. Quand je perds, c'est le même plaisir, je goûte la sensation de réaliser que j'ai osé perdre cette somme-là. Le jeu, ce n'est pas de la défonce, c'est du sport, un hobby. C'est important pour moi d'être impliqué, de me mettre en condition pour me donner toutes mes chances. Je fais comme avec la cocaïne, je cherche à avoir le meilleur produit, j'aime avoir mieux que les autres... ».

Antécédents psychiatriques :

Absence d'antécédents psychiatriques repérés chez Monsieur M., chez qui nous pouvons néanmoins supposer des épisodes hypomaniaques et anxieux itératifs, sans que nous puissions distinguer ce qui relève d'un terrain psychologique propre et ce qui relève de sa toxicomanie.

ANTECEDENTS FAMILIAUX

Sa mère joue quotidiennement au loto et au tiercé, Monsieur M. la décrit comme « accro à son loto » tout en remarquant que sa pratique est de l'ordre du loisir avec un budget qui reste raisonnable par rapport à ses revenus. Il dira aussi ce qui le distingue de sa mère dans leurs façons différentes d'aborder le jeu : « On n'a pas la même façon de jouer, elle croit plus au destin de la chose, pour elle c'est la même optique de jouer au loto ou aux courses, elle ne s'y connaît pas et achète des Spots histoire de tenter sa chance. Moi, je préfère m'impliquer, connaître les chevaux avant de miser, je trouve ça nul sinon. »

Cette mère est par ailleurs décrite comme dépressive, à l'inverse de Monsieur M. qui se définit comme un battant.

ANALYSE SEMIOLOGIQUE ET HYPOTHESES QUANT AUX LIENS EXISTANT ENTRE JEU PATHOLOGIQUE ET TOXICOMANIE CHEZ CE PATIENT

Le parallèle entre jeu et produits est ici très bien mis en évidence par le patient pour qui prime la recherche de « bonnes sensations » et de « poussées d'adrénaline ». L'aspect explosif tant de sa toxicomanie que de sa pratique de joueur est au premier plan, ainsi que le déni massif des conséquences pourtant réelles de ses conduites notamment sur le plan financier où il est endetté. Par ailleurs, Monsieur M. explique qu'il recherche, outre des sensations, la performance et l'excellence là encore tant dans les substances que dans sa passion pour les

pronostics. Dédaignant les jeux de hasard pur ainsi que les substances frelatées, il privilégie l'action et la « mise en condition » qui visent à augmenter l'intensité des sensations ressenties. Si nous y voyons le reflet de phénomènes de tolérance, nous pouvons aussi nous interroger sur cette quête qu'il situe au moins autant sur le plan de son fonctionnement intra-psychique que sur celui de son fonctionnement social. Ce besoin de s'approprier les sensations éprouvées lors du jeu nous a frappé par son caractère régressif qui se retrouve sans doute de façon analogue dans ses consommations d'opiacés. Rappelons que ce jeune patient, élevé par sa mère, nous a d'abord parlé de l'influence qu'avait eu sur sa passion du jeu ce voisin par ailleurs père de jockey qui l'avait initié aux courses... Nous émettons l'hypothèse que la recherche active de sensations qu'accomplit ce patient dans une certaine urgence serait sous-tendue par une recherche existentielle autre, probablement en lien avec l'absence physique et précoce de son père auprès de lui.

Cas clinique n°7 : Monsieur O. (35 ans)

SOGS : 11 pts

CAGE : 4 pts

FAGERSTRÖM : 9 pts

SDS - opiacés : 0
- cannabis : 0
- cocaïne et crack : 0
- benzodiazépines : 7
- hallucinogènes : 0

ELEMENTS BIOGRAPHIQUES

Monsieur O. est né dans le nord de la France, il est âgé de 36 ans lorsque nous le rencontrons.

Il est le sixième enfant d'une fratrie de huit, sa famille est d'origine algérienne. Sa mère est décédée en 1981 au début de son adolescence. Son père est décédé en 2004 en France, après que la famille l'ait rapatrié d'Algérie où il était retourné vivre depuis 1996 en compagnie de sa deuxième femme.

Monsieur O. présente depuis l'adolescence des conduites sociopathiques et a arrêté rapidement le BTS qu'il avait commencé pour vivre de petite délinquance, suivant certains membres de sa fratrie en région parisienne après une première incarcération de 2 ans de 1992 à 1994. Célibataire sans enfant, il n'a jamais eu d'emploi ni de relation affective durable, du fait de troubles psychiatriques et addictifs anciens et sans rémission chez ce patient. Monsieur O. n'a jamais eu de logement indépendant, il est fréquemment incarcéré pour de courtes périodes- dont une longue peine de 5 ans entre 1995 et 2000- et est dans l'intervalle hébergé dans des structures sociales temporaires, ou par sa famille. Un dossier Cotorep et une demande d'Allocation adulte handicapé ont été mis en place au plan social.

ANTECEDENTS PERSONNELS

Histoire de la toxicomanie

L'histoire des troubles psychiatriques et de la toxicomanie remonte à la fin de son adolescence. « Je ne m'aimais pas, je n'aimais pas mon corps » dit-il. La notion de traumatisme sexuel dans l'enfance a parfois été évoquée par Monsieur O. à son médecin consultant, mais nous n'avons pas plus de précisions sur la réalité de cet antécédent. Adolescent, il se désinhibe en prenant des doses massives d'alcool pour aller en boîte de nuit en compagnie de ses frères. C'est à l'âge de 20 ans qu'il commence à prendre de la cocaïne et de l'héroïne, qu'il s'injecte assez rapidement. Il met en échec ses études et est incarcéré une première fois en 1992. Il découvre en prison le Subutex, qu'il prend depuis en continu, au noir ou sur prescription médicale. Lorsque nous le rencontrons, il est suivi depuis 5 ans pour cette polytoxicomanie où dominant les prises impulsives d'alcool, de benzodiazépines, parfois de crack.

Le test de FAGERSTRÖM montre une forte dépendance au tabac mais cela est subjectivement « noyé » parmi les autres substances. Monsieur O. n'a que peu d'appétence pour le cannabis dont il ne supporte pas les effets, de même pour les hallucinogènes. La prise en charge visant à cadrer la prise du traitement psychotrope d'une part et à diminuer le recours impulsif à l'alcool et au crack d'autre part est de longue haleine chez ce patient. Monsieur O. vient fréquemment chercher refuge et étayage auprès de l'équipe soignante, nous montrant combien la dépendance est au cœur de sa problématique existentielle.

Notons également l'absence de notion de jeu pathologique dans le dossier de ce patient qui, lorsque nous l'interrogeons, présente cependant un score élevé au questionnaire SOGS, et qui évoque régulièrement aux soignants qui le connaissent de fréquents conflits avec l'un de ses frères joueur de courses.

Sur le plan somatique, malgré des antécédents d'injections intraveineuses d'héroïne, les sérologies sont négatives pour le VIH, le VHB et le VHC. Les seuls antécédents notables sont des traumatismes conséquents à des gestes hétéro ou auto-agressifs (phlébotomies multiples), ainsi que des perturbations transitoires du bilan hépatique et des accidents de sevrage alcoolique. On note une péricardite infectieuse en 2002.

Son traitement habituel comprend : Subutex 10mg/j- Valium 10mgx3/j- Risperdal 1mgx3/j- Effexor 50mgx2/j-Tercian 25mgx2/j

Histoire du jeu pathologique :

Monsieur O. est un joueur quotidien de loto, de Rapido, de jeux de grattages et de courses. L'usage de ses habiletés est restreint à travers ces jeux puisqu'il fait jouer la machine de façon systématique et ne joue aux courses qu'avec des tickets Spot, « c'est plus simple comme ça » dit-il. La pratique est compulsive, et les différents jeux se succèdent volontiers dans des séquences de temps brèves « par exemple, si j'ai perdu au Rapido, je tente ma chance au Millionnaire et ainsi de suite...parfois je gagne 200 ou 400 € comme cela. ».

Monsieur O. souligne en se dévalorisant qu'il est incompetent pour les autres jeux. « Je ne m'y connais pas, je n'ai pas les moyens » : il s'exclut ainsi du milieu du casino ou de la bourse qui ne lui semblent pas accessibles, de même pour internet. Il n'a jamais joué sur des machines à sous clandestines dans les bars qu'il fréquente. Il a commencé à jouer pour de l'argent à l'adolescence, au « pot », sous l'influence de ses frères et de copains. Sa pratique est essentiellement solitaire depuis, mais lui permet parfois de « payer sa tournée » en cas de gain, ce qui le valorise et répond à sa recherche de réassurance narcissique. Le jeu l'aide à lutter contre des affects dépressifs et d'ennui, sa pratique est le plus souvent congruente à l'humeur. Il explique par exemple à la question 4 (rejouez-vous si vous avez perdu pour

essayer de vous refaire ?) que le plus souvent il rejoue, surtout lorsqu'il a beaucoup bu, mais que parfois il se démoralise et « lâche l'affaire ».

Monsieur O. mise de petites sommes, mais il lui est déjà arrivé de jouer 200 à 300 € en une journée, en variant entre le Spot et le Rapido, en buvant et en payant des tournées précise-t-il. Il se souvient d'un « big win », au Rapido, souvenir raconté avec détails car la somme -de 1000 €- devait être retirée dans un bureau de poste et qu'il a dû emprunter la carte d'identité d'une amie pour retirer son gain. Cet événement est plutôt anecdotique dans son parcours de joueur, où il relate néanmoins avoir « frôlé la fortune » au PMU, mais n'avoir en fait gagné que 130 €, « ce qui était quand même 10 fois la mise ! ».

Monsieur O. a conscience de jouer trop et trop souvent, il s'en culpabilise, constatant avec une certaine impuissance que cela lui amène beaucoup d'ennuis : il emprunte régulièrement de l'argent à sa famille, joue l'argent de son RMI, a déjà eu recours à des chèques et des cartes de crédit volés pour pouvoir jouer, il a même une affaire judiciaire en cours « pour vol de tickets à gratter derrière le comptoir ! » raconte-t-il avec une pointe de fierté. Il reconnaît passer ses journées au bar à boire et jouer, lorsqu'il n'est pas en prison ou à l'hôpital, cette activité de joueur venant dans son discours tenir lieu en quelque sorte d'activité professionnelle.

« J'aimerais bien arrêter, mais à condition de gagner d'abord le gros lot, ou si je pouvais travailler, cela m'occuperait. Je suis un rêveur, j'espère toujours faire fortune, je suis trop motivé par l'appât du gain, c'est ce qui me fait recommencer à chaque fois, et puis j'oublie, comme avec l'alcool en fait.» explique-t-il.

Parmi les réponses aux questions ouvertes, Monsieur O. dit combien le jeu lui permet d'espérer une amélioration de son sort par une fortune idéalisée, tout en ayant conscience qu'au jeu, « on n'est plus maître de soi, surtout avec les cartes de crédit ». Quand il joue, cela

lui fait passer le temps, il pense que même s'il perd de l'argent, il ne fait de mal à personne. La période la plus intensive de jeu a été celle succédant à une longue peine de prison en 2000, où il s'est mis à jouer massivement à sa sortie en s'alcoolisant.

Monsieur O. souligne en effet l'association quasi constante entre les moments où il joue et les moments où il boit : « à chaque fois que je joue, je bois, et quand je gagne, je peux payer la tournée, je me sens satisfait, sans plus, je me fais des potes mais je déprime quand même. »

Cependant, il fait remarquer qu'il boit alors par habitude, modérément, ce qu'il distingue des prises plus massives correspondant aux moments de désespoir qui surviennent en général hors contexte de jeu.

Monsieur O. compare ce qu'il ressent lorsqu'il joue à « peut-être de la cocaïne, mais beaucoup moins fort ». « C'est surtout le fait de rêver un peu qui m'attire, je me dit que je ne peux pas avoir de la malchance partout. » Les sensations de jeu ne sont pas réellement discriminées par Monsieur O. du réconfort global qu'il trouve au bar, tant dans la boisson que dans le jeu ou dans la fréquentation des habitués. La tonalité fortement dépressive des affects et le long parcours toxicomane et psychiatrique semblent participer à cet émoussement face aux sensations ressenties que l'on peut aussi expliquer par un phénomène de tolérance.

Antécédents psychiatriques :

L'état psychologique est mal structuré et très fragile, avec fréquents épisodes dépressifs graves voire effondrements mélancoliques, idéations suicidaires et passages à l'acte auto-agressifs (phlébotomies, mises en danger sur les rails du métro) dont les dimensions impulsives sont manifestes. Une angoisse massive est sans cesse présente, dont les acmé se traduisent par une recrudescence de consommation de psychotropes ou des demandes d'hospitalisation ayant valeur de refuge pour ce patient. Le suivi psychiatrique s'est au fil des

hospitalisations pour menaces suicidaires articulé avec la prise en charge en toxicomanie, avec mise en place d'hospitalisations psychiatriques séquentielles, et délivrance rapprochée du traitement associé aux entretiens de soutien psychothérapeutique. La grande immaturité affective de ce patient, la présence d'éléments déficitaires ainsi que l'ensemble du tableau que nous venons de brosser évoquent une probable psychose non productive d'allure héboïdophrénique.

ANTECEDENTS FAMILIAUX

Fratricie nombreuse, dont tous les hommes ont un passé carcéral. Son plus jeune frère est schizophrène et comme lui toxicomane et joueur régulier. L'un de ses aînés est un joueur décrit comme pathologique par Monsieur O. Le père de Monsieur O. jouait régulièrement au tiercé, de façon modérée mais tout de même « en cachant le journal sous la table si on le surprenait à faire son papier ». Monsieur O. entretient des rapports particuliers avec chacun de ces hommes : souvent inquiet et préoccupé par la santé psychique de son jeune frère (à qui il semble s'identifier comme en miroir), il se culpabilise de ne pouvoir l'aider. Cela fait écho dans son discours à une culpabilité ancienne, dans l'enfance où tous deux auraient subi un traumatisme sexuel dont on ne sait rien de précis mais dont il se reproche de n'avoir su protéger son frère.

Par rapport à son frère aîné joueur, il le sollicite fréquemment pour se faire héberger, ce qui est source de conflit lorsqu'il s'alcoolise devant ce frère lui-même ancien buveur. Il lui reproche également de l'entraîner à jouer et se retrouve la plupart du temps débiteur de celui-ci, ce qui entretient disputes et rivalités. Nous savons par ailleurs que ce frère joueur a été placé en foyer lors de son adolescence, ayant fugué du domicile familial après avoir accusé le père de violence.

Enfin, son père récemment décédé occupe une grande place dans le discours de Monsieur O., qui le décrit comme un homme intègre, très respectueux des lois, et qui selon lui n'a pas

supporté la longue incarcération de son fils. Monsieur O. se culpabilise beaucoup face à ce père rapatrié d'Algérie en mai 2004 parce qu'il était gravement malade et qui est mort à Paris quelques mois plus tard, alors que Monsieur O. lui rendait visite à l'hôpital entre ses alcoolisations quotidiennes.

Monsieur O. ne parle pas de sa mère dont nous ignorons les circonstances du décès ainsi que le rôle qu'elle a pu avoir auprès de lui. Les sœurs - l'une est mariée à un joueur- sont volontiers décrites en termes chaleureux par Monsieur O., dont le fonctionnement relationnel reste souvent dans le registre du tout ou rien et de l'intolérance à la frustration.

ANALYSE SEMIOLOGIQUE ET HYPOTHESES QUANT AUX LIENS EXISTANT ENTRE JEU PATHOLOGIQUE ET TOXICOMANIE CHEZ CE PATIENT

Le diagnostic de jeu pathologique est comme occulté chez ce patient derrière un tableau de personnalité dépendante dont les antécédents toxicomaniaques, psychiatriques et pénitentiaires sont par ailleurs très lourds. La pratique de jeu est néanmoins quantitativement importante, ancienne et nocive en terme de conséquences financières et même judiciaires. Elle semble résulter d'un effet d'entraînement chez ce patient influençable, qui privilégie les jeux instantanés. La fonction du jeu semble rejoindre en partie celle occupée par l'alcool qu'il associe systématiquement, fonction contra-dépressive (espoir, rêve), de lutte contre l'ennui (occupation venant se substituer à une activité professionnelle), de réassurance narcissique par la socialisation qu'elle permet aussi. Le jeu est ainsi considéré subjectivement comme « moins nocif » pour lui-même et pour autrui, ayant même un certain effet protecteur vis-à-vis des actes délictueux qu'il commet le plus souvent dans des états avancés d'alcoolisation ou lors de prise de crack et de benzodiazépines. Nous émettons également l'hypothèse que la pratique du jeu est un élément important de la construction identitaire de ce patient qui cite ses antécédents familiaux de façon à se situer parmi les personnes importantes que sont pour lui son père, son frère aîné et son cadet.

Cas clinique n°8 : Monsieur Y. (28 ans)

SOGS : 8 pts

CAGE : 4 pts

FAGERSTRÖM : 10 pts

SDS - opiacés : 9
 - cannabis : 6
 - cocaïne et crack : 7
 - benzodiazépines : 12
 - hallucinogènes : 0

ELEMENTS BIOGRAPHIQUES

Monsieur Y. est un patient de 28 ans, enfant unique d'un couple qui s'est séparé durant sa petite enfance ; il vit chez son père, sa mère ne l'ayant que peu élevé en raison d'un alcoolisme important qui a motivé la garde de Monsieur Y. par son père. Monsieur Y. a débuté très jeune son parcours de toxicomane, avec dès l'âge de 13 ans des ivresses allant jusqu'au coma éthylique. Il a néanmoins poursuivi ses études jusqu'à obtenir un BEP de dessinateur maquettiste, profession qu'il a exercé par périodes brèves sous formes de contrats d'intérimaire. Très soutenu par son père, il a eu un logement indépendant qu'il lui finançait jusqu'à ce que Monsieur Y. parte en post-cure pour la 4^{ème} fois en 2002 avec le projet de reprendre une formation dans le graphisme à Montpellier. Suite à l'échec de ce projet, Monsieur Y. est revenu vivre en région parisienne, tantôt hébergé chez son amie, tantôt chez son père. Sa relation avec son amie est stable depuis 2001, sans pour autant que Monsieur Y. la considère comme définitive. Il n'a pas d'enfant. Monsieur Y. décrit à propos de sa vie affective une difficulté à s'engager dans quelque chose de constructif pour lui, difficulté qu'il date de son adolescence.

Au plan somatique, notons l'existence d'un asthme traité par Ventoline, d'une arythmie cardiaque par fibrillation auriculaire traitée par Cordarone, ainsi que de nombreuses crises comitiales lors de sevrages alcooliques. Les sérologies VIH, VHB et VHC sont négatives.

ANTECEDENTS PERSONNELS

Histoire de la toxicomanie :

Monsieur Y. a développé dès son adolescence des conduites d'alcoolisations pathologiques, entraînant des comas éthyliques répétés ayant valeur à ses yeux de tentatives de suicide.

A l'âge de 16 ans, il découvre l'héroïne qui l'apaise et vient répondre à ses difficultés existentielles. Il n'a jamais shooté ce produit et a assez rapidement engagé une demande d'aide, poussé en cela par son père qu'il décrit comme très exigeant à son égard. Les sevrages ambulatoires et les post-cure tant pour l'alcool que pour l'héroïne puis le Subutex se succèdent depuis 1995, sans réel intervalle libre entre ces cures et les rechutes. Il n'a jamais été substitué par méthadone. Monsieur Y. recourt également quotidiennement à de fortes doses de benzodiazépines ainsi qu'au cannabis, ce qu'il explique par une angoisse et une impulsivité omniprésentes qu'il n'arrive pas à calmer sans produit; il consomme en outre occasionnellement de la cocaïne, du crack, de l'ectasy et du speed, dont il dit que cela lui évite de trop déprimer et qu'il associe d'avantage à des moments festifs. La consommation d'alcool est quotidienne depuis plus de 10 ans, la tolérance et le craving sont marqués, les sevrages sont fréquemment tentés par Monsieur Y. hors cure médicalisée ce qui provoque de multiples crises comitiales et delirium tremens avec recours aux soins d'urgence. Lorsque nous le rencontrons, sa consommation journalière d'alcool est d'au moins 1,5 litres de rhum qu'il boit dès le réveil, ainsi que 3 à 4 litres de bière. La culpabilité est forte, le sentiment d'impuissance et l'auto-dévalorisation viennent s'en faire l'écho. Monsieur Y. est hospitalisé pour sevrage en alcool. Cette hospitalisation lui permet une mise à distance des autres produits consommés (cannabis, crack), ainsi qu'une réadaptation du traitement anxiolytique et de substitution. Le projet à l'issue de ce sevrage est d'intégrer un appartement thérapeutique proposé par une association qui a suivi Monsieur Y. à plusieurs reprises, sous réserve d'une bonne évolution en post-cure.

Histoire du jeu pathologique :

Monsieur Y. décrit une période de jeu pathologique ayant débuté il y a 5 ans, au décours d'une post-cure située à proximité d'un casino. Cette période a duré pendant plus d'une année, durant laquelle Monsieur Y. fréquentait de façon quasi quotidienne hippodromes et casinos. Il y jouait tout l'argent de son « business », expression laissant entendre qu'il se livrait alors à des activités illégales sources de revenus irréguliers mais conséquents. Ainsi, il relate avoir un jour misé 78 000 francs en une journée au casino, jouant au black jack jusqu'à tout perdre, « c'était de l'argent facile que je jouais » dit-il comme pour s'excuser. Les consommations de substance que Monsieur Y. associaient au jeu étaient essentiellement l'alcool « mais modérément, à l'époque je ne buvais pas d'alcools forts », parfois la cocaïne, notamment lors de soirées passées au casino. Monsieur Y. pense avoir réussi à ne pas rechuter dans l'héroïne en partie grâce au jeu qui est venu combler le manque ressenti au décours de sa post-cure. Cette période a pris fin pour des motifs extérieurs, Monsieur Y. explique avoir arrêté simplement faute de moyen de transport pour se rendre au casino ou sur les hippodromes. « Cela devenait compliqué, et puis je n'avais plus les moyens, la roue avait tourné » explique-t-il laconiquement. Il joue encore de façon pluri-hebdomadaire au loto et aux jeux de grattage, considérant ces jeux comme relevant du même ordre d'addiction que lorsqu'il jouait aux courses ou dans les casinos d'autant qu'il estime que même si ses mises ne sont que de l'ordre de 100 € par semaine, cette somme reste disproportionnée par rapport à ses revenus qui ont considérablement diminué (touche le RMI et quelques indemnités chômage). Il a découvert récemment les casinos virtuels sur Internet où il joue environ 2 à 3 fois par mois, il y trouve une facilité qui n'existe pas ailleurs du fait de l'absence de déplacement physique nécessaire.

S'il n'existe aucun antécédent familial de jeu pathologique, Monsieur Y. cite par contre un de ses amis proches qui joue excessivement pour de l'argent sur Internet. Conscient de sa

vulnérabilité par rapport à cette façon de jouer, il pense que le cas de cet ami peut lui servir de mise en garde. Monsieur Y. exprime par ailleurs qu'il considère sa pratique des jeux d'argent comme relevant de la même problématique que les addictions pour lesquelles il se fait soigner. Il estime toutefois que son expérience lui a appris à mieux maîtriser le jeu, contrairement à l'alcool vis-à-vis duquel il se sent au contraire de plus en plus conscient du risque de rechute ; Monsieur Y. explique comment il constate avoir besoin de remplacer une addiction par une autre, il estime que s'il arrêtait l'alcool ou le Subutex, il aurait forcément besoin de compenser « soit dans le jeu, soit dans le sexe » dit-il. Ce qu'il cherche à travers tout cela, c'est « le frisson, mélangé au besoin de me faire du mal. » La tonalité pessimiste et résignée de son discours sur ses problèmes d'addiction vient illustrer une certaine implacabilité du processus addictif ressenti par ce patient pourtant en recherche active de soins depuis de nombreuses années. C'est de lui-même qu'il établit une sorte de strict parallèle entre des conduites qu'il ressent comme toutes aussi addictives les unes que les autres malgré leur variété en terme de moyens, mais aussi de conséquences dans les domaines biologique, psychologique et social de sa vie. L'accroissement progressif des produits consommés depuis l'adolescence, la répétition des rechutes et des échecs thérapeutiques participent sans doute à mettre ce patient dans l'impossibilité de discriminer les nuances quant aux rapports qu'il entretient respectivement avec chaque substance ou chaque comportement dont il se sent dépendant.

Antécédents psychiatriques :

Monsieur Y. présente des antécédents d'épisodes dépressifs récurrents, l'un d'eux ayant nécessité une hospitalisation en psychiatrie en 2000 suite à une tentative de suicide par phlébotomie au pli de l'aîne. Il est traité par Zoloft, Valium et Tercian lorsque nous le rencontrons. Sa présentation et son discours sont ralentis, l'humeur est triste et la voix monocorde durant cet entretien. Nous émettons l'hypothèse que ce patient, à travers les

accidents de sevrage auxquels il s'expose notamment, met en acte de façon subtile et répétée des équivalents suicidaires reflétant un état mélancoliforme ancien. Rappelons que les premiers comas éthyliques sont survenus dès l'âge de 13 ans chez ce patient, ayant une probable fonction d'appel au secours dont il dit lui-même qu'il s'agissait d'équivalents suicidaires.

ANTECEDENT FAMILIAUX

Alcoolisme maternel invalidant.

Absence d'antécédent de jeu pathologique dans la famille.

ANALYSE SEMIOLOGIQUE ET HYPOTHESES QUANT AUX LIENS EXISTANT ENTRE JEU PATHOLOGIQUE ET TOXICOMANIE CHEZ CE PATIENT

Le récit que fait ce patient de son rapport au jeu nous a frappés par sa tonalité fataliste et mécanique où il exprime clairement être sûr de rechuter dans le jeu ou le sexe s'il réussissait à se sevrer des substances qu'il consomme. Ce qu'il évoque comme son « besoin de dépendance » l'accompagne depuis le début de son adolescence, et c'est presque de façon anecdotique qu'il a découvert les jeux de casinos et les courses, au décours d'un sevrage, s'y adonnant très vite massivement. Il poursuit depuis une pratique déplacée sur les jeux de loto et de grattage qui reste à ses yeux excessive, comme si l'équation de remplacement d'une addiction par une autre qu'il décrit n'était là que pour dénier l'accumulation des conduites addictives que l'on observe chez lui au fil du temps. La fréquentation des casinos virtuels sur Internet représente sans doute un danger de rechute vers des conduites de jeu pathologique chez ce patient à risque. Les fonctions qu'occupent indifféremment pour lui le jeu ou la toxicomanie sont celles d'une « recherche de frissons, mélangé à un besoin de se faire du mal ». Devant la symptomatologie dépressive qu'il présente par ailleurs, nous faisons

l'hypothèse que cette recherche de sensations et cette auto-agressivité rencontrent et illustrent ce noyau dépressif, l'alimentant par la même occasion. Soulignons enfin que contrairement aux autres joueurs que nous avons interrogés, Monsieur Y. n'a pris aucun plaisir à nous raconter son expérience du jeu, là où la plupart retrouvaient à l'inverse un certain éclat à l'évocation de tels souvenirs. Son contact froid et détaché nous fait évoquer, outre la participation dépressive, des traits de personnalité schizoïde, sans doute compensés par cette dépendance aux multiples visages.

QUATRIEME PARTIE : Discussion

Après être revenus sur des critiques d'ordre méthodologique, nous nous proposerons ici de dégager les aspects psychopathologiques les plus pertinents des cas rencontrés, qui illustrent tour à tour différents modèles de compréhension du jeu pathologique que nous rappellerons. Enfin, nous tenterons de situer ces liens de comorbidité entre toxicomanie et jeu pathologique dans une réflexion plus large sur le concept d'addiction : nous nous appuierons sur les hypothèses émises pour chaque patient présenté, mais surtout sur les concepts d'ordalie et de recherche de sensations qui nous paraissent les plus éclairants pour aborder le cœur de ces problématiques.

I. CRITIQUES METHODOLOGIQUES

Les résultats de notre étude, où nous avons retrouvé 8 joueurs pathologiques dans cet échantillon de petite taille, sont à interpréter en fonction de particularités méthodologiques liées d'une part à la population étudiée, d'autre part aux outils que nous avons utilisés.

A. Population interrogée

La taille de cet échantillon limitée à 33 personnes éloigne notre enquête de toute prétention épidémiologique et nous a restreint dans l'analyse statistique des données. Nous avons pourtant été réellement surpris par le nombre important de joueurs à problème (N=6 soit 18%) et pathologiques (N=8 soit 24%) rencontrés. Ces joueurs « vie entière » sont encore 4 soit 12% à présenter un problème actif de jeu, dont 3 joueurs pathologiques : ces pourcentages

restent nettement supérieurs à ceux annoncés en population générale par le DSM-IV-TR. Ces chiffres rejoignent en outre les observations établissant les co-occurrences fréquentes entre jeu pathologique et toxicomanie ou alcoolisme comme nous l'avons présenté dans notre revue de la littérature.

Nous étant interrogés sur la présence de biais éventuels liés au choix de cet échantillon, nous avons retenu ces quelques critiques :

- Cette population de toxicomanes hospitalisés est probablement concernée par le biais de Berkson qui a observé dès 1946 que les gens qui consultent, a fortiori ceux qui se font hospitaliser et qui sont dans un processus de soins plus avancé, sont plus souvent atteints d'au moins deux pathologies que ceux qui ne consultent pas ⁸. Les personnes que nous avons rencontrées nous ont en effet marqués par un cumul important de problématiques addictives. Le fait d'y retrouver de nombreux joueurs a pu être facilité par ce recrutement en contexte hospitalier.
- Nous aurions pu étudier les comorbidités addictives entre jeu et toxicomanie non pas chez des toxicomanes mais chez des joueurs pathologiques. Le faible nombre de patients venant consulter pour leur problème de jeu aurait rendu l'enquête plus aléatoire d'une part, et d'autre part nous supposons que ces patients auraient présenté des personnalités et des contextes sensiblement différents. Nous verrons en effet plus loin comment le fait que nous ayons interrogé des personnes toxicomanes induit un terrain psychopathologique particulier que reflète en partie la fréquence des personnalités psychopathiques, limites ou narcissiques retrouvées, ainsi qu'un rapport au risque ou à la transgression déjà marqué par leur histoire toxicomaniaque. L'intérêt d'enquêtes françaises en population générale mais aussi auprès de toxicomanes et auprès de joueurs demeure pour établir des comparaisons valides.

B. Biais liés aux outils

Nous avons volontairement limité notre étude au jeu pathologique et aux addictions aux substances les plus courantes, sans explorer les dimensions de comorbidités psychiatriques ou avec d'autres addictions comportementales. Néanmoins le fait d'avoir complété les passations par des entretiens ouverts nous a permis de recueillir aussi des éléments de diagnostic de personnalité, de pathologies psychiatriques ou, plus rarement, évocateurs d'addictions comportementales. Nous avons relaté ces données sur la base de notre impression clinique, laquelle nous a également permis de nuancer certains résultats obtenus avec les questionnaires.

Ces allers et retours entre utilisation d'outils standardisés et entretiens ouverts nous ont paru riches et nécessaires devant d'une part le choix de questionnaires simples et courts, d'autre part la restriction des objectifs auxquels pouvaient prétendre cette enquête. Nous nous sommes donc principalement attachés à explorer de façon empirique les liens de comorbidité cités et le vécu subjectif auquel cela renvoyait la personne interrogée.

Ainsi, les questionnaires appliqués aux substances nous ont permis de quantifier certains degrés de dépendance, de façon systématique et cela s'est révélé exploitable pour les drogues illicites (mis à part pour les hallucinogènes) ainsi que pour les dépendances médicamenteuses. Ces interrogatoires balisés nous ont aussi servi de base exploratoire quant à l'histoire de la toxicomanie.

Le test de Fagerström n'a donné lieu qu'à un constat le plus souvent attendu d'une dépendance tabagique, montrant le très fort pourcentage de « gros » fumeurs parmi les toxicomanes et les toxicomanes joueurs.

La CAGE quant à elle a pu révéler des périodes à risque d'alcoolodépendance spontanément omises par les patients, et a aussi introduit à l'évaluation subjective des liens entre consommation d'alcool et pratique de jeu.

Le questionnaire SOGS a montré son efficacité pour le dépistage des problèmes de jeu, et nous avons considéré dans la plupart des cas de score positif que la clinique venait confirmer le diagnostic selon les critères du DSM-IV-TR. Seul un patient nous est apparu comme probable faux négatif, mais nous avons chez lui retrouvé un contexte de jeu particulier, le situant à mi-chemin entre tricheur et joueur professionnel. Par ailleurs, le groupe des joueurs nous a semblé très hétérogène, ce qui a justifié l'abondante présentation clinique dont ces patients ont fait l'objet dans ce travail. En effet, il nous a semblé important de tenir compte des contextes mais aussi des personnalités qui peuvent occasionner des biais dans les réponses. Ainsi, certains de ces joueurs vont soit minimiser soit à l'inverse se saisir de notre enquête pour dramatiser leurs expériences, et ceci pour des raisons parfois indépendantes de leur problème de jeu. Nous avons noté en effet que quelques uns déniaient massivement le fait que le jeu puisse être un problème, tout en reconnaissant se sentir coupable, jouer plus que prévu ou avoir des critiques de leur entourage, dans un discours transposable à celui qu'ils tiennent sur leur toxicomanie, revendiquant même parfois ce droit à disposer d'eux-mêmes jusque dans leurs excès. D'autres semblent majorer leur culpabilité par rapport à des antécédents qu'ils critiquent et regrettent, et s'ils obtiennent des scores positifs, nous les situons pourtant comme peu à risque de rechute dans d'éventuels problèmes de jeu. Enfin, le rapport à l'argent particulier qu'implique le fait de se livrer à des activités illégales nous permet de penser que les conséquences financières liées au jeu sont fréquemment banalisées et sous-estimées dans cette population comportant un grand nombre de personnes ayant des antécédents d'incarcération.

Le choix de porter l'évaluation sur la vie entière nous a amené à distinguer antécédents et pathologies actives, ce qui a permis d'établir des parcours chronologiques et d'observer sous cet angle temporel les liens de comorbidité entre jeu et toxicomanie. Là aussi, malgré la difficulté de retracer précisément certains itinéraires, cette méthode nous a fait mieux comprendre quelles logiques animaient ces patients. Nous remarquons néanmoins que la reconstruction des souvenirs est sans doute un facteur de biais non négligeable mais inhérent à toute rétrospection.

Enfin, et comme nous le redirons dans les paragraphes suivants, nous avons entendu dans les propos des toxicomanes joueurs des éléments donnant un aperçu saisissant des concepts de recherche de sensations et d'ordalie. S'il n'existe pas d'instrument spécifique évaluant ce dernier concept, nous aurions pu cependant utiliser l'échelle de Zuckerman¹⁴⁵ afin d'explorer plus finement cette appétence pour le risque et les sensations. C'est dans un souci de ne pas alourdir la passation et de nous centrer avant tout sur les comorbidités (sans préjuger de leur étiologie) que nous avons choisi de ne pas nous servir de cet outil.

II. ASPECTS PSYCHOPATHOLOGIQUES DES PROBLEMES DE JEU CHEZ LES TOXICOMANES (*illustrés par les vignettes cliniques*)

❖ Le jeu comme pathologie évolutive

Les joueurs de cette étude peuvent être situés dans les différentes phases d'évolution de cette pathologie décrites par Custer. Le mode d'entrée dans le jeu varie selon la présence d'une « culture familiale du jeu » ou l'influence d'amis, de collègues, les circonstances anecdotiques aussi comme cet homme qui découvre le casino situé à proximité du lieu de

post-cure d'où il sort. Nous avons été frappés par la précision des récits de « big win », et par cette autre remarque d'un joueur sans problème considérant avoir eu *a contrario* la chance de ne pas connaître de gros gain initial. Plusieurs nous ont parlé de cette euphorie des victoires. Par ailleurs cette élation s'émousse au fil du temps, plus ou moins rapidement, ce qu'illustre bien ce joueur de Rapido lorsqu'il dit que le jeu lui fait surtout passer ses journées, et que même lorsqu'il lui arrive de gagner, il « déprime encore ». La phase de chasse est curieusement absente des récits spontanés, et c'est surtout la question de la SOGS portant sur le fait de retourner jouer pour se refaire qui l'évoque. Plusieurs en tous cas expriment que cette quête n'a pour eux rien à voir avec leur recherche de produit lorsque le manque les talonne, et cette différence justifie parfois un sentiment d'être « moins dépendant » du jeu que des substances. Notons aussi que certains de ces joueurs toxicomanes disent volontiers avoir « l'argent facile » du fait de trafics divers, ce qui influe sans doute énormément sur leur façon de jouer et les conséquences que cela entraîne, ou encore la conscience qu'ils ont de leur problème de jeu. Ainsi, le fait de s'adonner excessivement au jeu apparaît parfois uniquement en périodes de rentrées d'argent, pour s'interrompre sans que cela ne semble réellement difficile si la situation financière change. C'est le cas notamment de ce jeune homme alcoolodépendant ayant spontanément arrêté de jouer lorsque « la roue a tourné ».

Nous avons donc observé des patients ayant soit spontanément arrêté de jouer, ce qui laisse supposer le poids de circonstances extérieures dans cet arrêt brutal, soit s'étant fixés sur des habitudes de jeu devenant insidieusement de plus en plus importantes et nocives. Ceux qui ont arrêté gardent pour la plupart le sentiment de pouvoir rechuter, tout en disant combien le fait d'avoir été gros joueur éveille leur vigilance sur ce risque. Ainsi ils ont appris à contrôler leurs mises ou à ne plus se rendre dans les lieux qu'ils affectionnaient pour jouer.

Sur les 8 joueurs pathologiques rencontrés, un seul nous a évoqué à demi-mot un état de désespoir lié au jeu, et ce patient endetté nous a paru particulièrement épuisé, se présentant sur

un mode de défense hypomaniaque. Il nous a par ailleurs relaté spontanément des antécédents dépressifs et suicidaires, disant cependant ne pas « en être là », persuadé qu'il peut s'arrêter de jouer par la force de sa volonté. L'intensité de son problème de jeu, la souffrance qu'il a été capable de verbaliser et le déni dont il fait pourtant preuve à certains égards nous ont alerté sur le devenir de ce patient qui a ensuite interrompu son hospitalisation et la prise en charge engagée.

Les particularités quant à l'évolution classique du jeu pathologique chez ces toxicomanes peuvent donc être résumées par les remarques suivantes :

Les périodes intensives de jeu peuvent débuter en lien ou non avec leur toxicomanie, et s'interrompre brutalement, laissant parfois la place à une reprise des consommations abusives de substances ou à un investissement majeur dans le travail (cas de Monsieur D.). Deux patients ont décrit un arrêt possible grâce à un changement de contexte, l'un d'eux ayant quitté son pays pour se reconstruire professionnellement après s'être ruiné au jeu. La période de gain peut être associée à des substances venant amplifier le sentiment d'euphorie, c'est le cas de Monsieur M. par exemple qui consomme fréquemment de la cocaïne lorsqu'il joue aux courses. La notion « d'argent facile » vient dans la bouche des joueurs délinquants amortir les conséquences financières de leur problème de jeu, ce qui augmente le déni des troubles et retarde sans doute une demande d'aide que nous n'avons par ailleurs jamais observée. Les situations professionnelles de ces joueurs toxicomanes sont également très variées, allant d'anciens chefs d'entreprises au caractère combatif à des jeunes n'ayant jamais eu de vie professionnelle stable. Plutôt discrets quant aux conséquences du jeu sur leur vie familiale, l'un des patients nous a par contre dit avoir réussi à contrôler le jeu grâce à ses nouveaux rôles de père et de mari. Nous avons également perçu cliniquement un certain décalage entre l'objectivation au moyen de la SOGS de problèmes avérés de jeu et des récits subjectifs mettant en avant la moindre gravité de ce problème par rapport aux pathologies

toxicomaniaques pour lesquelles ces patients étaient en sevrage. Nous soulignerons enfin que la plupart ont parlé du jeu avec beaucoup de plaisir, nous exposant les fonctions positives que cela avait pu prendre chez eux, le caractère morbide n'étant le plus souvent retrouvé que par le truchement de la SOGS et des questions ouvertes. A l'instar d'une toxicomanie qui est d'abord vécue comme solution existentielle avant de devenir subjectivement problématique, le jeu occupe sans doute une place d'abord positive, avec un délai qui apparaîtrait plus grand avant que le joueur ne perçoive sa pratique comme une dépendance.

❖ Lectures psychodynamiques

Les modèles psychanalytiques du jeu pathologique peuvent être illustrés par les propos de ces joueurs toxicomanes, et nous retiendrons essentiellement les analyses de trois auteurs, S. Freud, E. Bergler et R. Tostain, pour éclairer cette compréhension psychodynamique^{131, 126}.

Nous choisirons l'axe du rapport au père pour aborder cette lecture, Freud ayant d'emblée situé la problématique du joueur dostoïevskien comme étant le reflet d'une culpabilité liée au désir inconscient de la mort du père^{50, 134}. Le jeu vient placer celui qui s'y adonne dans de répétitives oscillations entre gain et perte, apportant tour à tour la preuve que la chance – en tant que figure maternelle et protectrice – peut élire le joueur, ou qu'à l'inverse le destin reprend ses droits et vient punir celui qui a cherché fortune par le seul biais du hasard. Dans son analyse de l'oeuvre de Dostoïevski mais aussi du roman de Zweig Vingt-quatre heures de la vie d'une femme¹⁴⁷, Freud interprète le jeu comme une conduite masochiste symptomatique d'un conflit inconscient se jouant essentiellement dans un contexte oedipien. Le joueur, en s'infligeant les sentences de l'implacable loi du hasard, paie tant son désir de parricide que le souhait de possession de sa mère. Bien plus que l'appât du gain, ce serait un besoin d'autopunition par la figure paternelle qui pousserait le joueur à « tenter sa chance », mû par une problématique de castration dont il cherche aussi à se défendre.

Deux joueurs montrent dans leur parcours une forme de rivalité avec leur père qui s'est exprimée symboliquement à travers le jeu : ainsi, celui dont le père était joueur a imaginé « prendre sa revanche en jouant sur cet homme qui avait ruiné la famille » ; et est-ce par hasard que cet autre patient nous a souligné avoir été initié au jeu non pas par son père « petit joueur », mais par des amis auprès de qui il pouvait « se prouver qu'il était un homme » ? Selon Freud, « toute punition est bien dans son fond la castration et, comme telle, satisfaction de la vieille attitude passive envers le père. Le destin lui-même n'est en définitive qu'une projection ultérieure du père. »

La problématique fondamentale du jeu pathologique serait donc pour cet auteur celle de l'intégration de la Loi qui est défiée par le joueur ou à laquelle il se soumet avec masochisme dans un questionnement que J. Lacan a pu par ailleurs exprimer en ces termes : « Qui es-tu figure du dé, que je retourne dans ta rencontre avec ma fortune ? Rien, sinon cette présence de la mort qui fait de la vie humaine ce sursis obtenu de matin en matin... » ⁶⁷. Le cas de ce joueur épuisé mais continuant à jouer parce que « tous les jours, c'était un autre jour » fait ici écho à cette quête sans cesse renouvelée d'un sursis que laisse espérer le jeu. Nous pouvons illustrer aussi cette dimension auto-punitive par l'histoire de cet homme se mettant à jouer intensivement au décours d'une peine de prison dont il pense que son père « a eu tellement honte qu'il est retourné vivre en Algérie », nous disant toute sa culpabilité ressassée vis-à-vis de ce patriarce et dont il a peut-être inconsciemment voulu se soulager grâce au jeu à sa sortie.

Freud souligne aussi, comme l'ont fait d'autres psychanalystes, l'équivalence sexuelle et notamment masturbatoire des pulsions et des satisfactions liées au jeu pathologique. Nous évoquerons simplement ici ce patient nous ayant affirmé ne pouvoir se passer de l'une des ces trois formes d'addictions qu'il nous a citées, à savoir le jeu, le sexe ou la drogue. Rappelons

que ce jeune homme a été élevé par son père, qu'il décrit comme très exigeant, sa mère étant invalidée par une alcoolodépendance majeure. Cette situation l'a sans doute amené à court-circuiter certaines étapes de son développement psychique, hypothèse qui évoque ce que le psychanalyste Bergler a pu dire du jeu pathologique en tant que « névrose de base ».

Bergler ¹⁴ voit en effet le jeu comme une mise en acte répétitive de séquences de plaisir, ce qui constitue une tentative illusoire d'éliminer les désagréments de la confrontation à la réalité. Cette régression qu'il qualifie d'orale permet au joueur de retrouver l'illusion de sa toute-puissance infantile, lorsqu'il exprime sa rébellion contre la loi parentale par le fait de jouer contre toute logique rationnelle. Ceci éclaire beaucoup ces aspects souvent observés chez les joueurs, à savoir leur apparent détachement ou leur sentiment de maîtrise qu'ils affichent mais qui cache précisément un sentiment de faiblesse infantile contre lequel le jeu les aiderait à lutter. Par ailleurs, notre enquête a relevé ce contraste entre des discours passionnés, où brillait encore le plaisir et l'excitation des souvenirs de jeu, dans la bouche de personnes nous expliquant par ailleurs posément quelles étaient leurs compétences et leur maîtrise du jeu.

Ces propos par lesquels un patient nous a expliqué jouer pour « rechercher le frisson et le besoin de se faire du mal » viennent conforter cette idée d'une alchimie particulièrement excitante lorsque se mêlent plaisir d'une toute-puissance infantile et angoisse liée à l'attente de la punition.

Ce bref rappel des travaux de Freud et Bergler nous fait sentir la nature paradoxale des motifs inconscients à l'œuvre dans le jeu pathologique, ce que le psychanalyste R. Tostain développera avec l'hypothèse d'une double relation entretenue par le joueur à la Loi ^{128, 133}. Ainsi, lorsque le joueur mise sur le hasard pour s'enrichir, il agit comme s'il évacuait la nécessité sociale du travail et les lois de la vie en collectivité ; mais le fait de jouer implique la possibilité de perdre, les lois des probabilités exerçant statistiquement leur suprématie. On

peut donc considérer que le joueur dans le même mouvement réussit à nier et à rechercher la sanction de la réalité. Tostain voit dans ce comportement particulier une volonté du joueur de se soumettre à la Loi, représentée ici par la loi du hasard, « cette Loi qui exige qu'il renonce à son avoir pour pouvoir donner. Il [le joueur] agit comme s'il savait qu'il n'y a de don que de ce qu'on n'a pas parce qu'on a renoncé à l'avoir. » La prodigalité et la « jouissance à flamber de l'argent » que certains nous ont décrits trouveraient-elles là aussi leurs origines ? Il est en tous cas intéressant de considérer ces éléments psychodynamiques dans l'interprétation des recoupements observés entre jeu pathologique et délinquance et qui pourraient être plus qu'une simple association opportuniste. Ce rapport à la loi chez les joueurs reste central, d'autant si l'on considère le statut particulièrement ambiguë des jeux d'argent par rapport à des états qui tout à la fois interdisent le jeu et en tirent des bénéfices via les structures où ces jeux sont encadrés par des autorisations publiques.

❖ Approches cognitivo-comportementales

Ces travaux plus récents sont particulièrement diffusés en Amérique du Nord, où ils sont à la base de nombreuses propositions thérapeutiques. Les explications comportementalistes d'une part et cognitivistes d'autre part se rejoignent en raison d'applications combinées dans des programmes de soins visant à désensibiliser le joueur excessif de ses habitudes et croyances face aux jeux d'argent et de hasard. Notons aussi que ces approches se complètent au niveau des différentes phases qu'elles décrivent, le comportementalisme s'attardant sur la période d'initiation et de la mise en place des habitudes de jeu, tandis que les cognitivistes abordent les facteurs favorisant la poursuite de ce comportement.

L'approche comportementale du jeu doit aux travaux du psychologue B.F. Skinner cette description qui résume sa théorie des conditionnements opérants appliquée au jeu : « Le comportement individuel du joueur dépend de l'histoire de ses gains antérieurs. Le succès

initial encourage la tendance au jeu. Le jeu est organisé pour que l'on gagne de temps en temps. Dans les premiers temps, le renforcement se produit : le joueur gagne et a envie de continuer. Il augmente alors ses enjeux. C'est précisément comme cela que l'on arrive à programmer un comportement. Une fois programmé, même si les récompenses sont rares, le joueur s'acharnera à dépenser toute son énergie et son argent pour faire fonctionner le système. » ¹¹⁸. Le jeu est considéré ici comme un comportement appris en fonction de la récompense du gain ou de la punition de la perte, ce que l'auteur rapproche aussi des conditionnements utilisés pour le dressage des animaux... Cette approche, pour claire et simple qu'elle soit, donne surtout des éléments pour comprendre comment l'habitude de jouer se met en place, et n'en explique pas le pourquoi. Ceci dit, les joueurs eux-mêmes se montrent souvent assez dubitatifs sur les raisons de leur pratique excessive de jeu, nous décrivant s'être laissés emporter « bêtement », prenant goût au jeu comme à une drogue après une première expérience comparable à une révélation ou un coup de foudre ; de ce point de vue, c'est bien le comportementalisme qui intègre le mieux la phase de gain initiale et l'expérience du « big win » à sa théorie, « big win » dont nous avons déjà vu l'importance parmi les quelques joueurs de notre étude.

Les théories cognitivistes quant à elle analysent les facteurs favorisant la poursuite du comportement de jeu et détaillent les croyances erronées qui permettent aux joueurs d'entretenir une « illusion de contrôle » par rapport au hasard. En effet, les travaux du canadien R. Ladouceur, à la suite de ceux de G.A. Marlatt, s'intéressent aux croyances et attentes du joueur excessif comme éléments explicatifs de son comportement ⁶⁸. Ainsi, le fait d'avoir la conviction que l'on peut influencer le résultat d'un pari en jouant de telle ou telle manière s'exprime par des superstitions ou croyances magiques qui occultent les logiques mathématiques les plus évidentes en matière de hasard. Cette conviction s'accompagne d'une croyance « optimiste » comme le disait Bergler, dans le fait de gagner aux prochains coups, et les joueurs s'appuient sur leur intuition pour prédire les conditions de leur gain à venir. Pour

eux, ce gain attendu n'est que mérité et ils voient rapidement dans le jeu le seul moyen de se refaire, malgré des pertes non négligeables. Le fait de se sentir actif dans le jeu renforce encore ces sentiments de maîtrise, et les patients que nous avons interrogés en témoignent pour beaucoup : les cartes ou les courses emportent la préférence justement par cette dimension qui n'est pas que constat passif d'un aléa sur lequel on a misé. Il est même frappant de remarquer que cette prédilection concerne 5 des 8 joueurs pathologiques rencontrés, tandis que les non joueurs décrivent plus volontiers des habitudes de jeux instantanés ou de loto. Rappelons le cas de ce patient nous parlant de son don intuitif pour les cartes, dans un discours certes à entendre en tenant compte d'une allure psychiatrique sub-délirante, mais en tous cas fortement connoté par cette pensée magique quant au jeu. Un autre joueur nous a également clairement décrit ce phénomène par lequel « il ne pouvait plus réfléchir normalement » lorsqu'il jouait, ou cet homme conscient de l'intérêt de moins jouer, mais décidé à le faire « uniquement après avoir touché le gros lot ». Deux joueurs de courses aussi nous ont décrit leur technique « infaillible » de jeu, stratégies qui s'appuyaient effectivement sur des logiques irrationnelles ou d'exception qu'ils érigent en système.

Apportant un éclairage essentiellement descriptif mais dont la visée pragmatique semble pour certains patients « opérante », ces lectures cognitivo-comportementales nous offrent une voie d'entrée dans le fonctionnement intra-psychique des joueurs, et questionnent aussi la nature même des jeux dont le potentiel addictogène peut varier selon les ressorts psychologiques qu'ils sollicitent.

❖ Les hypothèses neurobiologiques

La recherche de substrats biologiques aux phénomènes de dépendance s'étend à l'étude des fonctionnements cérébraux des joueurs pathologiques, avec des observations portant sur certains neuromédiateurs dont la sérotonine, la noradrénaline, la dopamine, la mono-amine

oxydase plaquettaire ou encore les endorphines. Le jeu correspondrait ainsi à un équivalent comportemental de l'usage de substances psycho-actives, notamment les produits stimulants. D'autres travaux font l'hypothèse d'une vulnérabilité génétique particulière, concernant les gènes codant pour certains récepteurs dopaminergiques (allèle A1) ; cette vulnérabilité serait observée aussi bien chez certains joueurs que chez certains patients alcooliques ou toxicomanes^{57, 114}.

Si ces modèles sont encore balbutiants, il est aussi important de redire leur aspect nécessairement complémentaire et non suffisant pour expliquer la complexité clinique des problèmes de jeu pathologique ou des autres addictions qu'ils étudient. Cette composante physique incontournable dans le schéma trivarié de la toxicomanie comme phénomène bio-psycho-social ne peut à elle seule prétendre résoudre l'énigme de ce saut qualitatif constaté entre celui qui joue ou consomme « normalement » et celui qui va s'engager « jusqu'à la folie » dans un processus qui le dépasse. La pertinence de cette dimension neurobiologique est cependant illustrée par certaines comparaisons qu'établissent les joueurs toxicomanes que nous avons rencontrés, notamment lorsqu'ils font l'analogie entre le jeu et la cocaïne ou les amphétamines. Le terme d' « adrénaline du jeu » revient fréquemment dans leurs bouches, en lien avec des sensations d'excitation hautement appréciées et recherchées pour elles-mêmes.

Ces recherches neuro-biologiques éclairent par ailleurs d'autres modélisations sur les troubles addictifs en tant que recherche pathologique de sensations fortes, recherche qui pourrait être sous-tendue par un besoin quasi physiologique d'auto-stimulation. Nous reviendrons sur ces hypothèses ultérieurement, après avoir revisité ces liens de comorbidité entre jeu et toxicomanie qui permettent d'aborder des modèles de compréhension plus largement appliqués dans le domaine de l'addictologie.

III. TOXICOMANIE ET JEU PATHOLOGIQUE : DE COMORBIDITES SINGULIERES A UNE COMPREHENSION MULTIMODALE DES PHENOMENES ADDICTIFS.

Nous avons observé dans notre étude de nombreux recoupements entre jeu pathologique et toxicomanie, que ces affections évoluent dans les mêmes périodes de temps ou non. Le sentiment subjectif de dépendance au jeu et le constat d'une perte de contrôle, bien que masqués par un déni tenace, font de cette entité une « addiction comportementale » partageant de multiples caractéristiques avec les dépendances aux substances ou « toxicomanies »⁹⁹. S'il est aujourd'hui bien établi que le jeu pathologique a toute sa place au sein des conduites addictives, nous pouvons néanmoins rappeler que la construction sociale du jeu excessif comme pathologie à part entière ne s'est pas faite en droite ligne, et reste sujette à controverses. C'est pourquoi il nous semble pertinent de faire ressortir à présent deux hypothèses étiopathogéniques communes à ces formes variées d'addictions, et qui éclairent les situations cliniques étudiées « in vivo » en rendant compte des mécanismes pathogènes à l'œuvre.

❖ La recherche de sensations

Parmi les hypothèses que nous avons émises concernant la nature des liens entre toxicomanie et jeu pathologique, nous avons souligné pour plusieurs patients un attrait particulier pour les extrêmes, les situations excitantes et sources d'intenses frissons, qu'ils trouvent aussi bien dans le jeu que dans certaines drogues. Ces éprouvés sont vécus intimement, et peuvent primer sur d'autres dimensions notamment sociales qu'apporte aussi le jeu. Ainsi ce jeune homme qui a besoin de se retirer pour savourer seul les sensations de victoire ou de perte et qui nous a frappés par sa centration sur cette quête de « vibrations », qu'il exprime dans ses consommations de produits « toujours plus purs et forts », le sport, le jeu ou même le théâtre.

Le frisson, les montées d'adrénaline, les états de conscience modifiés par une perte des repères temporels, l'excitation liée à la rapidité avec laquelle les joueurs surenchérisent, tout ceci montre bien cette appétence inassouvie pour des sensations fortes et qui se situe tant sur le plan psychologique que physique.

Cette recherche de sensations fortes semble ainsi l'une des motivations importantes de ces patients, ce qui illustre ces propos de J.Adès lorsqu'il considère que :

« La recherche de sensations peut ainsi occuper une place centrale dans un modèle bio-psycho-comportemental de l'addiction. Elle permet, notamment, d'expliquer les relations entre dépendances aux substances psycho-actives (alcool, drogues, tabac...) et dépendance à des comportements sans usage de drogue, dont la parenté peut reposer sur la présence d'un tel facteur psycho-biologique favorisant. » ⁵.

Ces travaux se situent à la suite de ceux de M. Zuckerman, qui a élaboré en 1964 un instrument d'évaluation de cette dimension de la personnalité, l'échelle dite de « Recherche des Sensations » (Sensation Seeking Scale) ¹⁴⁵. Traduite en français par l'équipe de Carton et Widlöcher ²⁴, cette échelle quantifie quatre facteurs principaux, qui sont :

1. La recherche du danger et de l'aventure, dont les items explorent le goût pour les activités physiques périlleuses, la vitesse, la nouveauté, le défi de la pesanteur.
2. La recherche d'expériences, caractérisées par leur nouveauté et leur non conformisme.
3. La désinhibition, avec le besoin de rechercher la détente dans des activités sociales impliquant une certaine transgression des règles.
4. La susceptibilité à l'ennui enfin, avec une intolérance particulière aux activités routinières, répétitives, à la monotonie et à la solitude.

Ces catégories nous évoquent là encore ces patients qui nous ont cité leurs multiples expériences à travers ce besoin de « faire tout à l'extrême » ou de se mettre en danger, de s'essayer aussi à des sports comme le saut à l'élastique ou les courses de voiture. Ils nous ont volontiers exprimé leur sentiment de différence et d'une certaine supériorité du fait de ces comportements hors du commun qu'ils vivent ou recherchent.

Cette échelle appliquée aux toxicomanes, aux alcooliques, aux tabagiques, mais aussi aux personnalités psychopathiques et aux joueurs pathologiques montre que ces populations obtiennent des scores significativement plus élevés, les situant parmi les « High Sensation Seekers ». Malgré des nuances portant sur les sous-scores de cette échelle, et bien que certaines études portant sur les joueurs soient contradictoires, ces résultats confirmeraient l'hypothèse de liens entre recherche de sensations et pathologies addictives. Derrière ces observations, d'autres travaux vont dans le sens d'une explication neurophysiologique à cette « recherche pathologique de stimulations » qui serait liée à des anomalies innées de régulation de l'éveil cortical. Le joueur, comme le toxicomane ou l'alcoolique, pourrait ainsi recourir à des expériences répétées d'excès afin de moduler à la hausse un niveau d'activation cérébrale insuffisant. Les propos de Monsieur G. qui nous raconte ainsi : « si je suis seul, sans produit, sans jeu, sans femme, il me manque une dynamique », mettent en effet en relief un sentiment de déficit quasi constitutionnel par lequel il justifie ses diverses conduites addictives.

Cette lecture des addictions et du jeu pathologique en particulier comme conduites adaptatives secondaires à des facteurs physiologiques trouve un écho particulier dans les nombreuses recherches neuro-biologiques actuellement menées par rapport aux pathologies de la dépendance. Ce « noyau commun des comportements d'assuétude » pourrait aussi, comme le souligne J. Adès ², expliquer les différentes formes de passage d'une addiction à une autre, dans cette recherche toujours renouvelée d'expériences « sensationnelles ». Par ailleurs, cette approche, loin de s'opposer à la prise en compte des autres facteurs explicatifs, met l'accent

sur les motivations et personnalités propres à ces sujets développant des addictions si variées qu'il est parfois difficile d'en saisir le fil conducteur. Cette considération des aspects physiques nous semble également très utile appliquée aux addictions comportementales, surtout lorsqu'il s'agit de les situer médicalement par rapport aux toxicomanies, en rappelant à nouveau que le terme addiction signifie étymologiquement « contrainte par corps ».

❖ Le concept d'ordalie et particularités du rapport au risque

Comme nous venons de le voir, la recherche de sensations, qui serait le moteur d'un certain nombre de patients dépendants, peut s'exprimer au travers d'activités dangereuses, où la prise de risque suffit à déclencher ce « mystérieux frisson » dont on a pu parler à propos des joueurs.

Nous reprendrons une dernière fois les histoires de ces toxicomanes joueurs afin de donner corps à ces développements, ayant en effet constaté chez eux une subjectivité du risque toute particulière.

Monsieur D. nous a décrit le plaisir d'une prise de risque extrême, qu'il a trouvé dans le jeu et dans la drogue, échappant aux conséquences d'un trafic de faux billets mais non à la contamination par le VIH. De même, Monsieur H. nous a exprimé ce fonctionnement dans les extrêmes, lui faisant risquer d'une certaine façon l'exclusion d'un clan familial auquel ses conduites lui permettaient néanmoins d'échapper. Monsieur G. nous a aussi clairement dit son goût pour le risque dans de nombreux domaines, évoquant sa vie professionnelle et amoureuse aux côtés de ses problèmes de délinquance, d'héroïnomanie et de jeu pathologique. Notons que son histoire l'inscrit d'emblée dans un statut précaire, où maladie somatique invalidante et carence éducative ont attisé chez cet homme une soif de revanche, questionnant sans doute sa bonne étoile à travers toutes ces conduites où il « s'expose ».

Chez Monsieur F., nous retrouvons une impulsivité le conduisant à vouloir itérativement tenter « le tout pour le tout », que ce soit en consommant massivement des psychotropes, en misant des sommes très conséquentes au poker, ou à l'inverse en soutenant d'un bloc que le sevrage qu'il effectue sera le dernier. Si d'aucun y verrait le comportement d'une « tête brûlée », nous pensons aussi que cet homme trouve dans ces prises de risque l'occasion d'asseoir un narcissisme qui lui fait particulièrement défaut. De même, Monsieur O. qui, malgré une présentation très immature, se risque régulièrement à des actes délictueux, attendant que le juge décide de la peine avec une angoisse n'occultant pas tout à fait le triomphe intime que cette exposition à la justice lui procure. Le cas de Monsieur M. est encore plus explicite lorsqu'il nous raconte comment il aime savourer le fait d'avoir « osé perdre cette somme-là », appréciant donc pour lui-même ce risque financier qu'il a pris. Monsieur Y. quant à lui est un patient dont l'alcoolodépendance, entre autres, représente une façon aiguë de se mettre en danger lors de sevrages brutaux suivis de *delirium tremens*, et où le jeu a pu avoir une fonction de relais par rapport à ces prises de risque alors qu'il venait d'écarter l'alcool par une post-cure dont il sortait lorsqu'il s'est mis à jouer. Monsieur L. enfin nous a semblé moins manifester cette dimension, si ce n'est qu'il a tout de même pris le risque de s'expatrier après avoir laissé le jeu entraîner son entreprise jusqu'à la faillite.

Le fait de prendre des risques, constitutif du pari d'ailleurs, a été étudié par de nombreux sociologues (tels D. Le Breton, P.E Barjonnet, G. Wilde, C. Perez-Diaz ou A. Ehrenberg ¹⁰⁰), mais aussi par des cliniciens aux prises quotidiennes avec cette interrogation posée par des patients semblant vivre le risque comme une passion vitale. Ainsi, M. Valleur et A. Charles-Nicolas ²⁶ ont abordé cette question sous l'angle du concept d'ordalie, dont ils renouvellent la compréhension en décrivant quelles fonctions psychologiques ces conduites de risque peuvent occuper.

Nous référant aux travaux de M. Valleur¹³², nous pouvons définir les conduites ordaliques comme relevant de l'engagement plus ou moins répétitif d'un sujet dans des épreuves comportant un risque mortel, et dont le dénouement ne doit pas être prévisible. A l'instar des anciens voyant dans l'issue de ces épreuves ordaliques le jugement des dieux sur la personne qui s'y soumettait, les ordalisants d'aujourd'hui sont habités par ce fantasme de remettre leur vie entre les mains du destin, du hasard ou de la chance, dans l'espoir, s'ils survivent à ce qu'ils s'imposent, d'obtenir la preuve de leur « droit à la vie ». Cette survie obtenue après avoir frôlé le pire confère à l'existence un caractère quasi immortel ou exceptionnel, satisfaisant aussi un sentiment de maîtrise qui surgit sur fond d'abandon au verdict du destin ainsi questionné. Le rapport au risque est ici éminemment subjectif, et implique une attente consciente ou non d'un mieux-être apporté par l'exposition au danger. La chance devient figure divine, une chance déifiée mais aussi défiée dans un sentiment de maîtrise exalté par cette possibilité de renaître qu'offre symboliquement la traversée d'épreuves mortelles. Enfin, la conduite ordalique exprime aussi un double mouvement par rapport à la loi, transgressif d'une part puisque le fait de risquer sa vie place le sujet au-dessus de toute règle et de toute convention, et s'y soumettant d'autre part en faisant appel à une loi supérieure dont la légitimité surpasserait les codes habituellement admis. De nombreuses conduites addictives peuvent ainsi être lues comme des équivalents ordaliques, sans toutefois que cette dimension ne se manifeste de façon similaire dans les diverses formes d'addiction. Par exemple, risquer la ruine financière au jeu n'implique pas le même danger physique et immédiat que le fait de s'injecter des doses massives et inhabituelles d'héroïne.

Cette hypothèse d'un risque choisi, et ce en dépit des dangers objectifs auxquels il expose, tient une place originale dans l'abord des addictions, venant nuancer aussi des représentations sociales parfois moralisatrices qui, sous couvert de prévention et de réduction des risques, restent éloignées de cette réalité paradoxale que vivent les joueurs et les toxicomanes. En effet, M. Valleur a pu voir dans la poursuite du risque l'autre versant d'une dialectique

addictive où les habitudes ritualisées et sécurisantes de ces dépendances aux effets stéréotypés, indépendantes du désir de l'autre, s'opposent aux excès intempestifs de ces mêmes dépendances amenant le sujet aux frontières de ses plus extrêmes limites. Nous redirons à sa suite tout l'intérêt que nous avons eu à nous pencher sur des comorbidités sans doute logiquement attendues car appartenant à un spectre nosographique commun, mais dont l'étude est particulièrement riche d'enseignements quant à ces nombreux paradoxes humains dont est pétrie la clinique psychiatrique.

Conclusion

Au terme de cette étude explorant la présence du jeu pathologique chez des toxicomanes, nous redirons notre étonnement quantitatif face au nombre important de joueurs que nous avons pu rencontrer, représentant 24% de notre échantillon. En effet, si les jeux d'argent et de hasard sont des loisirs largement répandus en population générale, apportant un espace de socialisation récréative au plus grand nombre, d'autres joueurs vont développer une véritable addiction au jeu, dans un engrenage où nous observons des mécanismes communs à de nombreuses formes de dépendance.

Le fait d'être à la fois joueur et toxicomane concernerait ainsi un pourcentage non négligeable des patients suivis dans les centres de soins spécialisés en addictologie, ce qui laisse entrevoir l'intérêt d'un meilleur dépistage de ces comorbidités que les patients ne mettent pas spontanément en avant. De plus, le cumul de diverses problématiques addictives constitue un facteur de péjoration pour chaque pathologie de ce spectre, certaines personnes pouvant par exemple chercher dans un nouvel objet de dépendance la solution existentielle à laquelle les convoque les conséquences d'une première expérience addictive. L'utilisation d'outils standardisés nous a permis de confirmer ces données cliniquement intuitives, mais trop souvent occultées par des demandes de soins avant tout centrées sur un sevrage en une substance donnée, qui entraînent le soignant dans une « prestation » à visée efficace.

Nous avons par ailleurs tenté de comprendre la subjectivité à l'œuvre face à des parcours singuliers, interrogeant ces patients sur les rapports qu'ils entretenaient avec le jeu ainsi qu'avec les substances dont ils se disaient dépendant. C'est avec plaisir qu'ils nous ont parlé de leur pratique des jeux d'argent, un plaisir cependant ombré par leur conscience de s'être laissé emporté dans une « fièvre du jeu » qu'ils incluent le plus souvent dans leur trajectoire

de toxicomane comme relevant du même ordre de quête. Le clinicien qui s'interroge sur les motifs sous tendant cette recherche a pu ici observer un faisceau de similitudes et de recoupements entre des addictions diverses quant à leurs objets, mais bien agies par un certain nombre de facteurs communs. Parmi ces déterminants, trois axes nous ont paru particulièrement éclairant pour mettre en perspective les récits de ces joueurs toxicomaniaques : une lecture psychodynamique des rapports à la figure paternelle et à la Loi d'une part, l'hypothèse d'une appétence particulière pour les sensations d'autre part, enfin, une relation au risque de type ordalique.

Les enseignements que nous avons ainsi pu tirer de l'étude de ces comorbidités addictives nous ont offert un voyage au cœur de phénomènes de dépendance variés. Parmi eux, le jeu pathologique semble insuffler un autre regard sur ces patients qui, s'ils sont lourdement soumis à leur « destin toxicomaniaque », n'en tentent pas moins – en jouant – d'en redéfinir les contours. Avec eux, nous avons osé questionner les limites et les paradoxes des conduites humaines pourtant ordinaires, mais à travers lesquelles il arrive à certains de prendre ce « risque d'être jusqu'au bout » comme le disait Cocteau. Pour séduisant et ambitieux que puisse être ce défi, il ne doit pas faire oublier précisément la vulnérabilité de ces patients multi dépendants, auprès de qui le soignant est invité à naviguer dans les méandres d'existences sans cesse en recherche.

ANNEXES

Annexe I : QUESTIONNAIRE DES JOUEURS ANONYMES

Questionnaire des Joueurs Anonymes

20 questions auxquelles il est demandé de répondre par oui ou par non. Joueur pathologique si oui à au moins sept items.

1. Vous êtes-vous déjà absenté de votre travail pour jouer ?
2. Le jeu a-t-il déjà perturbé votre vie familiale ?
3. Le jeu a-t-il affecté votre réputation ?
4. Vous êtes-vous déjà fait des reproches après avoir joué ?
5. Avez-vous déjà joué pour payer vos dettes de jeu ou pour résoudre des difficultés financières ?
6. Est-ce que le jeu a diminué votre ambition professionnelle ou votre efficacité professionnelle ?
7. Après avoir perdu au jeu, avez-vous eu l'impression que vous deviez y retourner le plus tôt possible pour « vous refaire » ?
8. Après un gain, avez-vous déjà éprouvé une envie irrésistible de retourner jouer pour gagner d'avantage ?
9. Avez-vous déjà joué jusqu'à votre dernière pièce ?
10. Avez-vous déjà éprouvé des difficultés pour financer votre jeu ?
11. Avez-vous déjà vendu quelque chose pour payer vos dettes de jeu ?
12. Avez-vous déjà hésité à utiliser l' « argent du jeu » pour des dépenses normales ?
13. Avez-vous déjà négligé le bien-être de votre famille à cause du jeu ?
14. Avez-vous déjà joué plus longtemps que prévu ?
15. Avez-vous déjà joué pour échapper à des sentiments d'inquiétude ?
16. Avez-vous déjà commis ou pensé commettre des actes illégaux pour financer votre jeu ?
17. Avez-vous déjà eu du mal à vous endormir à cause du jeu ?
18. Des disputes, des frustrations ou des déceptions vous ont-elles donné une envie irrésistible de jouer ?
19. Avez-vous déjà eu envie de profiter de votre chance en jouant quelques heures ?
20. Avez-vous déjà considéré que le jeu pouvait vous détruire vous-même ?

Les questions les plus spécifiques sont la question n°7 (jouer pour « se refaire »), la question n°14 sur l'incapacité à contrôler le jeu et la question n°18 sur l'utilisation du jeu pour se consoler.

Annexe II : MINNESOTA IMPULSIVE DISORDERS INTERVIEW

Traduction française M. Lejoyeux

Minnesota Impulsive Disorders Interview (Section concernant le jeu)

Pour chaque item, répondre par oui ou par non :

1. Jouez-vous quelquefois de l'argent ?
2. Pensez-vous ou les autres pensent-ils que vous avez un problème avec les jeux d'argent ?
3. Vous êtes-vous déjà senti coupable de la manière dont vous jouiez ou de ce qui se passe quand vous jouez ?
4. Avez-vous été souvent préoccupé par le jeu ou par le fait de gagner de l'argent en jouant ?
5. Avez-vous déjà joué plus d'argent ou pendant plus longtemps que vous ne l'aviez prévu ?
6. Avez-vous déjà ressenti le besoin d'augmenter le montant ou la fréquence des enjeux pour obtenir la même excitation ?
7. Vous êtes-vous déjà senti « nerveux » ou irritable quand vous ne pouviez pas jouer ?
8. Avez-vous déjà essayé d'arrêter de jouer et avez-vous éprouvé des difficultés à arrêter de jouer ?
9. Avez-vous déjà diminué votre engagement ou abandonné certaines activités importantes sociales, professionnelles ou de loisir pour jouer de l'argent ?
10. Avez-vous déjà continué à jouer bien que le jeu provoque ou aggrave des problèmes d'argent, des difficultés sociales ou familiales ?
11. Avez-vous recommencé à jouer, bien que vous ayez perdu de l'argent de manière répétée, dans l'espoir de regagner ce que vous aviez perdu ?
12. Avez-vous souvent joué quand vous étiez censé remplir des obligations sociales ou profiter de loisirs ?

BIBLIOGRAPHIE

1. ACHOUR-GAILLARD, A. *Les joueurs dépendants : une population méconnue en France. Etude exploratoire*. Paris : Credoc, 1993. 49 p. Collection des rapports, n°134.
2. ADES, J. Les chercheurs de sensations fortes. *Dépendances*, 1989, vol 1, n°1, p. 14-17.
3. ADES, J. Le jeu pathologique : de la passion à la dépendance. *Dépendances*, 1991, vol 3, n° 1, p 1-2.
4. ADES, J. Peut-on se droguer sans produit ? *Dépendances*, 1993, vol 5, n°3, p. 42-46
5. ADES, J. Conduites de dépendance et recherche de sensations. In BAILLY, D., VENISSE, J.L. et al. *Dépendance et Conduites de dépendance*. Paris : Masson, 1994. p. 147-166
6. ADES J., LEJOYEUX M. Jeu pathologique. *Encycl Méd Chir* (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris), 2000, Psychiatrie, 37-396-A-25, 11 p.
7. ADES, J., LEJOYEUX M. *Encore plus ! Jeu, sexe, travail, argent*. Paris : Odile Jacob, 2001. 298 p. 2-7381-1036-3
8. ADES, J., LEJOYEUX, M. *Alcoolisme et psychiatrie : données actuelles et perspectives*. 2ème édition. Paris : Masson, 2005. 271 p. Collection Médecine et psychothérapie. 2-294-01230-5
9. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *DSM III. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. 3ème édition. Washington DC, 1980.
10. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *DSM IV-TR. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. 4ème édition, texte révisé. (Version internationale, Washington DC, 2000). Paris : Masson, 2003. (traduction française par GUELF, J.D. et al.).
11. ANONYMOUS GAMBLERS *Gamblers' Anonymous Twenty Questions*, 1980, Los Angeles (GA).
12. BAYLE, F.J., CHIGNON, J.M., BOURGEOIS, M. Comorbidité et co-occurrence symptomatique. *Encycl Méd Chir* (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris), 1998, Psychiatrie, 37-878-A-15, 17 p.
13. BENSCH, C. Ethologie du jeu. *Neuro-psy*, 1999, vol 14, n°2, p. 60-66
14. BERGLER, E. *The psychology of gambling*. Réed. New york : International Universities Press, 1985.
15. BESSON, D. En 25 ans, les Français ont doublé leur mise. *INSEE Première*, mai 2005, n°1016, p. 1-4

16. BLACK, D.W., MOYER, T. Clinical features and psychiatric comorbidity of subjects with pathological gambling behaviour. *Psychiatr Serv*, 1998, vol 49, n°11, p. 1434-1439
17. BLASZCZYNSKI, A., Mc CONAGHY, N., FRANKOVA, A. Crime, antisocial personality and pathological gambling. *Journal of Gambling Behavior*, 1989, vol 5, p. 137-152
18. BLASZCZYNSKI, A., Mc CONAGHY, N. Anxiety and/or depression in the pathogenesis of addictive gambling. *Int J Addict*, 1989, vol 24, n°4, p. 337-350
19. BLUME, S.B. Pathological gambling. In *The principles and practice of addictions in psychiatry*. Philadelphia: W.B. Saunders Company, N.S Miller ed., 1997, p. 422-432
20. BOSTANAVARON, F. Partouche dénonce à Bruxelles le monopole de la Française des Jeux. *Le Monde*, 12 avr 2006.
21. BRIGGS, J.R., GOODIN, B.J., NELSON, T. Pathological gamblers and alcoholics : do they share the same addictions ? *Addictive behaviors*, 1996, vol 21, n°4, p. 515-519
22. BUCHER, C. Particularités médico-légales des situations de jeu pathologique. *Neuropsych*, 1999, vol 14, n°2, p. 54-58
23. CAILLOIS, R. : *Les jeux et les hommes*. Paris : Gallimard, 1958. 374p.
24. CARTON, S., LACOUR, C., JOUVENT, R. et al. Le concept de recherche de sensations. Traduction et validation de l'échelle de Zuckermann. *Psychiatr Psychobiol*, 1990, vol 5, p. 39-44
25. CAZENEUVE, J. Le jeu dans la société. In Coll. *Encyclopaedia Universalis : Le jeu*. Paris, 2002. corpus 12, p. 885-907. 2-85229-550-4
26. CHARLES-NICOLAS, A., VALLEUR, M. Les conduites ordaliques. In OLIEVENSTEIN, C. (dir.) *La vie du toxicomane*. Paris : Presses Universitaires de France, 1982.
27. CIM10/ ICD10 : Classification Internationale des Maladies -dixième version- *chapitre V (F) : Troubles Mentaux et Troubles du Comportement : descriptions cliniques et directives pour le diagnostic*. Organisation Mondiale de la Santé, 1993, Genève et Masson, Paris.
28. COPE, J.F. *Discours pour la mise en place du COJER, Comité consultatif pour l'encadrement des jeux et du jeu responsable*. Ministère de l'Economie, des finances et du budget. Paris, 27 juin 2006. Disponible sur : <http://www.finances.gouv.fr/presse/discours/budget/jfc0606271.php>
29. COTTA, A. *La société ludique : la vie envahie par le jeu*. Paris : Grasset, 1980.
30. CROCKFORD, D.N., El GUEBALY, N. Psychiatric comorbidity in pathological gambling: a critical review. *Can J Psychiatry*, 1998, vol 43, n°1, p. 43-50

31. CUNNINGHAM-WILLIAMS, R.M., COTTLER, L.B., COMPTON, W.M., SPITZNAGEL, E.L. Taking chances: problem gamblers and mental health disorders; results from the St. Louis Epidemiologic Catchment Area Study. *Am J Public Health*, 1998, vol 88, n°7, p. 1093-1096
32. CUSTER, R.L. Profile of the pathological gambler. *J Clin Psychiatry*, 1984, vol 45, n°12 pt 2, p. 35-38
33. DAEPPEN J.B. *Vade mecum d'alcoologie*. Genève : Ed Médecine et Hygiène, 2003. 111 pages (pages 44-45) ISBN 2-88049-170-3
34. DAGHESTANI, A.N., ELENZ, E., CRAYTON, J.W. Pathological gambling in hospitalized substance abusing veterans. *J Clin Psychiatry*, 1996, vol 57, n°8, p. 360-363
35. D'ARMAGNAC, B. Les paris sportifs prospèrent sur le Net dans un flou juridique. *Le Monde*, 17 déc 2005.
36. DELL, L.J., RUZICKA, M.E., POLISI, A.T. Personality and other factor associated with gambling addiction. *Int J Addict*, 1981, vol 16, p. 149-156
37. DICTIONNAIRE DE LA LANGUE FRANCAISE « *Le petit Robert* ». Paris : Ed Les dictionnaires Le Robert, 1990. 2172 p. 2-85036-066-X
38. DOSTOÏEVSKI, F. *Le joueur*. (nouv. trad. d'A. Markowicz) Paris: Actes Sud, 1991. 244 p.
39. DUPOUY, R., CHATAGNON, P. Le joueur, esquisse psychologique. *Annales Médico-Psychologiques*, 1929, 12ème série, vol II, n°87, p.102-112
40. ELLIOTT, L., BAILEY, S. Governments protecting profits, fail to expose gambling-related suicide. *Canadian Press*, 2003, Ottawa cité in SUISSA, J.A. *Le jeu compulsif, vérités et mensonges*.
41. EWING, J.A. Detecting alcoholism: the CAGE questionnaire. *JAMA*, 1984, vol 252, p. 1905-1907
42. FAGERSTRÖM, K.O., SCHNEIDER, N.G. Measuring nicotine dependence : a review of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *J Behav Med*, 1989, vol 12, p. 159-82
43. FEIGELMAN, W., KLEINMAN, P.H., LESIEUR, H.R. et al. Pathological gambling among methadone patients. *Drug and Alcohol Dependence*, 1995, vol 39, p. 75-81
44. FELDMAN, C. *Le jeu pathologique, une addiction sans drogue*. Thèse d'exercice de médecine. Paris : Université de Paris VII, 1992. 149 f.
45. FERRIS, J., WYNNE, H. *The Canadian Problem Gambling Index. Final Report*. Canadian Centre for Substance Abuse, Ottawa, Canada, 2001. cité in SUISSA, J.A. *Le jeu compulsif, vérités et mensonges*.
46. FILTEAU, M.J., BARUCH, P., VINCENT, P. Le jeu pathologique : une revue de la littérature. *Revue Canadienne de Psychiatrie*, 1992, vol 37, n°2, p. 84-90

47. FOUQUET, P. Alcoolisme et psychiatrie. *L'évolution psychiatrique*, 1959, vol 2, p. 217-252
48. FOURNIER, M. (dir.) A quoi sert le jeu ? *Sciences humaines*, 2004, n°152, p. 20-45
49. FRANCAISE DES JEUX : Site Internet <<http://www.fdjeux.com>>
50. FREUD, S. « Dostoïevski et le parricide ». In FREUD, S. *Résultats, idées, problèmes, 1921-1938, tome III*. 3ème édition. Paris : Presses Universitaires de France, 1998. p. 161-179
51. GABOURY, A., LADOUCEUR, R. Erroneous perceptions and gambling. *J Soc Behavior Personal*, 1989, vol 4, p. 411-420
52. GOMEZ, F. Jeu pathologique : lignes de recherche actuelles. In BAILLY, D., VENISSE, J.L. et al. *Dépendance et Conduites de dépendance*. Paris : Masson, 1994. p. 187-192
53. GOODMAN A. Addiction: definition and implications. *British Journal of Addiction*, 1990, vol 85, p. 1403-1408.
54. GOSSOP, M., DARKE, S., GRIFFITHS, P. et al. The Severity of Dependence Scale (SDS): psychometric properties of the SDS in English and Australian samples of heroin, cocaine and amphetamine users. *Addiction*, 1995, vol 90, p. 607-614
55. GRANT, J.E., POTENZA, M.N. Tobacco use and pathological gambling. *Annals of Clinical Psychiatry*, 2005, vol 17, n°4, p. 237-241
56. HALL, G.W., CARRIERO, N.J., TAKUSHI, R.Y. et al. Pathological gambling among cocaine-dependent outpatients. *Am J Psychiatry*, 2000, vol 157, n°7, p. 1127-1133
57. HANTOUCHE, E.G. Aspects neurobiologiques du jeu pathologique. *Neuro-psy*, 1994, vol 9, n°s 1-2, p. 41-46
58. HARRAP'S *Shorter French and English Dictionary*. London: Ed. Collin. 1992. 0 245-53926-3
59. HEWITT, D., HODGSON, M., BELLEAU, D. et al. Spirit of bingo land: a study of problem gambling among Alberta native people. *Nechi Training and Research and Health Promotions Institute*, 1994, Edmonton (AB).
60. HOFFMANN, E.T.A. *Les élixirs du diable*. rééd. Paris : Stock, 1997.
61. HOFFMANN, J.P. Religion and problem gambling in the U.S. *Review of Religious Research*, 2000, vol 41, n°4, p. 488-509
62. HUIZINGA, J. *Homo ludens. Essai sur la fonction sociale du jeu*. Paris : Gallimard, 1951.
63. IBANEZ, A., BLANCO, C., DONAHUE, E. et al. Psychiatric comorbidity in pathological gamblers seeking treatment. *Am J Psychiatry*, 2001, vol 158, n°10, p. 1733-1735
64. KAUSCH, O. Patterns of substance abuse among treatment-seeking pathological gamblers. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 2003, vol 25, p. 263-270

65. KORNREICH, C., NOEL, X., FONTAINE, E. Les théories cognitivo-comportementales de l'addiction. *Dépendances*, 1996, vol 8, n°2, p. 5-10
66. KUSYSZYN, I. The gambling addict versus the gambling professional: a difference in character ? *Int J Addict*, 1972, vol 7, n°2, p. 387-393
67. LACAN, J. *Le séminaire sur « la lettre volée »*. Ecrits I. Paris : Le seuil, 1996.
68. LADOUCEUR R. : Le jeu pathologique, *Dépendances*, 1991, vol 3, n°1, p. 5-14.
69. LADOUCEUR, R., BOUCHARD, C., RHEAUME, N. et al. Is the SOGS an accurate measure of pathological gambling among children, adolescents and adults ? *Journal of Gambling Studies*, 2000, vol 16, n°1, p. 1-24
70. LADOUCEUR, R., JACQUES, C., CHEVALIER, S. et al. Prevalence of pathological gambling in Quebec in 2002. *Canadian Journal of Psychiatry*, 2005, vol 50, n°8, p. 451-456
71. LADOUCEUR, R., SEVIGNY, S. Structural characteristics of video lotteries : effects of a stopping device on illusion of control and gambling persistence. *Journal of Gambling Studies*, 2005, vol 21, n°2, p. 117-130
72. LADOUCEUR, R., DUBE, D., BUJOLD, A. Prevalence of pathological gambling and related problems among college students in the Quebec metropolitan area. *Can J Psychiatry*, 1994, vol 39, n°5, p. 289-293
73. LEJOYEUX, M. Les nouvelles addictions. *L'encéphale du praticien*, 2002, n° hors série 8, p. 47-51
74. LEJOYEUX, M. Echelles de dépistage du jeu pathologique. *Neuro-psy*, 1999, vol 14, n°2, p. 67-71
75. LEJOYEUX, M., ADES J. Le jeu pathologique : aspects épidémiologiques et biologiques. *Neuro-psy*, 1999, vol 14, n°1, p. 7-12
76. LEJOYEUX, M., ARBARETAZ, M., Mc LOUGHLIN, M. et al. Impulse control disorders and depression. *J Nerv Ment Dis*, 2002, vol 190, n°5, p. 310-314
77. LEJOYEUX, M., FEUCHE, N., LOI, S. et al. Study of impulse-control disorders among alcohol-dependent patients. *J Clin Psychiatry*, 1999, vol 60, n°5, p. 302-305
78. LEJOYEUX, M., Mc LOUGHLIN, M., ADES, J. Epidemiology of behavioral dependence : literature review and results of original studies. *European Psychiatry*, 2000, vol 15, n°2, p. 129-134
79. LEJOYEUX, M., ROMO, L., KOSKAS, N. et al. Etude du jeu et des achats pathologiques dans une population d'étudiants. *Alcoologie et addictologie*, 2002, vol 24, n°3, p. 235-241
80. LESIEUR, H.R., HEINEMAN, M. Pathological gambling among youthful multiple substance abusers in a therapeutic community. *Br J Addiction*, 1988, vol 83, p. 765-771

81. LESIEUR, H.R., BLUME, S.B., ZOPPA, R.M. Alcoholism, drug abuse, and gambling. *Alcohol Clin Exp Res*, 1986, vol 10, n°5, p. 33-38
82. LESIEUR, H.R., BLUME, S.B. Characteristics of pathological gamblers identified among patients on a psychiatric admissions service. *Hosp Community Psychiatry*, 1990, vol 41, n°9, p. 1009-1012
83. LESIEUR, H.R., BLUME, S.B. The South Oaks Gambling Screen (SOGS): a new instrument for the identification of pathological gamblers. *Am J Psychiatry*, 1987, vol 144, n° 9, p. 1184-1188
84. LESIEUR, H.R., ROSENTHAL, R.J. Pathological gambling: a review of the literature. *J Gambling Studies*, 1991, vol 7, p. 5-40
85. LINDEN, R.D., POPE, H.G. Jr., JONAS, J.M. Pathological gambling and major affective disorder: preliminary findings. *J Clin Psychiatry*, 1986, vol 47, n°4, p. 201-203
86. LITTRE, E. *Dictionnaire de la langue française*. Versailles : Encyclopaedia Britannica France, 1994.
87. LUMLEY, M.A., ROBY, K.J. Alexithymia and pathological gambling. *Psychother Psychosom*, 1995, vol 63, n° 3-4, p. 201-206
88. MATHIEU, B. Les jeux, drogue dure et pompe à milliards. *L'Expansion*, 21 déc 2004.
89. MARTIGNONI-HUTIN, J. P. *Faites vos jeux*. Paris : L'Harmattan, 1993
90. MARTINET, Y., BOHADANA, A. *Le tabagisme*. 3ème édition. Paris : Masson, 2004, 340 p. Collection Abrégés. 2-294-01420-0
91. Mc CORMICK, R.A., RUSSO, A.M., RAMIREZ, L.F. et al. Affective disorders among pathological gamblers seeking treatment. *Am J Psychiatry*, 1984, vol 141, n°2, p. 215-218
92. Mc CORMICK, R.A. Disinhibition and negative affectivity in substance abusers with and without a gambling problem. *Addict Behav*, 1993, vol 18, p. 331-336
93. MAYFIELD, D., Mc LEOD, G., HALL, P. The CAGE questionnaire: validation of a new alcoholism instrument. *Am J Psychiatry*, 1974, vol 131, p. 1121-1123
94. MORAN, E. Varieties of pathological gambling. *British Journal of Psychiatry*, 1970, vol 116, n°535, p. 593-597
95. NEVEUX, M. Jeux de hasard. In CAILLOIS, R. dir. *Jeux et sports*, coll. « Encyclopédie de la pléiade », Paris : Gallimard, 1967.
96. PABLO, J., POLLAN, M., VARO, J.R. Analisis de comorbilidad entre síndrome de dependencia del alcohol y ludopatía entre pacientes en tratamiento en centros de salud mental. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 2002, vol 25, n°1, p. 31-36
97. PALANDJIAN, E., PALANDJIAN, G. L'enfant et le jeu. *Synapse*, 1998, n°147, p. 31-36

98. PARI MUTUEL URBAIN : L'institution des courses. Site Internet :
<<http://www.pmu.fr>>
99. PEDINIELLI, J.L., ROUAN, G. Les dépendances : lectures psychopathologiques. *Alcoologie et addictologie*, 2000, vol 22, n°1, p. 5-8
100. PEREZ-DIAZ, C. Le choix du risque. In VENISSE, J.L., BAILLY, D., REYNAUD, M. et al. *Conduites addictives, conduites à risques : quels liens, quelle prévention ?* Paris : Masson, 2002. p. 9-19
101. PETRY, N.M., ARMENTANO, C. Prevalence, assessment and treatment of pathological gambling: a review. *Psychiatric services*, 1999, vol 50, n°8, p. 1021-1027
102. PETRY, N.M., ONCKEN, C. Cigarette smoking is associated with increased severity of gambling problems in treatment-seeking gamblers. *Addiction*, 2002, vol 97, p. 745-753
103. PETRY, N.M., STINSON, F.S., GRANT, B.F. Comorbidity of DSM-IV pathological gambling and other psychiatric disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry*, 2005, vol 66, n°5, p. 564-574
104. PETRY, N.M., TAWFIK, Z. Comparison of problem-gambling and non-problem-gambling youths seeking treatment for marijuana abuse. *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry*, 2001, vol 40, n°11, p.1324-1331
105. PHILLIPS, D.P., WELTY, W.R., SMITH, M.M. Elevated suicide levels associated with legalized gambling. *Suicide Life Threat Behav*, 1997, vol 27, n°4, p. 373-378
106. PICOUET, M. Jeux, un investissement rarement rentable. *Le Monde argent*, 6-7 nov 2005, p. 1
107. PIRLOT, G. Les addictions entre psychanalyse, psychosomatique et psychiatrie neurobiologique. *Synapse*, 2005, n°220, p. 17-26
108. POTENZA, M.N., STEINBERG, M.A., Mc LAUGHLIN, S.D. Characteristics of tobacco-smoking problem gamblers calling a gambling helpline. *The American Journal on Addictions*, 2004, vol 13, p. 471-493
109. RAMIREZ, L.F., Mc CORMICK, R.A., RUSSO, A.M. et al. Patterns of substance abuse in pathological gamblers undergoing treatment. *Addict Behav*, 1983, vol 8, p. 425-428
110. REYNAUD, M. Du morphinisme aux conduites addictives : les liens entre l'évolution sémantique et l'évolution des concepts. *Dépendances*, 1993, vol 5, n°1, p. 4-11
111. RICHARD, D., SENON, J.L., VALLEUR, M. *Dictionnaire des drogues et des dépendances*. 2^{ème} édition. Paris : Larousse, 2004. 648 pages. p. 166-167. 2-03-505431-1
112. RIGAUD, A., JACQUET, M.M. Propos critiques sur les notions d'addiction et de conduites de dépendance. In BAILLY, D., VENISSE, J.L. et al. *Dépendance et Conduites de dépendance*. Paris : Masson, 1994. p. 38-60

113. ROSENTHAL, R.J. Pathological gambling. *Psychiatric Annals*, 1992, vol 22, n°2, p. 72-78
114. ROY, A., ADINOFF, B., ROEHRICH, L. et al. Pathological gambling : a psycho-biological study. *Arch Gen Psychiatry*, 1988, vol 45, p. 369-373
115. RUEFF, B. Dépistage des malades alcooliques par l'auto-questionnaire DETA. *Presse Med*, 1989, vol 18, n°33, p. 1654-1656
116. SELZER, M.L., VINOKUR, A., Van ROOIJNEN, L. A self-administrated Short Michigan Alcoholism Screening Test (SMAST). *J Stud Alcohol*, 1975, vol 36, n°1, p. 117-126
117. SHAFFER, H.J., LABRIE, R., SCANLAN, K.M. et al. Pathological gambling among adolescents : Massachussetts Gambling Screen (MAGS). *J Gambl Stud*, 1994, vol 10, n°4, p. 339-362
118. SKINNER, B.F. *Science and Human behaviour*. New York : Macmilian Publishing Company, 1953.
119. S.O.S. JOUEURS Site Internet : <<http://www.sosjoueurs.org>>
120. SPECKER, S.M., CARLSON, G.A., CHRISTENSON, G.A. et al. Impulse control disorders and attention deficit disorder in pathological gamblers. *Ann Clin Psychiatry*, 1995, vol 7, n°4, p. 175-179
121. SPUNT, B., DUPONT, I., LESIEUR, H.R. et al. Pathological gambling and substance misuse : a review of the literature. *Substance Use & Misuse*, 1998, vol 33, n°13, p. 2535-2560
122. SPUNT, B., LESIEUR, H.R., HUNT, D. et al. Gambling among methadone patients. *Int J Addict*, 1995, vol 30, p. 929-962
123. STEWART, S.H., KUSHNER, M.G. Recent research on the comorbidity of alcoholism and pathological gambling. *Alcohol Clin Exp Res*, 2003, vol 27, n°2, p. 285-291
124. SUISSA, J.A. *Le jeu compulsif, vérités et mensonges*. Québec : Fides, 2005. 304 p. 2-7621-2657-6
125. TAVARES, H., MARTINS, S.S., LOBO, D.S., SILVEIRA, C.M., GENTIL, V., HODGINS, D.C. Factors at play in faster progression for female pathological gamblers : an exploratory analysis. *J Clin Psychiatry*, 2003, vol64, n°4, p. 433-438
126. TEHERANI, M., KESSELER, V. Psychanalyse et psychopathologie du jeu pathologique. *Neuro-psy*, 1999, vol 14, n°1, p. 13-16
127. TONEATTO, T., BRENNAN, J. Pathological gambling in treatment-seeking substance abusers. *Addict Behav*, 2002, vol 27, n°3, p. 465-469
128. TOSTAIN, R. Le joueur, essai psychanalytique. *L'Inconscient*, 1967, vol 2, p. 117-132

129. TRUCY, F. *Les jeux de hasard et d'argent en France : L'Etat croupier, le Parlement croupion ?* Rapport d'information 223- Commission des Finances, Paris, 2001.
<<http://www.senat.fr/rap/r01-223/r01-223.html>>
130. VALLEUR, M. L'ordalie : au risque du hasard. In VENISSE, J.L., BAILLY, D., REYNAUD, M. et al. *Conduites addictives, conduites à risques : quels liens, quelle prévention ?* Paris : Masson, 2002. p. 59-73
131. VALLEUR, M. Toxicomanies ou addictions ? A propos du jeu pathologique. In Acts of 3rd European conference of professionals working in the field of drug abuse. *Drug use and the crisis of European societies : reviewing the quality of interventions*. Paris, Erit, 1999. p. 525-530
132. VALLEUR, M. Les addictions sans drogue et les conduites ordaliques. *L'information psychiatrique*, 2005, vol 81, n°5, p. 423-428
133. VALLEUR, M., BUCHER, C. Une addiction exemplaire : le jeu pathologique. *Toxicodependencias*, 1997, vol 3, n°1, p. 59-72
134. VALLEUR, M., BUCHER, C. *Le jeu pathologique*. Paris : Armand Colin, 2006. 127 p. 2200-34570-4
135. VALLEUR, M., MATYSIAK, J.C. *Les addictions. Panorama clinique, modèles explicatifs, débat social et prise en charge*. 2ème éd. Paris : Armand Colin, 2006. 380 p. collection « Sociétales ». 2-200-34529-1
136. VILLAS BOAS de CARVALHO, S., COLLAKIS, S.T., MAGALHAES TAVARES de OLIVEIRA, M.P. et al. Frequency of pathological gambling among substance abusers under treatment. *Rev Saude Publica*, 2005, vol 39, n°2, p. 217-222
137. VOLBERG, R.A., BANKS, S.M. A review of two measures of pathological gambling in the United States. *J Gambl Stud*, 1990, vol 6, n°2, p. 153-163
138. WALKER, M.B., DICKERSON, M.G. The prevalence of problem and pathological gambling: a critical analysis. *J Gambl Stud*, 1996, vol 12, n°2, p. 233-249
139. WELTE, J.W., BARNES, G.M., WIECZOREK, W.F. et al. Alcohol and gambling pathology among U.S. adults : prevalence, demographic patterns and comorbidity. *J Stud Alcohol*, 2001, vol 62, n°5, p. 706-712
140. WESTPHAL, J.R., RUSH, J. Pathological gambling in Louisiana : an epidemiological perspective. *J La State Med Soc*, 1996, vol 148, n°8, p. 353-358
141. WINNICOTT, D.W. *L'enfant et le monde extérieur*. Paris : Payot, 1972.
142. WINTERS, K.C., STINCHFIELD, R., FULKERSON, J. Toward the development of an adolescent gambling problem severity scale. *J Gambl Stud*, 1993, vol 9, n°1, p. 63-84
143. YARKO, N, GABRIEL, I., HUSSON, M, SINTES, J, BENARD, J.Y. Alcoolodépendance et jeu pathologique. *Alcoologie et addictologie*, 2002, vol 24, n°3, p. 225-233
144. YVES, B. Les cyber-casinos inquiètent les Etats-Unis. *L'Expansion*, 15 nov 1999.

145. ZUCKERMAN, M. Development of a sensation-seeking scale. *J Consult Psychol*, 1964, vol 28, n°6, p. 447-482
146. ZUCKERMAN, M. *Vulnerability to psychopathology : a biosocial model*. Washington DC: American Psychological Association, 1999.
147. ZWEIG, S. *Vingt-quatre heures de la vie d'une femme*. rééd. Paris : Stock, 1992. 178p. 2-234-01563-4